

Зинин Сергей Валерьевич

**СОЦИАЛЬНО-ДИСПЕТЧЕРСКАЯ ПОМОЩЬ  
ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ  
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ РАННЕГО ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ  
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Аннотация:* глава посвящена определению распространенности железодефицитной анемии (ЖДА) у обучающихся с последствиями раннего органического поражения центральной нервной системы. Повышенный интерес к этому заболеванию обусловлен рядом обстоятельств. Во-первых, гипоксия головного мозга при ЖДА влияет на когнитивные способности несовершеннолетних. Во-вторых, это заболевание у детей с интеллектуальными нарушениями провоцирует в 62,5% болезни сердечно-сосудистой системы, в 31,2% нарушения зрения, в 38,7% патологию со стороны мочевыделительной системы. Методы исследования. На предмет наличия или отсутствия железодефицитной анемии, в период с 2015 года по 2023 год, были изучены медицинские документы 653 обучающихся из разных нозологических групп, связанных с когнитивными нарушениями. Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы: распространенность ЖДА у детей с F80 (расстройством экспрессивной речи) составляет 20%, с F83 (смешанными специфическими расстройствами психологического развития) – 31%, с F70 (умственной отсталости легкой степени) – 52%, с F71 (умственной отсталости умеренной степени) – 33%. Общее количество несовершеннолетних, имеющих в анамнезе железодефицитную анемию, является высоким. В социально-диспетчерской помощи специалистов ПМПК и школьных консилиумов может нуждаться свыше 40% всех учащихся и воспитанников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), обучающихся по адаптированным программам в связи с интеллектуальными и речевыми нарушениями. Результаты исследования могут заинтересовать широкий круг медицинских и педагогических специалистов. Врачам ставится про-

блемный вопрос о том, почему при умеренной умственной отсталости и более выраженных (существенных) когнитивных нарушениях распространенность ЖДА существенно ниже, по сравнению с умственной отсталостью легкой степени. На конкретных клинических примерах педагогам описываются различные алгоритмы социально-диспетчерской помощи семьям для предупреждения возможных вторичных нарушений у несовершеннолетних.

**Ключевые слова:** психолого-медицинско-педагогическая комиссия, школьный психолого-педагогический консилиум, социально-диспетчерская помощь, обучающиеся с когнитивными нарушениями, железодефицитная анемия.

**Abstract:** the chapter is devoted to determining the prevalence of iron deficiency anemia (IDA) in students with the consequences of early organic damage to the central nervous system. The increased interest in this disease is due to a number of circumstances. Firstly, hypoxia of the brain in IDA affects the cognitive abilities of minors. Secondly, this disease in children with intellectual disabilities provokes diseases of the cardiovascular system in 62.5%, visual impairment in 31.2%, and pathology of the urinary system in 38.7%.

*Research methods. For the presence or absence of iron deficiency anemia, in the period from 2015 to 2023, medical documents of 653 students from different nosological groups associated with cognitive impairment were examined. The study made it possible to draw the following conclusions: the prevalence of IDA in children with F80 (expressive speech disorder) is 20%, with F83 (mixed specific disorders of psychological development) – 31%, with F70 (mild mental retardation) – 52%, with F71 (moderate mental retardation) – 33%. The total number of minors with a history of iron deficiency anemia is high. More than 40% of all students and pupils with disabilities (HIA) who study according to adapted programs due to intellectual and speech disorders may need social dispatching assistance from specialists of PMPC and school councils. The results of the study may be of interest to a wide range of medical and pedagogical specialists. Doctors are asked a problematic question about why, with moderate mental retardation and more pronounced (significant) cognitive*

---

*impairments, the prevalence of IDA is significantly lower compared to mild mental retardation. Using specific clinical examples, teachers are described various algorithms of social dispatching assistance to families to prevent possible secondary violations in minors.*

**Keywords:** *psychological, medical and pedagogical commission, school psychological and pedagogical council, social dispatching assistance, students with cognitive impairments, iron deficiency anemia.*

