

Донецкая Народная Республика  
Министерство образования и науки ДНР  
Министерство здравоохранения ДНР  
ГПОУ «Донецкий медицинский колледж»

**Выявление факторов риска и диагностика  
железодефицитной анемии у пациентов  
детского возраста**

Выпускная квалификационная работа

Выполнила:

Студентка: Чернобай Е.В

Группа: ЛД 15-2

Руководитель: Викулина И.Н.

Донецк 2019 г.

Объектом исследования являются: дети, больные железодефицитной анемией.

Предмет исследования: влияние железодефицитной анемии на детский организм.

Цель дипломной работы:

1. Изучить этиологию и патогенез ЖДА.
2. Исследовать причины возникновения.
3. Выявить факторы риска для развития заболевания.
4. Разработать рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ЖДА.

## Задачи исследования:

1. Изучить уровень заболеваемости ЖДА в республике за 2015-2018 г.
2. Определить взаимосвязь между заболеваемостью анемией и различными факторами риска (пол, возраст, беременность, сопутствующие заболевания, давность заболевания, и т.д.).
3. Сравнить динамику развития заболеваемости ЖДА по годам.
4. Разработать рекомендации, позволяющие уменьшить риск развития ЖДА у населения.
5. Составить рекомендации о профилактике и своевременной диагностике ЖДА.

Железодефицитная анемия – это широко распространенное патологическое состояние, характеризующееся снижением количества железа в организме (в крови, костном мозгу и депо), при котором нарушается синтез гема, а также белков, содержащих железо (миоглобин, железосодержащие тканевые ферменты).

Поэтому в большинстве случаев железодефицитной анемии предшествует и способствует тканевый дефицит железа

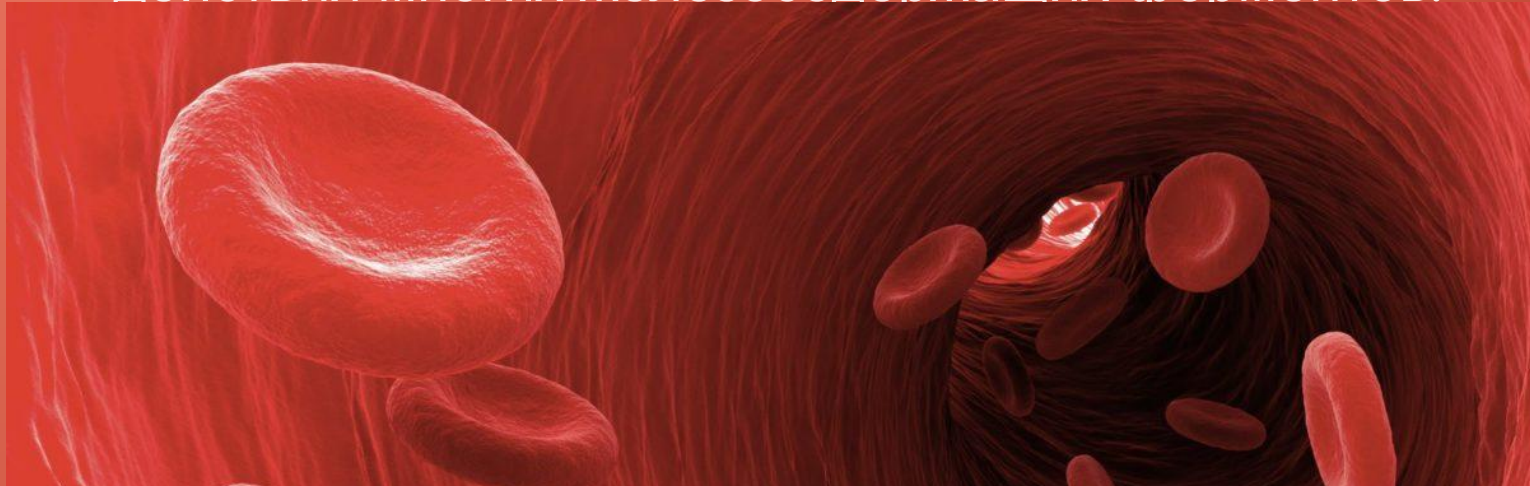


Anemia



В развитии железодефицитной анемии у детей могут быть задействованы антенатальные (к примеру: глубокий и длительный дефицит железа в организме беременной), интранатальные (интранатальные кровотечения) и постнатальные факторы (такие как алиментарный дефицит железа, повышенные потребности и потери железа, нарушения кишечного всасывания или обменных процессов и др.)

