

КОГДА УХОДИТ ДЕТСТВО: ДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ У ПОДРОСТКОВ МЕГАПОЛИСА

Морозова А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Жукова Лариса Юрьевна
Кафедра факультетской педиатрии ФГБОУ ВО
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

Контактная информация: Морозова Александра Станиславовна — студентка 6 курса.
E-mail: alexmorozova29@mail.ru

Ключевые слова: педиатрия, анемия, ЖДА, В12-дефицитная анемия

Актуальность: дефицитные анемии (ДА) ассоциированы с недостаточным поступлением, усвоением или патологическими потерями основных микронутриентов. Для подростков наиболее значимы недостаточность железа, кобаламина и фолиевой кислоты.

Цель исследования: анализ структуры и причин ДА у подростков Санкт-Петербурга в современных условиях.

Материалы и методы: проанализировано 603 медицинских карты стационарного больного подростков с подтвержденной ДА, лечившихся в отделении общей гематологии ГБУЗ ДГБ 1 Санкт-Петербурга в период 2014–2019 гг., из них 97 (16%) мальчиков и 506 (84%) девочек (медиана возраста 15 лет). Диагноз верифицирован на основании общепринятых критериев диагностики

Результаты: при поступлении тяжесть анемии соответствовала легкой степени у 191 (31,7%), средней тяжести у 264 (43,8%), тяжелой у 148 (24,5%) подростков. Гипохромная микроцитарная анемия имела у 587 (97%), гиперхромная макроцитарная у 16 (3%) больных. Изолированный дефицит микронутриентов обнаружен у 593 (98%) пациентов, из них дефицит железа у 593 (97%), дефицит кобаламина у 4 (0,7%), фолиевой кислоты у 2 (0,3%). Полидефициты микронутриентов подтверждены у 10 (2%) больных, из них дефицит кобаламина сочетался с недостаточностью либо железа (5;1%), либо фолиевой кислоты (5;1%). По мере устранения мегалобластического кроветворения абсолютный дефицит железа был доказан еще у 8 (1,5%) подростков. Таким образом, были верифицированы железodefицитные (587;97%), витаминodefицитные (3;0,5%) и полидефицитные (13;2,5%) анемии. Причинами развития железodefицитных анемий явились алиментарный дефицит (435;74%), кровопотери (400;68%), повышение потребностей в железе на фоне пубертатного скачка (208;35%). Этиологическими факторами витаминo- и полидефицитных анемий были алиментарный дефицит (12) и синдром мальабсорбции на фоне патологии ЖКТ: дефицит внутреннего фактора при хроническом атрофическом гипоацидном гастрите с наличием антител к париетальным клеткам желудка, терминальный илеит, пострезекционный синдром «короткой кишки» (4). При анализе причин развития ДА у обследованных больных оказалось, что 482 (80%) подростка формировали дефицитное состояние под влиянием 2 или 3 этиологических факторов, возникающих, как правило, не одновременно, но наслаивающихся друг на друга со временем. Так, у большинства больных с многолетним ненадлежащим питанием декомпенсация латентного алиментарного дефицита микронутриентов обуславливалась патологическими хроническими потерями железа из различных источников (носовые, желудочно-кишечные, маточные кровотечения) в условиях возрастающих потребностей на фоне пубертатного скачка.

Выводы: доминирующим предиктором формирования ДА у подростков Санкт-Петербурга явился дефицит железа, наиболее часто изолированный, в некоторых случаях, сочетающийся с недостаточностью кобаламина и/или фолиевой кислоты. У большинства подростков обнаружено сочетанное влияние нескольких этиологических факторов, реализующееся в железodefицитную или полидефицитную анемию. Изолированная витаминodefицитная анемия была обусловлена наличием у подростков синдрома мальабсорбции на фоне патологии ЖКТ.

Литература

1. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Чернов В.М., Тарасова И.С. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железodefицитной анемии. М., 2015. (Электронный ресурс). URL: <https://inlnk.ru/bQJDY>

2. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Демихов В.Г. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению анемии, обусловленной дефицитом витамина В12 у детей. М.; 2015. (Электронный ресурс). URL: <http://nodgo.org/sites/default/files/02.%20%20Анемии%20В%2012.pdf>
3. Robert T Means, Kathleen M Fairfield. Clinical manifestations and diagnosis of vitamin B12 and folate deficiency. In: William C Mentzer, Jennifer S Tirnauer, Lisa Kunins, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2021. [cited 2021 Mar 13].