### *Введение*

С.М. Чечельницкая, А.А. Михеева, С.В. Летуновская, И.Н. Волченкова, О.Г. Косицкая подробно изучали ответные реакции со стороны здоровья у школьников с интеллектуальной недостаточностью на влияние биологических факторов. Специалистами была описана следующая неблагоприятная статистика. После перенесенной железодефицитной анемии (ЖДА) у детей с умственной отсталостью в 62,5% возникает патология сердечно-сосудистой системы, нарушения зрения происходит в 31,2% случаев, хронические заболевания ЛОР-органов впоследствии обнаруживаются у 38,7% школьников, а различным нарушениям со стороны мочевыделительной системы подвержены 10,5% учащихся. Поэтому ученые призывают в своих методических рекомендациях для педагогических специалистов тщательно отслеживать и своевременно инициировать обращения родителей с детьми к кардиологам, окулистам, отоларингологам, нефрологам, педиатрам и другим врачам после того, как обучающиеся перенесли это заболевание [6]. В связи с этим возникает правомерный вопрос о том, какое количество обучающихся потенциально может нуждаться в такой социально-диспетчерской помощи учителей психолого-медицинско-педагогических комиссий и школьных психолого-педагогических консилиумов?

Поэтому *цель исследования* – определить распространенность железодефицитной анемии у школьников с последствиями раннего органического поражения центральной нервной системы.

*Объект исследования* – обучающиеся, имеющие в анамнезе признанное врачами ранее органическое поражение ЦНС.

*Предмет исследования – железодефицитная анемия.*

Учитывая, что одним из серьезнейших проявлений ЖДА является гипоксия головного мозга, приводящая к органическому поражению ЦНС [2, с. 21], определяется следующая *гипотеза исследования* – чем тяжелее когнитивные нарушения у обучающихся, тем выше у них может быть частота встречаемости ЖДА.

*Задачи исследования:*

1. Изучить медицинские документы детей, прошедших обследование в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ТПМПК) муниципального образования «Нижнеудинский район».
2. Определить общее количество школьников с железодефицитной анемией.
3. Описать возможные алгоритмы социально-диспетчерской помощи со стороны специалистов ПМПК и школьных консилиумов при сопровождении семей, воспитывающих детей с ЖДА.

Научная новизна работы состоит в определении распространенности ЖДА у таких нозологических групп как F80 (расстройство экспрессивной речи), F83 (смешанные специфические расстройства психологического развития), F70 (умственная отсталость легкая) и F71 (умственная отсталость умеренная).

Практическая значимость работы заключается в привлечении внимания специалистов ПМПК, школьных консилиумов, коррекционных школ к возможной и необходимой профилактике вторичных нарушений у обучающихся с ЖДА.

### *Методы*

Были изучены медицинские документы 653 обучающихся, прошедших комплексное психолого-педагогическое и медико-социальное обследование в ТПМПК МО «Нижнеудинский район» с 2015 по 2023 год.

*Процедура исследования.*

1. Изучение медицинских документов на предмет наличия или отсутствия железодефицитной анемии только у тех несовершеннолетних, которые имеют в анамнезе раннее органическое поражение центральной нервной системы, а по

итогам обследования врача-психиатра им выставлен один из следующих диагнозов: расстройство экспрессивной речи, смешанные специфические расстройства психологического развития, умственная отсталость легкой степени, умственная отсталость умеренной степени.

## 2. Сбор и оценка полученных результатов.

### *Результаты*

Оценку полученных результатов целесообразно проводить по следующим нозологическим группам, последовательно, по степени выраженности когнитивных нарушений:

- -F80 – расстройство экспрессивной речи (когнитивные нарушения выражены минимально, представлены в основном речевыми проблемами; развитие мышления и памяти обучающихся, чаще всего, носит вариант возрастной нормы или нижней границы нормы);
- -F83 – смешанные специфические расстройства психологического развития (когнитивные нарушения выражены, носят мозаичный характер и хорошо поддаются коррекции в ходе специальных психолого-педагогических занятий; мышление продуктивное в области конкретного; обучаемость, как правило, сохранная, но сниженная; дети нуждаются в обучении по адаптированной программе для детей с ЗПР);
- -F70 – умственная отсталость легкая (когнитивные нарушения выражены, устойчивы, носят диффузный характер; мышление малопродуктивное, тугоподвижное; обучаемость нарушена; обучение проводится по адаптированной программе для детей с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), вариант 9.1);
- -F71 – умственная отсталость умеренная (когнитивные нарушения не только носят диффузный характер, но и при некоторых неблагоприятных обстоятельствах могут еще и существенно прогрессировать; мышление уже не-продуктивное, вязкое; обучаемость грубо нарушена; в большинстве случаев ученики не усваивают знаковую систему, не могут писать, читать или же их школьные навыки по учебным дисциплинам носят элементарный характер);

обучение проводится по адаптированной программе для детей с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), вариант 9.2).

Распространенность железодефицитной анемии представлена в следующей таблице.