Основным патогенетическим фактором является дефицит железа в организме (сидеропения) с последующим нарушением синтеза гемоглобина, уменьшением его содержания в эритроците с гипохромией эритроцитов, снижением цветового показателя. Нарушение образования гемоглобина приводит к уменьшению среднего объема эритроцитов - микроцитозу. При железодефицитной анемии отмечается вариабельность размеров. В костном мозге выявляется эритроидная гиперплазия с преобладанием полихроматофильных или оксифильных нормобластов. Истощение запасов железа способствует расстройству окислительно-восстановительных реакций в тканях, что проявляется поражением кожи, слизистых оболочек, дистрофией желудочно-кишечного тракта, угнетением действия многих железосодержащих ферментов.



Железодефицитные анемии классифицируются:

1. Железодефицитные анемии постгеморрагические.
2. Железодефицитные анемии беременных.
3. Железодефицитные анемии, связанные с патологией желудочно-кишечного тракта.
4. Эссенциальная (идиопатическая) железодефицитная анемия
5. Ювенильная железодефицитная анемия.
6. Железодефицитные анемии сложного генеза.



Для длительно существующего дефицита железа при уровне гемоглобина ниже 80 г/л свойственны «эпителиальный», «астеноневротический», «сердечнососудистый», «гепатолиенальный» и «иммунодефицитный» синдромы, проявляющиеся изолированно или сочетающиеся между собой.



## Диагностика включает:

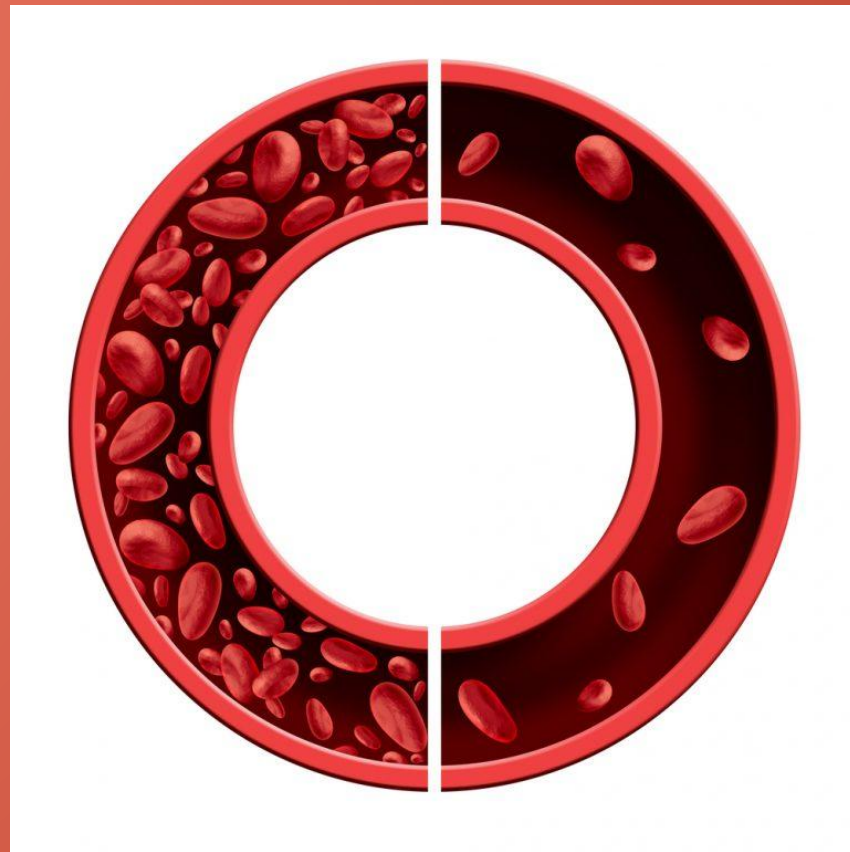
- Общий осмотр
- ОАК (общий анализ крови) или КРАК (клинический развернутый анализ крови)
- ОАМ (общий анализ мочи)
- Общие биохимические исследования
- Специфические биохимические исследования
- и др.



Лечение при ЖДА  
состоит из  
немедикаментозной и  
медикаментозной  
терапии.

Немедикаментозная  
терапия включает  
режим и диету.

