

# Анемии у детей

Кафедра госпитальной  
педиатрии и детских  
инфекционных болезней  
ЗГМУ



# Определение

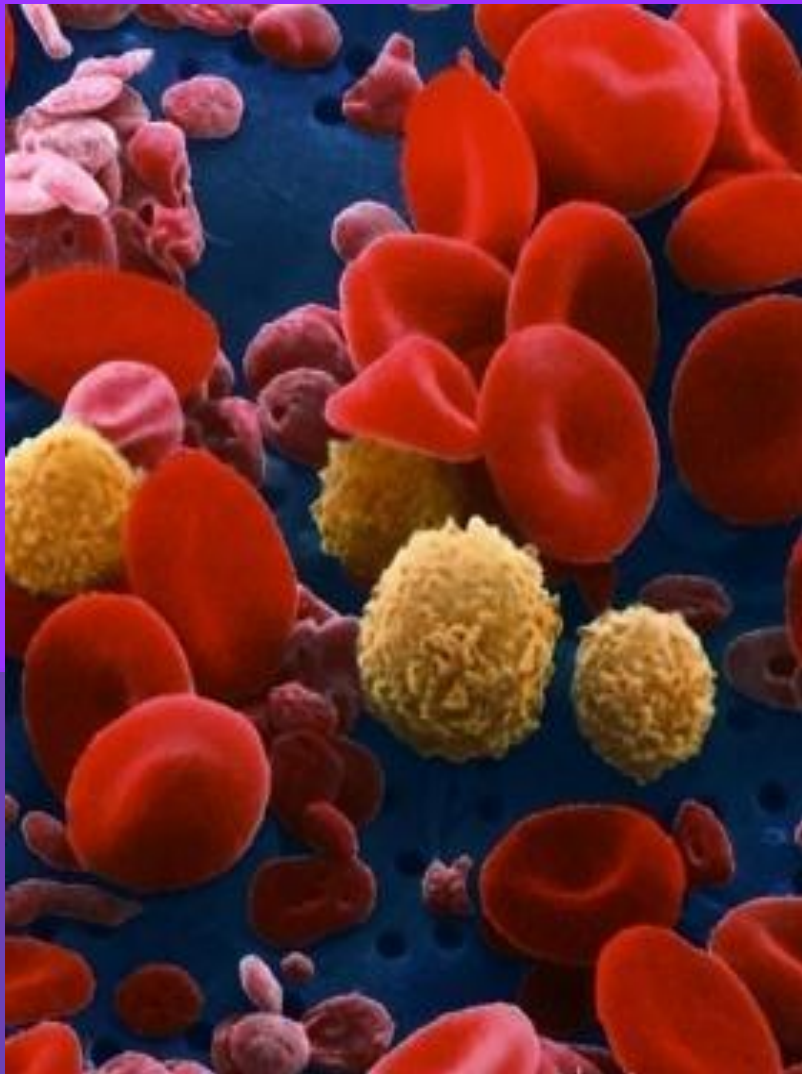
**Анемия – патологическое состояние, сопровождающееся снижением уровня гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови**

**Анемия может быть как самостоятельным заболеванием так и симптомом других заболеваний**

# Основные группы анемий

- 1. Анемии вызванные недостатком гемопоэтических факторов (дефицитные анемии)**
  - железодефицитные;
  - витаминдефицитные;
  - протеинодефицитные
- 2. Анемии вследствие повышенной потери эритроцитов (постгеморрагические)**