Таблица

*Распространенность железодефицитной анемии у обучающихся с последствиями раннего органического поражения ЦНС*

	F80	F83	F70	F71
Общее количество обучающихся			653	
Из них	123	87	347	96
Количество обучающихся с ЖДА (%)	24 (20)	27 (31)	182 (52)	32 (33)
Всего обучающихся с ЖДА (%)		265 (40,6)		

Из таблицы видно, что у обучающихся с минимальными (несущественными) когнитивными нарушениями при расстройстве экспрессивной речи ЖДА встречается в 20% случаев.

При более выраженных когнитивных нарушениях, при которых специалистами ПМПК рекомендуется обучение по адаптированной программе для детей с ЗПР, распространенность ЖДА увеличивается до 31%.

У детей с умственной отсталостью легкой степени общее количество обучающихся с ЖДА существенно возрастает до 52% и практически соответствует общему количеству F80 вместе с F83.

Однако у несовершеннолетних с умственной отсталостью умеренной степени неожиданно отмечается резкое снижение общего количества случаев ЖДА до 33%.

Общее количество обучающихся, которые имеют в анамнезе железодефицитную анемию, составляет 40,6%.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы.

1. У обучающихся с задержкой речевого или психического развития частота встречаемости ЖДА существенно ниже, чем у детей с умственной отсталостью легкой степени.

2. У детей с умеренной умственной отсталостью железодефицитная анемия встречается реже, чем у обучающихся с легкой умственной отсталостью.

3. Распространенность ЖДА у обучающихся с последствиями раннего органического поражения ЦНС составляет 40,6%.

Полученные результаты частично подтверждают гипотезу исследования о том, что частота встречаемости ЖДА у детей будет повышаться по мере увеличения у них степени когнитивных нарушений.

### *Обсуждение*

Интеллектуальные нарушения у обучающихся с умеренной умственной отсталостью, по сравнению с другими рассмотренными нозологическими группами, существенно тяжелее. Следовало ожидать, что ЖДА, как сопутствующее заболевание, непосредственно влияющее на когнитивные способности [9], [11], будет встречаться чаще. Однако исследование выявило обратное. Скорее всего, то лечение, которое дети начинают получать с первых дней своего рождения, является профилактическим в развитии у них в будущем железодефицитной анемии.

Действительно, обучающиеся с умеренной умственной отсталостью имеют тяжелые формы раннего (перинатального) органического поражения ЦНС, большое количество неврологических состояний в анамнезе. В частности, встречается ДЦП, эпилепсия, ишемическое поражение головного мозга, гидроцефалия, пирамидные нарушения, энцефалопатия и многое другое [4; 5; 10]. Поэтому с первых часов жизни дети пребывают под наблюдением неврологов, получают лечение, в частности, ноотропные препараты [1; 7]. Если сравнивать несовершеннолетних из разных нозологических групп между собой по вопросам соматического благополучия, то становится очевидным следующее. Обучающиеся с расстройством экспрессивной речи, со смешанными специфическими расстройствами психологического развития и даже с умственной отсталостью легкой степени тяжести не имеют выраженных заболеваний со стороны ЦНС, из-за которых они нуждались бы в госпитализации с первых часов своей жизни. Лекарства эти дети, чаще всего, начинают получать после того, как про-

ходят коллегиальные заседания психолого-медико-педагогических комиссий, на которых их обследует врач-психиатр и выдает соответствующие рекомендации. Поэтому начало лечения для улучшения качества жизни обучающихся с неврологической симптоматикой (головная боль, головокружение, темпоритмические нарушения речи, энурез, навязчивые движения и прочее) может приходиться на возраст как 3, так и 6 лет. Бывают случаи, когда умственная отсталость легкой степени признается у детей при обучении их в старших классах, а по состоянию здоровья со стороны нервной системы у них никогда не было очаговой неврологической симптоматики, никакого лечения, в том числе, ноотропного, они не получали.

Вопрос о том, почему при умственной отсталости умеренной степени количество случаев ЖДА резко уменьшается, остается открытым, требует осмысления и обсуждения уже в среде медицинских специалистов. Социально-диспетчерская работа специалистов ПМПК и школьных консилиумов по этому вопросу остается актуальной, так как 40% всех детей могут иметь ухудшение самочувствия в связи с ЖДА и вторичные нарушения. Педагогам важно знать следующие ключевые симптомы этого заболевания, которые могут проявляться на уроках и занятиях: повышенная утомляемость, низкий темп деятельности и работоспособности, не способность к продолжительным волевым усилиям, бледность кожных покровов, обморочные состояния, жалобы на головокружение, шум в ушах [2]. Естественно, что психолого-педагогическими методами воздействия на личность обучающегося не возможно будет улучшить его самочувствие, активность, настроение. Успех будет во многом зависеть от того, как быстро ребенок окажется под наблюдением медицинских специалистов, будет получать соответствующее лечение.

