

УДК: 616.155.194.8-053.5

**ПРЕДРАСПОЛОГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ПРИЧИНЫ
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА**

Атаджанова Ш.Х., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.,

Махпиева Г.К., Абдуллаева Д.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Ключевые слова: ЖДА, дефицит железа, школьники,

Железодефицитная анемия (ЖДА) необычайно широко распространенное состояние, регистрируемое у 20% населения планеты. По данным ВОЗ, ЖДА широко распространена среди детей и женщин детородного возраста во всем мире [1,2]

В нашей стране изучению эпидемиологии ЖДА посвящено множество работ. По данным этих авторов, в отдельных регионах нашей страны частота ЖДА достигает от 30 до 60%. Ими также было доказано, что причинами дефицита железа в различных областях оказываются множественные факторы и клиническое течение ЖДА значительно отличается [3,4,5].

Целью данной работы явилось выяснение причин дефицита железа и дать оценку симптомам болезни, частоту их проявления, изучить возможность наличия особенностей в клинике ЖДА у детей школьного возраста. При необходимости проводились консультации специалистов.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находилось 195 детей с ЖДА в возрасте от 7 до 14 лет. Возраст обследованных был: от 7 до 10 лет - 111 детей, 11 – 12 лет – 59, 13 - 14 лет - 25 детей. Среди обследованных школьников преобладали дети в возрасте от 7 до 10 лет. Этот результат подтверждают данные большинства авторов о наибольшей распространенности ЖДА среди детей изучаемой возрастной группы.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной

железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/, десфераловой сидероурии.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 114 школьника (58,5%) , со средней тяжестью - 81 (41,5%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 2-х школьников (1,2%).

Результаты и обсуждение: Клинические признаки и жалобы характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто отмечались бледность кожных покровов – 177 школьников (90,7%), снижение и отсутствие аппетита – у 161 (82,6%), извращение вкуса - употребление земли, глины, мела – у 102 (52,3%), тошнота и срыгивания у 89 (45,6%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи – 103 (52,8%), сухость и выпадение волос – 96 (49,2%), ломкость и истончение ногтей – 65 (33,3%). У некоторых детей выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее, боковых поверхностях грудной клетки (16 – 8,2%). Довольно часто встречались изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка - “лакированный язык” - 84 (93%), так называемые “заеды” в углах рта - ангулярный стоматит – 62 (37,8%).

Нами также были отмечены отклонения в психоэмоциональном состоянии. У 164 (84%) школьников выявлено в той или иной степени снижение эмоционального тонуса, быстрая смена настроения- 54 (27,7%); малоподвижность, вялость – 57 (29,2%), плаксивость, капризность – 64 (32,8%); снижение интереса к занятиям. Выявлены были также отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы (148 – 75,9%), которые сводились к наличию систолического шума, тахикардии и незначительному расширению границ сердца. У 8 детей (4,1%) была выявлена гепатомегалия.

Одним из признаков дефицита железа у детей школьного возраста, особенно средне-тяжелых и тяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития - 102 (52,3%) школьника.

Среди сопутствующих заболеваний отмечались также хронические очаги инфекции – кариес зубов, хронический тонзиллит, аденоиды, различной степени увеличение щитовидной железы, гастриты, гельминтозы, холепатии, гепатиты.

Важным обстоятельством, подтверждающим дефицит железа и малое его поступление в организм, явились погрешности в питании в виде сухоедения, преобладания в рационе молочно-растительной пищи, уменьшение в рационе мясных блюд, однообразное питание. Также наиболее распространенной причиной анемии является нарушение режима питания – несвоевременный приём пищи, большинство школьников утром практически не завтракают.

Таблица

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ОБМЕНА СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ЖДА

Показатели	ЖДА легкой степени тяжести	ЖДА средней степени тяжести	Здоровые школьники
Гемоглобин, г/л	90,9±1,62	74,6±2,3	114,0±1,8
Эритроциты 10x ^{12/л}	3,26±0,12	2,81±0,08	4,41±0,07
Гематокрит, об%	28,3±0,76	24,5±0,9	34,8±0,4
Среднее содержание Нв в эритроците	28,4±0,06	26,0±0,03	33,2±0,04
Цветовой Показатель, ед	0,78±0,01	0,74±0,02	0,89±0,03
Сывороточное железо, мкмоль/л	12,7±0,07	8,7±0,02	15,2±0,5
ОЖСС, мкмоль/л	94,7±0,8	89,8±0,6	60,8±0,02
ЛЖЖС, мкмоль/л	100,3±4,0	52,4±0,4	33,0±0,01
Коэффициент насыщения трансферрина, %	21,5±0,07	18,0-0,05	38,72±0,15