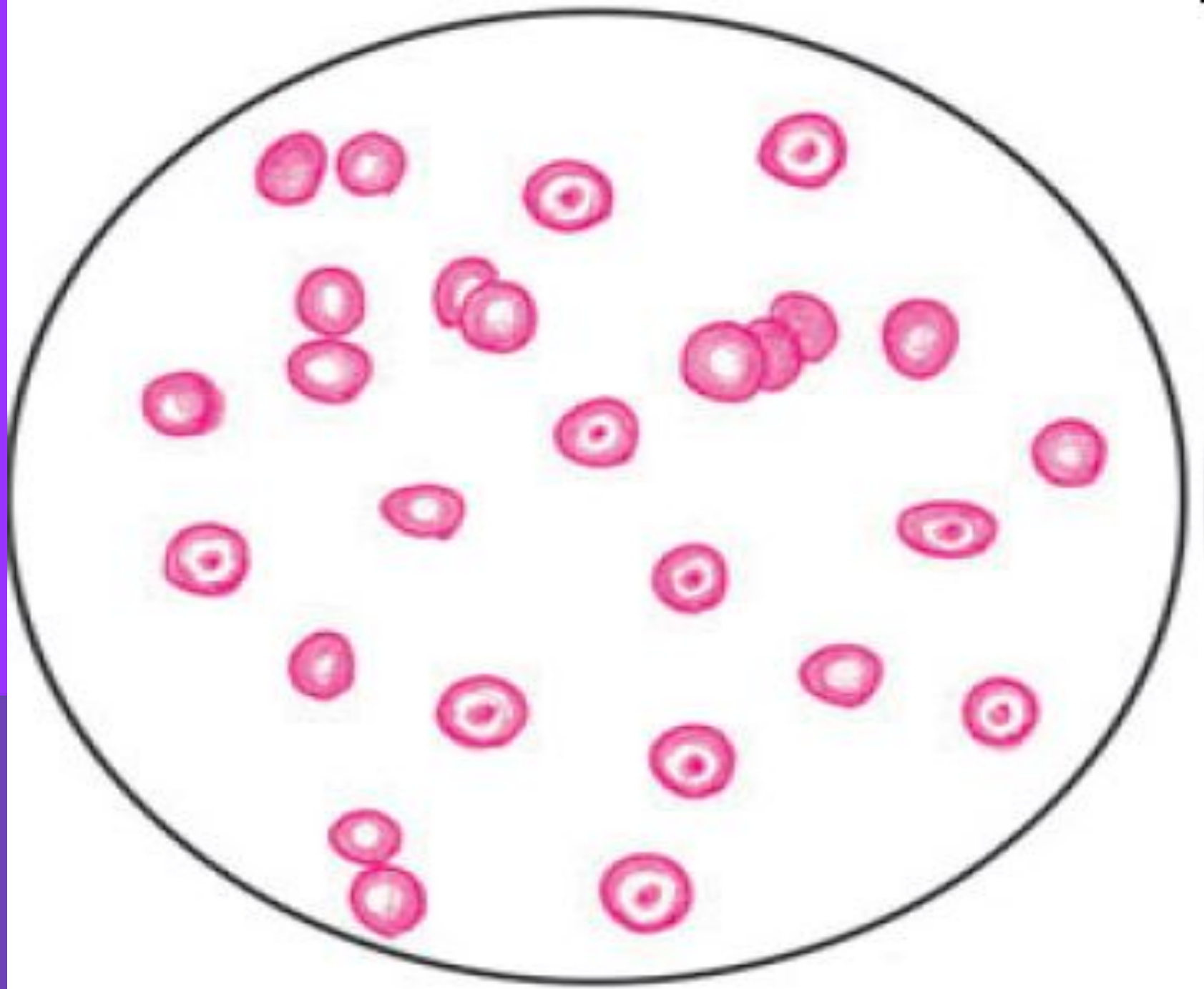
# Оценка тяжести анемии



- **Лёгкой степени**  
Hb 110 – 90 г/л  
Эр. 3,5-3,0 x 10<sup>12</sup>/л
- **Средней степени**  
Hb 90 – 70 г/л  
Эр. 3,0-2,5 x 10<sup>12</sup>/л
- **Тяжелая анемия**  
Hb < 70 г/л  
Эр. менее 2,5 x 10<sup>12</sup>/л