Специалисты школьных консилиумов в современных условиях реализации ФГОС имеют право с письменного и добровольного согласия на проведение анализа медицинских документов ребенка, клиническое интервью, обсуждение с родителями, помочь каких врачей, возможно, ему нужна [3; 6; 8].

На практике приходится встречаться с разными ситуациями, что требует отличающихся алгоритмов работы со стороны образовательных организаций. Рассмотрим несколько клинических случаев и продемонстрируем возможные способы взаимодействия с законными представителями детей на примере работы специалистов ТПМПК МО «Нижнеудинский район» и психолого-педагогического консилиума МКОУ «СОШ №25 г. Нижнеудинск».

### Случай №1.

Вадим М., 6 лет.

Основной диагноз – F80 (расстройство экспрессивной речи).

Жалобы воспитателей детского садика на то, что мальчик ленивый, не хочет ходить на занятия, плохо учится, быстро все забывает, бывает раздражительным, неусидчивым.

При изучении медицинских документов было выявлено следующее. Ребенок в возрасте 5 лет был прооперирован по поводу паховой грыжи. В амбулаторной карточке оказалась выписка после лечения, в которой присутствует анализ крови. Из анализа следовало, что гемоглобин у мальчика всего 82 единицы. Однако никаких рекомендаций по этому поводу врачом-хирургом не было выдано. В связи с этим, родителям было рекомендовано обратиться на консультацию к врачу педиатру, составлено соответствующее подробное направление с описанием поведения ребенка и нахождением у него в анамнезе низких показателей по гемоглобину. В последствие оказалось, что у Вадима ЖДА второй степени тяжести, он нуждается в продолжительном лечении. На фоне медикаментозной терапии в течение нескольких месяцев удалось нормализовать его поведение, улучшить качество жизни, подготовить к началу успешного школьного обучения.

### Случай №2.

Люда Д., 13 лет.

Основной диагноз – F70 (умственная отсталость легкая).

Жалобы учителей на то, что ребенок постоянно бледен, астеничен, в течение одного месяца дважды падала в обморок на занятиях, а на уроках физкультуры жалуется, что у нее сильное сердцебиение.

При изучении медицинских документов выявлено следующее. У девочки уже выставлен диагноз ЖДА I и II степени тяжести, назначено лечение, которое она должна была принимать уже два года. Однако, со слов мамы, она о диагнозе не знает, лечение никогда не проводила. В связи с этим, было рекомендовано с возвратным направлением обратиться на консультацию к врачу-педиатру:

#### Возвратное направление

---

(ФИО ребенка, дата рождения)

направляется на консультацию к врачу-педиатру для уточнения рекомендаций в связи с тем, что у ребенка в анамнезе имеется ЖДА. В течение месяца на уроках было два случая обмороков. Ученица плохо чувствует себя на уроках физкультуры, незначительная физическая нагрузка вызывает учащенное сердцебиение.

Консультация врача-педиатра:

ФИО \_\_\_\_\_

Дата консультации \_\_\_\_\_

В лечении в связи с ЖДА ребенок \_\_\_\_\_

(нуждается, не нуждается)

Законные представители посетили педиатра, привезли в школу возвратное направление с указанием, что ребенок нуждается в соответствующем лечении. Решением школьного консилиума с разрешения родителей было организовано посещение ребенка на дому социальным педагогом, где было установлено, что девочка действительно стала получать лечение, лекарства куплены в нужном объеме для выполнения всего назначенного курса. По итогам домашнего визитирования составлен соответствующий акт о надлежащем выполнении законными представителями своих родительских функций. Постепенно самочув-

---

ствие у ребенка нормализовалось, заканчивала она школу без обмороков, но на фоне постоянной медикаментозной терапии.

Случай 3.

Паша, 11 лет.

Основной диагноз – F70 (умственная отсталость легкая).

Мальчик проживает в деревне, в которой нет фельдшерско-акушерского пункта. В поведении упорядочен. Основные жалобы родителей касаются нарушения моторики, плохого почерка (ломанные, угловые буквы разных размеров), неустойчивого внимания, повышенной тормозимости следов памяти, а также заикания. В процессе клинического интервью также выяснено, что у ребенка часто болит голова, бывают кровотечения из носа, шум в ушах, плохая переносимость транспорта.