Как показано талицы характерными были показатели лабораторных исследований: низкий уровень гемоглобина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Таким образом, железодефицитная анемия у детей школьного возраста с высокой частотой наблюдается у детей до 10 лет, а причинами ее развития являются эндогенный и экзогенный дефицит железа, вызванный различными факторами. В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Асадов Д.А., Нажмитдинов А.М., Тагиров Ч.И. // Педиатрия (Т), №2, 2004, с 5-12.
2. Казакова Л. М., Макрушин И. М. Иммуитет при дефиците железа//Педиатрия. - 1992. - №10-12. - С. 54-59.
3. Blook J. Holliday. I часть Metabolism in Health and Discese. – W.B. Jaunders Company -1994.
4. Куанышбекова Р.Т. Железодефицитные анемии у детей. // “Здоровье детей – проблема и будущее нации”, Сб. научн. трудов Междунар. Конф., Алматы, 2004г, с. 180--181.
5. Коровина Н.А., Заплетников А.Л., Захарова И.Н. Железодефицитная анемия у детей. – Л.- 1999.
6. Казакова Л. М., Макрушин И. М. Иммуитет при дефиците железа//Педиатрия. - 1992. - №10-12. - С. 54-59.
7. Митерев Ю.Г., Воронина Л.Н. Желсзодсфицитные анемии и состояния (диагностика, лечение, профилактика)// Клин. мед. - 1992. - № 7-8. - С. 69-77.

8. *Морозова В.Т.* Гематологические исследования в диагностике заболеваний. // Клин. лаб. диагностика. — 1996. — № 6. — С. 3-7.
9. *Ladipo O. A.* Nutrition in pregnancy: mineral and vitamin supplements // Am. J. Clin. Nutr. - 2000. - Vol. 72, Suppl I. - P. 280 S - 290 S.

ХУЛОСА

МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИК АНЕМИЯСИГА МОЙИЛЛИК ТУҒДИРУВЧИ ОМИЛЛАР ВА САБАБЛАР

Атаджанова Ш.Х., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т.,

Махпиева Г.К., Абдуллаева Д.А.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Темир танқислик анемиялар (ТТА) мактаб ёшидаги болалар орасида энг кўп тарқалган касалликлардан бири бўлиб хисобланади. ТТА ривожланишига олиб келувчи сабабларни, клиник белгиларининг турли тумон кўринишида намоён бўлиши, ва касалликни кечишига кўра симптомлари ўзига хос эканлигига баҳо берилди.

ТТА темирнинг экзоген ва эндоген танқислиги хисобланади, биринчи навбатда овқатланиш режимига риоя қилмаслик, нотўғри овқатланиш ва ҳамроҳ касалликлар (тиш кариеси, тонзиллит, гастритлар ва х.к.). Мактаб ёшидаги болаларда ТТА клиник кечишида асосан тери-эпителиал синдром, ошқозон-ичак, асаб, юрак-қон-томир системасидаги ўзгаришлар устун туради.

SUMMARY

ABOUT FORMING AND COOPERANT FACTORS TO IRON-DEFICIENT ANAEMIA AMONGSCHOOL CHILDREN

Atadjanova SH.X., Inakova B.B., Nuritdinova G.T.,

Mahpieva U.R. Abdulayeva D.A.

Andijan the state medical institute

Among schoolchildren in age 14 the easy degree of IDA comes to light more frequency. For boys in the age-related stage of life (7-14y), general frequency of IDA and degree of weight does not have a tendency the last to the increase. For girls general frequency of IDA is megascopic in the age related period 11- 14 as compared

to boys that, apparently, explained by hormonal changes in this age and becoming menstrual.

Schoolchildren have the endogenous and exogenous deficit of iron, caused by different factors such as, inefficient feed, dry diet, and violations of diet, menstrual Disorder, intestinal worm invasion, chronic diseases of GIT and other, reason of development of iron-deficient anemia. Primary prophylaxis of IDA among adults, it is necessary to begin with a school period.