

Этиологическая и клиническая характеристика анемий тяжелой степени у детей грудного и раннего возраста

Кожевникова Л.А.¹, Сметанина С.А.¹, Горохова Н.Е.²

¹ ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Российская Федерация

² ГБУЗ ТО ОКБ № 1, Тюмень, Российская Федерация

Актуальность. Анемия является наиболее распространенным заболеванием крови у детей. Наиболее частой в детской популяции является железодефицитная анемия (ЖДА), распространенность которой у детей раннего возраста в отдельных регионах РФ достигает 50–73%.

Цель исследования. Выявить особенности этиологии и клинических проявлений анемий тяжелой степени у детей грудного и раннего возраста.

Пациенты и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 36 детей грудного ($n = 6$) и раннего возраста ($n = 30$) от 0 до 3 лет, находившихся на лечении по поводу анемии тяжелой степени в детском отделении ОКБ № 1 г. Тюмени. У всех пациентов уточнялись перинатальные и постнатальные факторы риска формирования анемии, оценивалась клиническая картина заболевания, данные лабораторно-инструментальных методов обследования.

Результаты. При поступлении состояние всех детей расценено как тяжелое за счет гипоксемического и сидеропенического синдромов; гематологическая картина соответствовала тяжелой степени анемии: гемоглобин — 65,3 г/л, эритроциты — $3,1 \times 10^{12}/л$, ферритин — 3,5 нг/мл, сывороточное железо — 3,46 ммоль/л, трансферрин — 3,66 нг/мл. Всем детям с заместительной целью была выполнена гемотранфузия ЭМОЛТ и назначена медикаментозная пероральная терапия препара-

ми трехвалентного железа в дозе 4–5 мг/кг массы тела. Средний койко-день пребывания в стационаре составил 10 сут.

В группе исследования в 83% случаев диагностирована железодефицитная анемия ($n = 30$), наследственный микросфероцитоз — в 5,6% ($n = 2$), анемия Даймонда – Блекфена — в 2,8% ($n = 1$), анемия вследствие перенесенного гемолитико-уремического синдрома — в 8,3% ($n = 3$).

У 37% пациентов отмечалась анемия у матери во время беременности, из них в 13% — анемия тяжелой степени. У 84,6% пациентов выявлено нерациональное питание: кормление коровьим молоком или неадаптированными молочными смесями (75,2%), манной кашей, печеньем с молоком (9,0%), несвоевременное введение мясных блюд (15,8%), а также низкая приверженность терапии препаратами железа в семьях детей, которым ранее были назначены препараты железа (15,4%).

Заключение. У детей грудного и раннего возраста ведущим этиологическим фактором развития анемии тяжелой степени является дефицит железа. Грубые ошибки в организации питания детей раннего возраста, несвоевременная диагностика латентного дефицита железа на поликлиническом этапе и низкая приверженность к терапии анемии со стороны родителей являются важными постнатальными факторами риска ЖДА, требующей оказания неотложной помощи на госпитальном этапе.