При изучении медицинских документов было выявлено, что у школьника отсутствуют свежие на момент психологического обследования анализы крови. Крайний анализ на состояние гемоглобина делался только в условиях родильного дома. В связи с этим, была составлена памятка родителям о правах ребенка на прохождение медицинского обследования и лечения. В частности, было указано, что Паша имеет право на консультации врачей психиатра и невролога, общий анализ крови (гемоглобин). Родители прислушались к рекомендациям, посетили врачей, сдали анализы. Оказалось, что у мальчика ЖДА легкой степени тяжести. На фоне комплексного лечения врачей невролога и педиатра, самочувствие ребенка улучшилось, показатели крови приведены к возрастной норме, заикание прошло. Качество обучаемости, естественно, не изменилось, выраженных улучшений в моторных навыках не последовало. Решением школьного консилиума ребенок направлен на курсы психомоторного развития и вязания.

### *Выводы*

В ходе проведенного исследования подтверждено, что оказание социально-диспетчерской помощи семьям, воспитывающих детей с ЖДА, остается актуальным. Целенаправленное изучение анализов крови специалистами ПМПК и школьных консилиумов является целесообразным, способствует скорейшему

выздоровлению и предупреждению вторичных нарушений не только в психическом развитии, но и соматическом благополучии обучающихся. Такой подход полностью отражает современную государственную политику в сфере образования на практике.

### ***Список литературы***

1. Балакирева Е.А. Ноотропил в лечении перинатального поражения нервной системы у детей первого года жизни / Е.А. Балакирева, А.Ф. Неретина // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90. №3. – С. 367–370. EDN JUEXCZ
2. Железодефицитная анемия у детей: учебное пособие / С.А. Гуцуляк; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, кафедра педиатрии. – Иркутск: ИГМУ, 2020. – 55 с.
3. Методические рекомендации об организации обучения детей, которые находятся на длительном лечении и не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации. (Утверждены Заместителем Министра просвещения Российской Федерации 14 октября 2019 года и Первым заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации 17 октября 2019 года.)
4. Мухин К.Ю. Формирование когнитивных и психических нарушений при эпилепсии: роль различных факторов, связанных с заболеванием и лечением (обзор литературы и описание клинических случаев) / К.Ю. Мухин, О.А.Пылаева // Русский журнал детской неврологии. – 2017. – Т. 12. №3. – С. 7–33. DOI 10.17650/2073-8803-2017-12-3-7-33. EDN ZTWVRP
5. Немкова С.А. Когнитивные нарушения у детей с церебральным параличом (структура, диагностика, лечение) / С.А. Немкова, О.И. Маслова, Д.А. Каркашадзе [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т. 9. №3. – С. 77–84. EDN PAIMYZ
6. Ответные реакции со стороны здоровья у школьников с интеллектуальной недостаточностью на влияние биологических и социальных факторов: методические рекомендации для педагогов специальных (коррекционных) обра-

---

зовательных учреждений VIII вида / авт. и сост. С.М. Чечельницкая, А.А. Михеева, С.В. Летуновская [и др.]. – М.: НМЦ «ДАР», 2007. – 40 с.

7. Пименова Н.Н. Эффективность применения терапии церебральными стимуляторами у детей с перинатальным поражением ЦНС легкой и средней тяжести на амбулаторном этапе / Н.Н. Пименова, Л.И. Мазур, В.А. Жирнов // Здоровье и образование в XXI веке. – 2006. – Т. 8. №12. – С. 596.

8. Письмо Министерства просвещения РФ от 20 февраля 2019 г. №ТС-551/07 «О сопровождении образования обучающихся с ОВЗ и инвалидностью».

9. Румянцев А.Г. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей: методическое пособие для врачей / А.Г. Румянцев, Н.А. Коровина, В.М. Чернов [и др.]. – М., 2004. – 45 с.

10. Студеникин В.М. Гидроцефалия у детей: только факты / В.М. Студеникин // Лечащий врач. – 2018. – №3. – С. 66–69.

11. Тарасова И.С. Железодефицитная анемия у детей и подростков / И.С. Тарасова // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10. №2. – С. 40–48.

EDN NWEHBN

---

**Зинин Сергей Валерьевич** – педагог-психолог, учитель-дефектолог МКОУ для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции г. Нижнеудинск», учитель-дефектолог МКОУ «СОШ №25 г. Нижнеудинск», Россия, Нижнеудинск.

---