**ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА**

*Одинец Ю.В., Поддубная И.Н., Панфилова Е.А., Белоусова Л.С.\*,*

*Маренич Л.П.\**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2

\*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16»

Цель. Проблема анемий остается актуальной как для высокоразвитых, так и для развивающихся стран. Так, в странах Европы железодефицитной анемией страдают 10-12% женщин и 3-8% мужчин. Среди лиц молодого возраста 50% имеют латентный дефицит железа, а среди женщин детородного возраста - 30%. По данным ВОЗ анемии у детей являются наиболее распространенными в мире, поражая до 60% детского населения. Целью данной работы являлся анализ заболеваемости железодефицитными анемиями у детей Харьковского региона за последние 5 лет.

Методы. Нами были проанализированы истории болезни детей, страдавших железодефицитной анемией и находившихся на лечении в гематологическом отделении городской клинической больницы №16 г. Харькова в 2008-2012г.г.

Результаты. Под нашим наблюдением за период с 2008г. по 2012г. находилось 468 детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет, из них мальчиков 324, девочек – 144. Детей в возрасте до 1 года – 141, 1-3 года – 171, 4-7 лет – 26, 8-15 лет – 72, 16-18 лет – 58. Анемия – это состояние, которое характеризуется уменьшением уровня гемоглобина и/или эритроцитов в единице объема крови. Критерии анемии (ВОЗ): Hb – 110 г/л (до 5 лет), Hb – 120 г/л (5 лет и более). В соответствии с данными критериями железодефицитная анемия легкой степени диагностирована у 108 детей (23%), средней тяжести – у 216 (46%), тяжелой – у 252 (31%) детей.

Клиническими признаками анемии являлись бледность кожи и слизистых (100%), сухость кожи, волос, их ломкость (90%), тахикардия, систолический шум (85%), вялость (75%), гипотония мышц (70%), снижение аппетита, вплоть до анорексии (66%), частые ОРВИ (58%), отставание в физическом развитии (30%), извращение вкуса (22%), неустойчивость стула (20%), глоссит, ангулярный стоматит (15%), увеличение печени (16%) и селезенки (12%), снижение эмоционального тонуса (12%). Приблизительно у 1/3 пациентов жалобы отсутствовали.

Лабораторная диагностика включала анализ крови клинический + гематокрит, определение уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки, коэффициента насыщения трансферрина железом, функциональные печеночные пробы, протеинограмму, определение фолиевой кислоты и витамина В12, иммунограмму (по показаниям).

Лечение проводилось по протоколу, утвержденному приказом Министерства охраны здоровья Украины №9 от 10.01.2005г. Гемотрансфузии выполнялись строго по показаниям у 17% детей.

Выводы:

1. ЖДА остается одной из самых частых гемопатий в детском возрасте.
2. Наиболее уязвимый возраст детей до 3 лет и 15-17 лет.
3. Основными принципами терапии ЖДА являются лечение заболеваний, приводящих к ее появлению, и устранение анемии и дефицита железа в крови и тканях.
4. Рациональное вскармливание (своевременное введение в рацион продуктов, богатых железом – печень, мясо, яблоки, овощные и фруктовые соки) и ограничение веществ, замедляющих всасывание железа, является неотъемлемым звеном лечения ЖДА и во многом - залогом успеха терапии.
5. Препараты железа назначаются в подавляющем большинстве случаев внутрь, детям младшего возраста - предпочтительно в жидкой форме. Гемотрансфузии показаны лишь в тех случаях, когда анемия протекает крайне тяжело или если присоединяются инфекции, которые могут препятствовать терапевтическому эффекту.