Медикаментозное  
лечение проводится  
препаратами железа,  
которые назначаются  
внутри или  
парентерально.



Современные пероральные препараты железа на основе железа (III) применяемые для лечения железодефицитной анемии:

- Мальтофер (жевательные таблетки, капли, сироп, раствор для приема внутрь).
- Феррум Лек (сироп, жевательные таблетки).

Они практически не вызывают побочных эффектов.



Профилактика железодефицитных состояний у детей и подростков представляет собой весьма актуальную проблему педиатрии, особенно на первом году жизни. При этом очень важно повышать осведомленность врачей-педиатров и родителей о возможной скрытой недостаточности железа для того, чтобы гарантировать как можно более раннее начало



Естественной профилактикой анемии у детей первых месяцев жизни является грудное вскармливание. В течение всего периода кормления грудью женщина должна принимать препараты железа или поливитамины, обогащенные железом из расчета 40-60 мг элементарного железа в сутки.



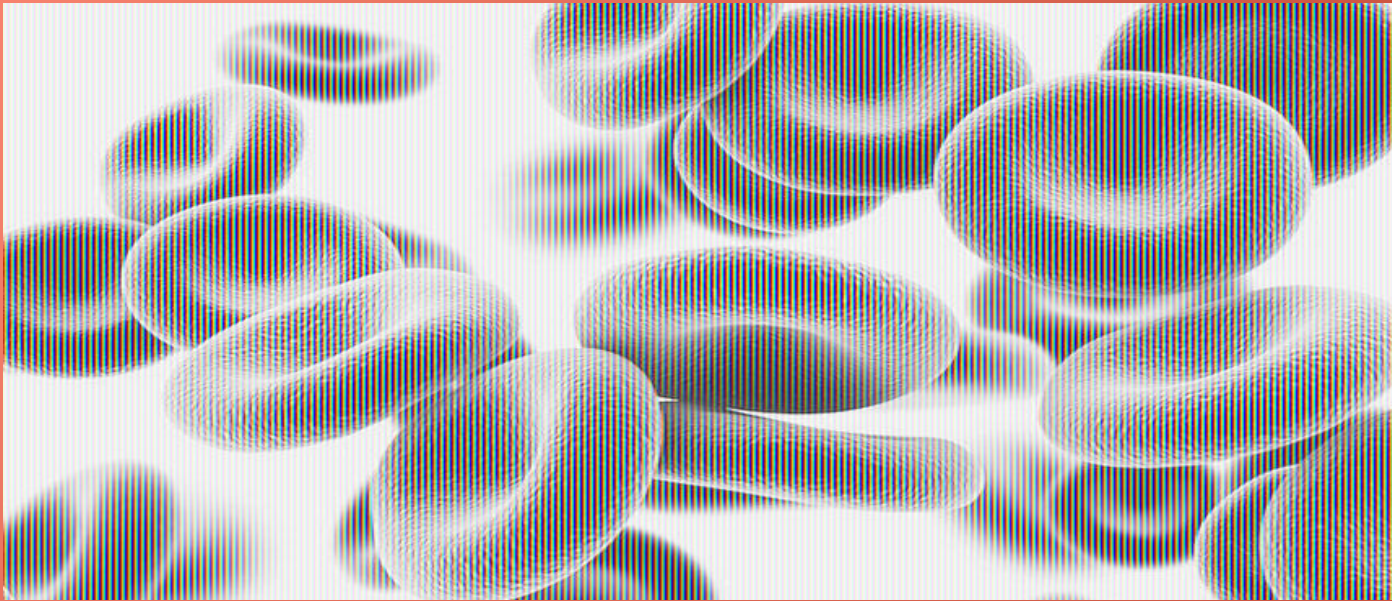
При искусственном вскармливании детям с риском анемии рекомендуются смеси, обогащенные железом в первое полугодие жизни смеси с содержанием железа 4-8 мг/л – «Малютка 1», «Дамил», «Симилак с железом», «Галлия 1», во втором полугодии жизни – смеси с содержанием железа 12-14 мг/л – «Галлия 2», «Нутрилон 2», «Энфамил



Специфическая профилактика железодефицитной анемии проводится препаратами железа из расчета 1-2 мг/кг/сутки элементарного железа. Доношенным детям из группы риска по анемии препараты железа назначают с 2-х месячного возраста в течение первого полугодия жизни. С целью профилактики ранней анемии недоношенным детям с 7-го дня жизни назначают витамин Е по 20 мг/кг в сутки, фолиевую кислоту по 1 мг в сутки, витамины группы В в течение 1-2 месяцев.

