

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

УДК 616.155.194.8-053.2-07-08

Киямов Бахтиёр Эргашович

Ассистент кафедры анатомии

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Киямов Азиз Уткирович

Студент лечебного факультета, группа 530

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Узбекистан, Самарканд

## АННОТАЦИЯ

ЖДА может оказывать негативное влияние на физическое и психическое развитие ребенка, а также снижать функцию иммунной системы. В данной статье анализируются этиология, диагностические критерии и современные стратегии лечения железодефицитной анемии и влияние на физическое и психическое развитие ребенка, а также снижать функцию иммунной системы. В данной статье анализируются этиология, диагностические критерии и современные стратегии лечения железодефицитной анемии у детей. Ранняя диагностика и своевременное лечение имеют важное значение для снижения осложнений заболевания.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, дети, гемоглобин, ферритин, препараты железа, диагностика, лечение.

# **DIAGNOSTIC CRITERIA AND TREATMENT STRATEGIES FOR IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN**

Kiyamov Bakhtiyor Ergashovich  
Assistant of the Department of Anatomy  
Samarkand State Medical University

Kiyamov Aziz Utkirovich  
Student of the Faculty of Medicine, group 530  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

## **ABSTRACT**

IDA can have a negative impact on a child's physical and mental development, as well as reduce the function of the immune system. This article analyzes the etiology, diagnostic criteria, and current treatment strategies for iron deficiency anemia, which affect a child's physical and mental development, as well as reduce the function of the immune system. This article analyzes the etiology, diagnostic criteria, and current treatment strategies for iron deficiency anemia in children. Early diagnosis and timely treatment are essential to reduce the complications of the disease.

Key words: iron deficiency anemia, children, hemoglobin, ferritin, iron preparations, diagnosis, treatment.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Железодефицитная анемия (ЖДА) является наиболее распространённой формой анемии у детей и представляет собой важную медико-социальную проблему во всём мире. По данным World Health

Organization, дефицит железа остаётся ведущей причиной анемии среди детей раннего возраста, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Недостаток железа оказывает негативное влияние на физическое развитие ребёнка, когнитивные функции, иммунную систему и качество жизни. Современные исследования направлены на совершенствование методов диагностики и разработку эффективных стратегий лечения и профилактики данного состояния [1].

Согласно данным многочисленных исследований, основными причинами развития ЖДА у детей являются недостаточное поступление железа с пищей, повышенная потребность организма в периоды интенсивного роста, нарушение всасывания железа в желудочно-кишечном тракте и хронические кровопотери. У детей первого года жизни значительную роль играют преждевременное рождение, низкая масса тела при рождении и отсутствие своевременного введения прикорма [2].

Патогенетической основой заболевания является истощение запасов железа в организме, что приводит к нарушению синтеза гемоглобина и снижению кислородной ёмкости крови. В результате развивается тканевая гипоксия, проявляющаяся различными клиническими симптомами.

Современные рекомендации подчёркивают важность комплексного подхода к диагностике ЖДА. Диагноз основывается на сочетании клинических признаков и лабораторных показателей. Клинические проявления включают: бледность кожи и слизистых оболочек; повышенную утомляемость; слабость; снижение аппетита; раздражительность; задержку психомоторного развития; снижение концентрации внимания [3].

Основными лабораторными критериями ЖДА являются: снижение уровня гемоглобина; уменьшение среднего объёма эритроцита (MCV); снижение среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH); уменьшение

концентрации ферритина сыворотки; снижение насыщения трансферрина железом; повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови [4].

В последние годы особое внимание уделяется определению уровня сывороточного ферритина как наиболее чувствительного маркера истощения запасов железа. Однако при наличии воспалительных процессов интерпретация данного показателя требует осторожности, поскольку ферритин относится к белкам острой фазы воспаления. Современные авторы также рекомендуют использовать определение растворимых рецепторов трансферрина, позволяющее дифференцировать железодефицитную анемию от анемии хронических заболеваний [5].

Основной целью лечения является устранение дефицита железа, восстановление нормального уровня гемоглобина и пополнение тканевых запасов железа. Большинство исследователей рассматривают пероральные препараты железа как терапию первой линии. Наиболее часто применяются соли двухвалентного железа, характеризующиеся высокой биодоступностью. Рекомендуемая терапевтическая доза элементарного железа у детей составляет в среднем 3–6 мг/кг массы тела в сутки. Лечение продолжается до нормализации уровня гемоглобина и дополнительно в течение 2–3 месяцев для восполнения запасов железа. Исследования последних лет показывают, что однократный приём препаратов железа в сутки может обеспечивать эффективность, сопоставимую с традиционным многократным режимом дозирования, при меньшей частоте побочных эффектов [6].