# Морфологическая классификация анемий

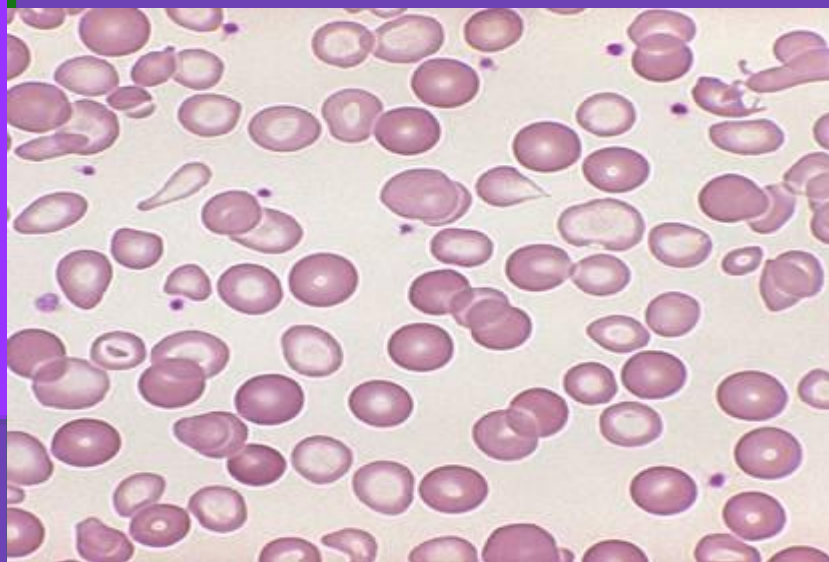




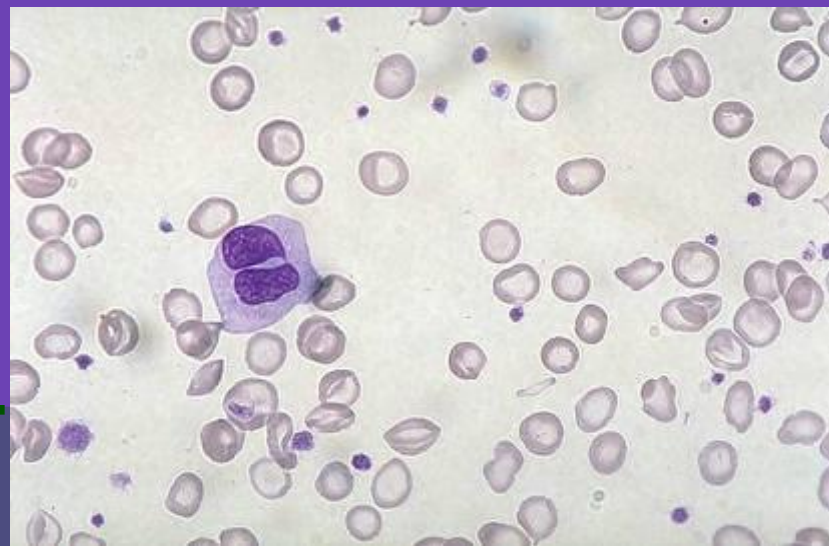
# Распределение железа в организме

- Гемоглобин – 60-65%
- Ферритин – 9-10%
- Гемосидерин – 9-10%
- Миоглобин – 7,5-8,5%
- Цитохромы, каталазы – 5-7%
- Транспортное железо 0,1-0,2%