Поздняя анемия недоношенных является железодефицитной и проявляется в возрасте 2-3 месяцев. Для проведения метаболической коррекции с целью профилактики и лечения железодефицитной анемии у детей первого года жизни назначаются липамид, пантотенат кальция, витамины группы В и Е.





Последние несколько лет характеризуются неуклонным снижением состояния здоровья детей в Донецкой Народной Республике, связанным с рядом объективных факторов, отражающих условия жизни и воспитания детей. Нестабильность социально-экономической ситуации, неадекватное питание беременных и кормящих женщин, нерациональное вскармливание младенцев, ухудшение экологической обстановки - все это неполный перечень факторов, отрицательно влияющих на интенсивно растущий организм, развитие алиментарно-зависимых болезней, в том числе анемии.

При анализе статистических данных по заболеваемости железодефицитной анемией в ДНР среди взрослых, детей до 14 лет и подростков (15-18 лет) отмечается, что у взрослых в 2015 году наблюдается рост заболеваемости железодефицитной анемии. В 2016 году наблюдается значительное уменьшение, а в 2018 году рост заболевания снова начинает увеличиваться.

Анализ статистических данных по заболеваемости железодефицитной анемией в ДНР среди взрослых, детей до 14 лет и подростков (15-18 лет)

Год	Взрослые	Дети до 14 лет (включительно)	Подростки (15-18 лет)
2015	4567	3432	1423
2016	5431	3234	1435
2017	4042	3456	1852
2018	4154	4532	2534





Анализируя динамику заболеваемости ЖДА в г. Новоазовск за 2015- 2018 год можно сказать , что тенденция к снижению численности случаев заболевания отсутствует, и остаётся стабильно высокой, причем высокий процент приходится на женщин детородного возраста и подростков (15-18 лет), незначительно меньше приходится на детей до 14 лет.

Год	Взрослые	Включая женщин детородного возраста	Дети до 14 лет (включительно)	Подростки (15-18 лет)
2015	265	180	138	150
2016	267	182	135	151
2017	254	175	139	156
2018	262	179	134	153

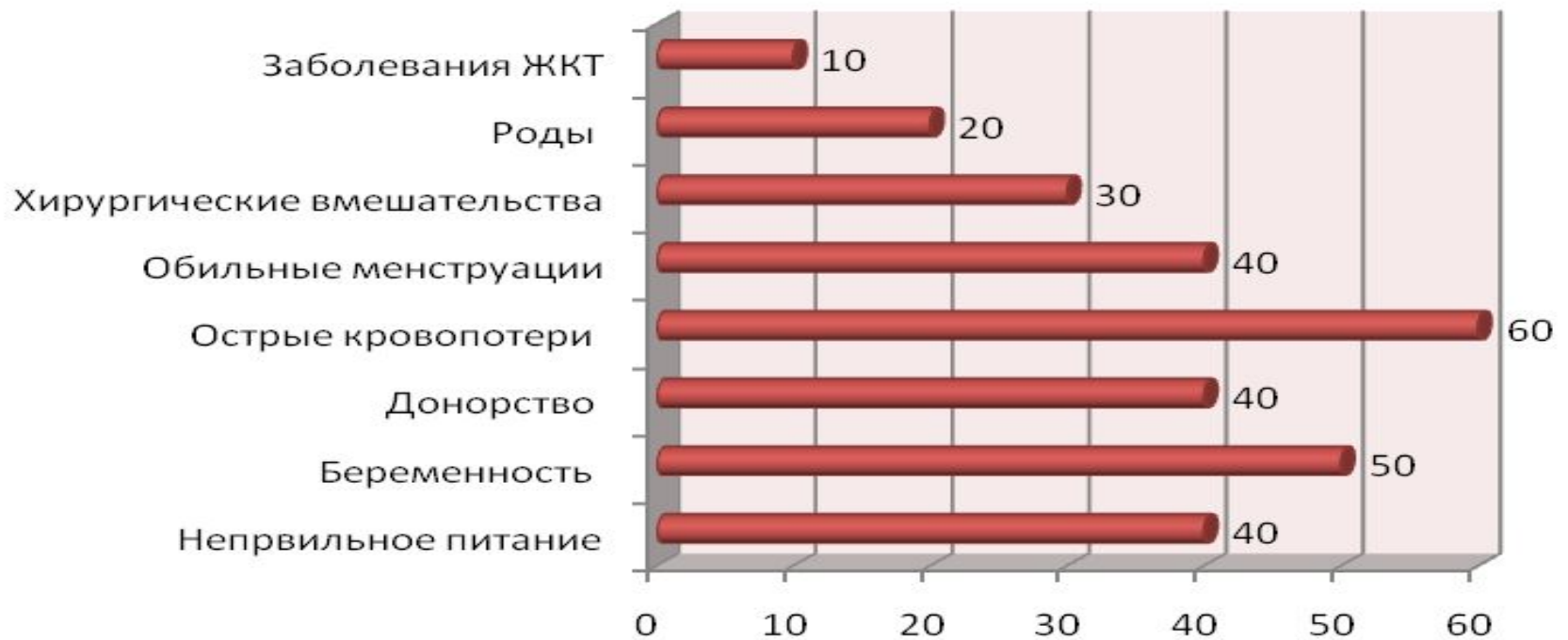
Опрос пациентов, страдающих этим заболеванием показал, что на первом месте, среди факторов риска стоит неправильное питание, которое составило 18%, на втором месте - донорство - 17%. Третье место также делят между собой следующие факторы риска: гинекологические заболевания - 15%, кровотечения из внутренних органов - 14%, беременность - 16%. Четвертое место занимают заболевания ЖКТ и роды - по 9%. Носовые кровотечения и обильные менструации, как причина железодефицитной анемии, составили всего по 2%.



