



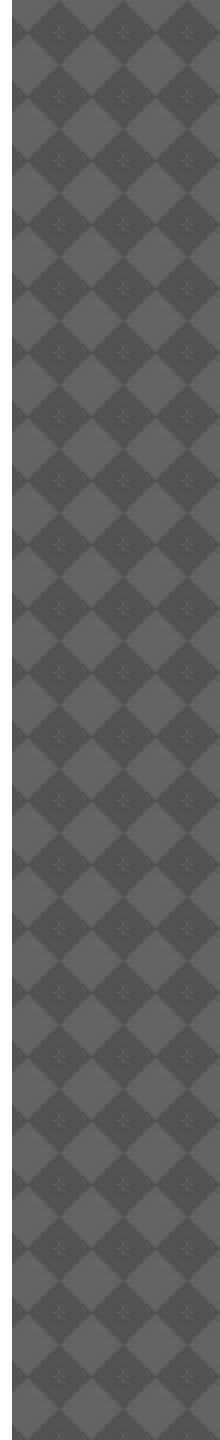
ПЛАН

- Цель
- Введение
- Исследовательский вопрос:
Особенности течения
железнодорожнодефицитной анемии у детей на
современном этапе
Заключение
Список литературы

ЦЕЛЬ

- Особенности течения железодефицитной анемии у детей на современном этапе

ВВЕДЕНИЕ



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- **Железодефицитная анемия у детей** - клинико-лабораторный синдром, развивающийся при дефиците железа в организме вследствие дисбаланса процессов его поступления, усвоения и расходования. Железодефицитная анемия у детей проявляется астено-вегетативным, эпителиальным, иммунодефицитным, сердечно-сосудистым и др. синдромами.

ЭТИОЛОГИЯ

- В развитии железодефицитной анемии у детей могут быть задействованы антенатальные и постнатальные факторы.
- К антенатальным факторам относится несформированность депо железа во внутриутробном периоде. В этом случае железодефицитная анемия обычно развивается у детей в возрасте до 1,5 лет. Раннему развитию анемии у ребенка могут способствовать ТОКСИКОЗЫ, анемия беременной, инфекционные заболевания женщины в период гестации, угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, отслойка плаценты,

- Постнатальные железодефицитные анемии у детей связаны с факторами, действующими после рождения ребенка, прежде всего - недостаточным поступлением железа с пищей. В группе риска по развитию железодефицитной анемии находятся дети, получающие искусственное вскармливание неадаптированными молочными смесями, козьим или коровьим молоком.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ЖДА

- Прелатентная - недостаточное содержание железа в тканях, концентрации гемоглобина и сывороточного железа не изменены.
- Латентная - концентрация гемоглобина нормальная, но сывороточного железа снижена.
- Железодефицитная анемия - изменены все показатели красной крови.

В СООТВЕТСТВИИ С УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА ЖДА РАЗДЕЛЯЮТ НА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ:

ЛЕГКУЮ	Нь 110-91 г/л
СРЕДНЮЮ	Нь 90-71 г/л
ТЯЖЕЛУЮ	Нь 70-51 г/л
СВЕРХТЯЖЕЛУЮ	Нь 50 г/л и менее

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ

- Клиническая картина железодефицитных состояний (сидеропений) неспецифична и включает несколько синдромов.
- **Астеновегетативный синдром** - следствие нарушения функций головного мозга. Маленькие дети с железодефицитной анемией отстают в психомоторном развитии. Они плаксивы, раздражительны, капризны, плохо контактируют со сверстниками

- **Эпителиальный синдром** включает дистрофию и атрофию барьерных тканей (слизистых оболочек, кожи и её производных - ногтей, волос). К трофическим нарушениям легко присоединяются воспалительные изменения.
- **Иммунодефицитный синдром** проявляется частыми ОРВИ и острых кишечных инфекций. Около 70% часто болеющих детей страдают сидеропенией

- **Сердечно-сосудистый синдром** наблюдают при тяжёлой железодефицитной анемии. У детей развиваются повышенная утомляемость, низкое артериальное давление, тахикардия, снижение тонуса сердечной мышцы, приглушение тонов, функциональный, довольно грубый систолический шум, хорошо выслушиваемый на сосудах («шум волчка») и связанный с гидремией.
Гепатолиенальный синдром возникает редко, обычно при тяжёлой анемии и сочетании рахита и анемии.

НОРМА ГЕМОГЛОБИНА У РЕБЕНКА

при рождении	180-240 г/л;
в 1 месяц	15-175 г/л;
с 2 до 12 месяцев	110-135 г/л;
с 1 года до 12 лет	110-145 г/л;
с 1 года до 12 лет	120-155 г/л.

ДИАГНОСТИКА

1. Биохимический анализ крови
Общий анализ мочи,
Копрограмма.
Анализ кала на яйца гельминтов.
Коагулограмма
УЗИ органов брюшной полости, почек,
мочевого пузыря, малого таза.
Эндоскопическое исследование:
фиброгастродуоденоскопия,
ректороманоскопия, фиброколоноскопия
(по показаниям). Рентгеноскопия
пищевода и желудка; ирригография,
рентгенограмма грудной клетки.

ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение должно быть своевременным, комплексным. Оно основывается на 4 принципах:
 - назначение железосодержащих препаратов;
 - лечение основного заболевания;
 - устранение причины приведшей к анемии;
 - нормализация питания ребенка и режима дня;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Особенности течения железодефицитной анемии у детей на современном этапе антенатальная профилактика железодефицитной анемии у детей заключается в приеме беременной ферропрепаратов или поливитаминов, предупреждении и лечении патологии беременности, рациональном питании и режиме будущей мамы. Постнатальная профилактика железодефицитной анемии у детей предусматривает грудное вскармливание, своевременное введение необходимых прикормов, организацию правильного ухода и режима ребенка. Профилактический прием препаратов железа показан недоношенным, близнецам, детям с аномалиями конституции, детям в периоды быстрого роста, полового созревания, девочкам-подросткам с обильными менструациями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/iron-deficiency-anemia>
- <http://whiteclinic.ru/pediatriya-detskie-bolezni/zhelezodefitsitnaya-anemiya-u-detey-simptomi-diagnostika-lechenie>
- <http://lekmed.ru/info/stati/diagnostika-i-lechenie-zhelezodeficitnyh-sostoyaniy-u-detey.html>