**Эритроциты  
здорового ребенка**



**Эритроциты  
ребенка с ЖДА**





# Показатели обмена железа

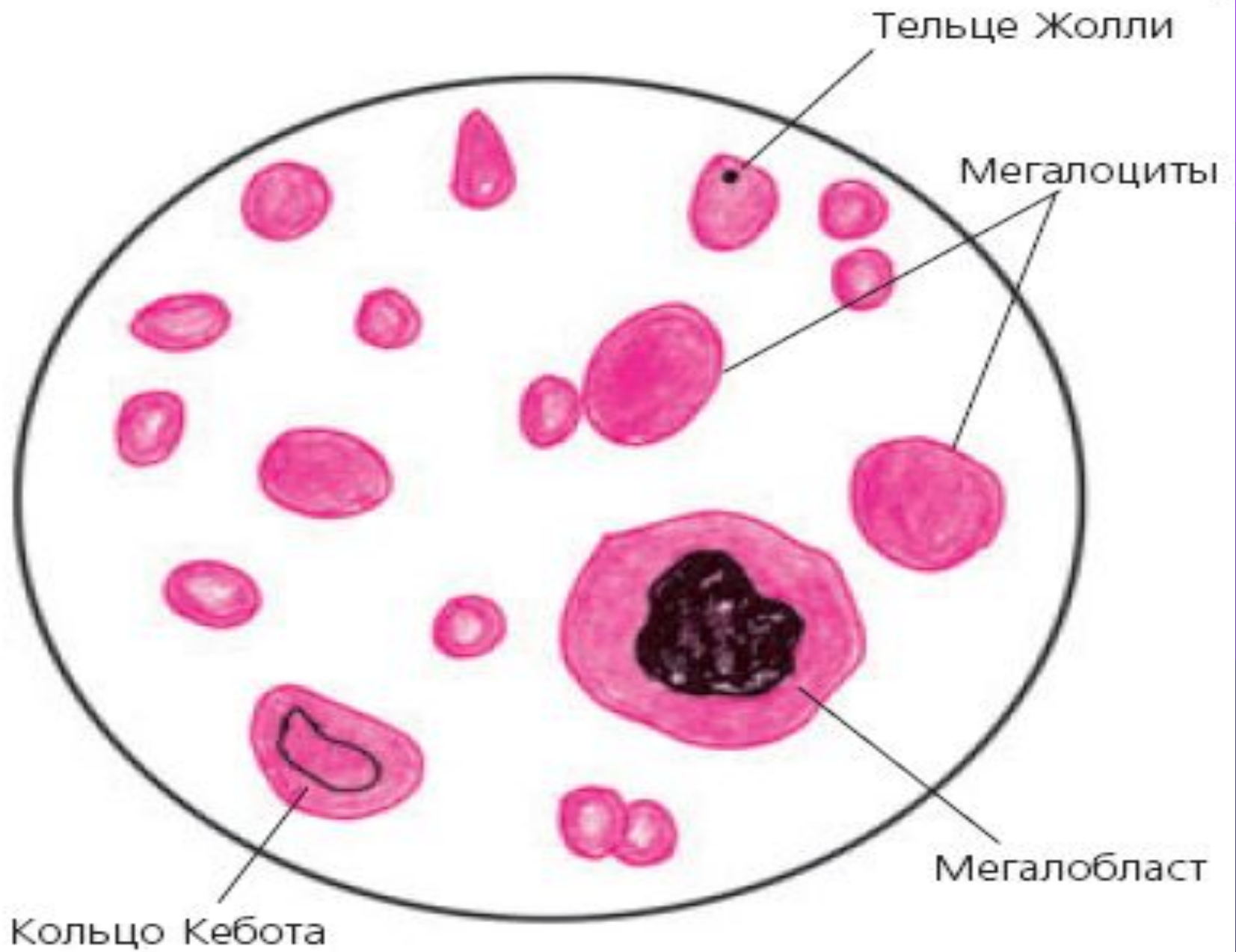
- СЖ – 14-25 мкмоль/л
  - Железо сыворотки, связанное с трансферрином
- ОЖСС – до 1 года – 53 – 72 мкмоль/л, после 1 года – 53-63 мкмоль/л
  - Общий трансферрин, сидерофилин – сколько железа может связать весь трансферрин плазмы (полного насыщения никогда не происходит)
- ЛЖСС составляет  $\frac{2}{3}$  ОЖСС
  - Количество железа, которое плазма может связать дополнительно
  - $\text{ЛЖСС} = \text{ОЖСС} - \text{СЖ}$
- КНТ – 25-40%
  - $\text{КНТ} = \frac{\text{СЖ}}{\text{ОЖСС}} \times 100\%$

# Препараты железа

- До еды (при диспепсических явлениях после еды)
- Начальная доза  $1/3$  возрастной
- После нормализации картины крови  $1/2$  лечебной 1 месяц
- Не запивать чаем, молоком, не применять вместе с кальцием, тетрациклином, левомецетином, антацидами
- Не применять при инфекциях
- На 7-10 день – ретикулоцитарный криз

# Причины неэффективной терапии

- Ошибочный диагноз ЖДА
- Недостаточная дозировка препарата
- Неуточненные продолжающиеся кровопотери
- Потери железа с кровью превышают поступление с препаратом
- Прием препаратов перорально при синдроме мальабсорбции
- Прием препаратов, нарушающих всасывание железа
- Бивалентная анемия ( $B_{12}$ )



# Дифференциальная диагностика анемий

**Анемия как симптом других  
заболеваний**

Благодарю за внимание