Вопрос информированности населения о факторах риска возникновения и развития анемии показал, что люди считают наиболее частой причиной возникновения железодефицитной анемии - острые кровопотери - 23%, на втором месте, по их мнению, среди причин анемии находится беременность - 20% ответивших, третье место среди опрошенных делят три фактора риска: неправильное питание - 16%, донорство - 16% и обильные менструации - 16% от всех респондентов.

К наименьшим факторам риска, имеющим значение как причины развития железодефицитной анемии, относятся хирургическое вмешательство, составляющее 9%, роды — 8% участвующего в опросе населения. Самой редкой причиной опрошенные считают заболевания желудочно-





Было выявлено, что 10 человек считают, причиной заболевания ЖКТ. 20 человек считают причиной роды. 40 человек считают, что причиной является неправильное питание, донорство и обильные менструации. 60 опрошенных думают о том, что причинами являются острые кровопотери. 30 человек связывают причины заболевания с хирургическими вмешательствами. А остальные 50 опрашиваемых думают, что причина это беременность.











# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в ходе анкетирования данные указывают на довольно посредственный уровень знаний населения касательно данной темы. Что указывает на необходимость проведения профилактических бесед с представителями группы риска и распространения дополнительной информации о железодефицитной анемии.

Тем не менее результаты анкетирования касательно необходимости профилактических мероприятий довольно благоприятный что позволяет надеяться на положительную динамику в будущем.

Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод что основное направление работы должно быть сконцентрировано на своевременном донесении корректной и достоверной информации как пациентам так и лицам из группы риска. Потому что рациональное сочетание активной профилактической работы и адекватные лечебные мероприятия позволяют с надеждой смотреть в будущее и ожидать как снижения заболеваемости железодефицитной анемией, так и более благополучного ее течения.

На основании сделанных выводов, были сформулированы следующие рекомендации:

Необходимо проведение санитарно-просветительной работы среди населения с использованием различных форм - выпуск санбюллетеней, бесед; составление памяток, в виде больших плакатов на рекламных щитах, общественном транспорте (на автобусах, трамваях), выступления по радио, создание информационных программ на телевидении.

Необходимо регулярно принимать минеральные воды, содержащие железо, например, марциальная минеральная вода.

Вести здоровый образ жизни:

а) соблюдать режим дня и правильного питания;

б) проводить большую часть свободного времени в виде прогулок на свежем воздухе, так как известно, что это увеличивает гемоглобин и синтез эритроцитов.

Рацион современного человека недостаточно богат витаминами, микро- и макроэлементами, в том числе железом, в связи с этим рекомендуем принимать добавки к пище, например, такие известные и хорошо зарекомендовавшие себя как «Литовит-Ф», «Лактавия», «Флавигран» фирмы «Биолит».

**Спасибо за внимание!**