Внутривенное введение препаратов железа показано при: тяжёлой железодефицитной анемии; синдроме мальабсорбции; воспалительных заболеваниях кишечника; непереносимости пероральных препаратов; необходимости быстрого восполнения дефицита железа. Современные

внутривенные препараты обладают более высоким профилем безопасности по сравнению с ранее используемыми лекарственными средствами [7].

Важным компонентом лечения является коррекция питания. Детям рекомендуется употребление продуктов, богатых гемовым железом: говядины; печени; мяса птицы; рыбы. Для улучшения всасывания железа рекомендуется достаточное потребление витамина С. Одновременно следует ограничивать чрезмерное употребление продуктов, снижающих абсорбцию железа, включая крепкий чай и избыток молочных продуктов [8].

Согласно современным рекомендациям, профилактика ЖДА должна начинаться ещё в антенатальном периоде посредством коррекции железодефицита у беременных женщин. После рождения большое значение имеют: грудное вскармливание; своевременное введение прикорма; профилактический приём препаратов железа у недоношенных детей; регулярный скрининг групп риска. Раннее выявление латентного дефицита железа позволяет предотвратить развитие анемии и её осложнений [9-10].

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Железодефицитная анемия у детей-распространенная и серьезная медико-социальная проблема. Раннее выявление заболевания, оценка ферритина и других лабораторных показателей, а также применение современных препаратов железа являются основными факторами эффективного лечения. Широкое внедрение профилактических мер будет способствовать улучшению здоровья детей и снижению распространенности анемии. Анализ современной литературы показывает, что железодефицитная анемия остаётся одной из наиболее распространённых патологий детского возраста. Эффективная диагностика основывается на комплексной оценке клинических и лабораторных показателей, среди которых особое значение имеет уровень ферритина сыворотки. Основным методом лечения остаётся

пероральная ферротерапия, тогда как внутривенные препараты применяются по строгим показаниям. Комплексный подход, включающий медикаментозное лечение, рациональное питание и профилактические мероприятия, способствует снижению распространённости заболевания и улучшению здоровья детей.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаврилин А. А. и др. Предоперационная анемия у детей с врожденными пороками сердца //Гематология и трансфузиология. – 2026. – Т. 71. – №. 1. – С. 75-84.
2. Камышева А. В. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ ФОРМ, КЛИНИКО-ДИГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ЛЕЧЕНИЕ //Печатается по решению Редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет им. НФ Катанова». – 2023. – С. 243.
3. Каримкулов Н. А., Садыков Р. Р. Диагностика И Лечение Дефицита Железа, С Анемией Хирургии //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 3. – С. 675-688.
4. Лазебник Л. Б. и др. Гиперферритинемия при полиорганной патологии. Диагностические критерии и стратегия лечения с использованием стандартизированных экстрактов плаценты при метаболической жировой болезнью печени //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2026. – №. 4. – С. 37-53.
5. Мамажанов У. Ш., Тошпулатов Б. Б. ДОЛИХОСИГМА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПОЭТАПНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2025. – Т. 5. – №. 12. – С. 159-171.

6. Auerbach M. Optimizing diagnosis and treatment of iron deficiency and iron deficiency anemia in women and girls of reproductive age: Clinical opinion //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2023. – Т. 162. – С. 68-77.
7. Kumar S. B. et al. Iron deficiency anemia: efficacy and limitations of nutritional and comprehensive mitigation strategies //Nutrients. – 2022. – Т. 14. – №. 14. – С. 2976.
8. Leung A. K. C. et al. Iron deficiency anemia: an updated review //Current pediatric reviews. – 2024. – Т. 20. – №. 3. – С. 339-356.
9. O'Toole F. et al. Screening and treatment of iron deficiency anemia in pregnancy: A review and appraisal of current international guidelines //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2024. – Т. 166. – №. 1. – С. 214-227.
10. Usmonova Z. M. HOMILADORLIKNI REJALASHTIRISHDA ANEMIYANING ERTA ANIQLANISHI VA DAVOLASH CHORALARI //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2025. – №. 23 [2]. – С. 144-146.