

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Умарова М.А., Норалиев И.А., Абдуллаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В статье представлены особенности физиологических процессов и патологических состояний у детей первого года жизни, предрасполагающих к развитию железодефицитной анемии (ЖДА). Описаны основные способы профилактики железодефицитных состояний, а также принципы выбора препарата железа и его дозы для лечения ЖДА у детей указанной возрастной категории. Особое внимание уделено профилактике и лечению ЖДА у недоношенных детей, представлены зарубежные и отечественные рекомендации по данному вопросу. Практикующему педиатру для своевременного выявления и выбора правильной тактики лечения ЖДА у детей первых 12 мес жизни необходимы знания об особенностях развития и лечения патологии, обусловленных отличиями физиологического состояния на фоне высокой интенсивности обменных процессов и незрелости анатомических структур у маленьких пациентов.

Ключевые слова: дети, недоношенные дети, железодефицитные состояния, железодефицитная анемия, беременные женщины, сульфат железа, препараты железа (III) на основе гидроксид полимальтозного комплекса.

БОЛАЛАРДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Умарова М.А., Норалиев И.А., Абдуллаева Д.А.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Мақолада ҳаётнинг биринчи йилидаги болаларда темир танқислиги камқонлигининг (ТТК) ривожланишига олиб келадиган физиологик жараёнлар ва патологик шароитларнинг хусусиятлари келтирилган. Темир танқислиги ҳолатларининг олдини олишнинг асосий усуллари, шунингдек ушбу ёшдаги болалардаги темир танқислиги камқонлигини даволаш учун темир препарати ва унинг дозасини танлаш принциплари тавсифланган. Эрта туғилган чақалоқларда ТТК касаллигининг олдини олиш ва даволашга алоҳида эътибор қаратилган, бу борада хорижий ва маҳаллий тавсиялар келтирилган. Ҳаётнинг дастлабки 12 ойидаги болаларда ТТК касаллигини даволашнинг тўғри тактикасини ўз вақтида аниқлаш ва танлаш учун амалиётчи педиатр, бемор болаларда метаболик жараёнларнинг юқори интенсивлиги ва анатомик тузилмаларнинг етишмовчилиги фонида физиологик ҳолатдаги фарқ туфайли патологиянинг ривожланиши ва даволаш хусусиятлари тўғрисида маълумотлар келтирилган.

Калит сўзлар: чақалоқлар, ерта туғилган чақалоқлар, темир танқислиги ҳолатлари, темир танқислиги камқонлиги, ҳомиладор аёллар, темир сульфат, полимальтоза гидроксид комплексига асосланган темир (III) препаратлари.

MODERN APPROACH TO PREVENTION OF IRON-DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN

Umarova M. A., Noraliev I., Abdullaeva D.A.

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

The article presents the features of physiological processes and pathological conditions in children of the first year of life, predisposing to the development of iron deficiency anemia (IDA). The main methods of preventing iron deficiency conditions are described, as well as the principles of choosing an iron preparation and its dose for the treatment of IDA in children of this age category. Particular attention is paid to the prevention and treatment of IDA in premature babies; foreign and domestic recommendations on this issue are presented. A practicing pediatrician for the timely identification and selection of the right tactics for the treatment of IDA in children of the first 12 months of life needs knowledge about the features of the development and treatment of pathology due to differences in the physiological state against the background of high intensity of metabolic processes and immaturity of the anatomical structures in small patients.

Key words: infants, premature infants, iron deficiency conditions, iron deficiency anemia, pregnant women, iron sulfate, iron (III) preparations based on polymaltose hydroxide complex.

Введение

Важная часть профилактики железодефицитной анемии у детей – регулярные осмотры у врача и исследования крови. Нехватка железа легко выявляется даже на самых ранних стадиях, когда ее проще всего устранить [2,4,7]. Особого внимания требуют дети,

родившиеся недоношенными или с дефицитом массы тела, а также дети матерей, страдавших анемией во время беременности. Чтобы избежать развития анемии, нужно строго следить за питанием ребенка, включая в меню железосодержащие продукты, а также фрукты и овощи. Чем разнообразнее рацион, тем меньше шансов, что ребенок будет испытывать не-



достаток в том или ином витамине или минерале [3,5,6]. Столкнулись ли ваши дети с такой проблемой, как анемия или нет, в любом случае, для полноценного развития ребенка необходимо поощрять активные игры и физические нагрузки, даже если ради этого придется проявить строгость и ограничить доступ малыша к телевизору, игровым приставкам и интернету. Многим родителям мультфильмы или видеоигры кажутся простым способом занять ребенка, однако благодаря развитию технологий около 30% современных детей ведут малоподвижный образ жизни. Это чревато не только анемией, но и набором лишнего веса, замедлением физического развития, проблемами с позвоночником, зрением и кровообращением [1,7,8].

Цель исследования - оптимизация тактики лечения ЖДА у детей и подростков с помощью выбора на основе методов доказательной медицины наиболее эффективного терапевтического плана.

Материал и методы

Под наблюдением находились 94 ребенка с ЖДА в возрасте от 5 месяцев до 17 лет, в том числе: до 1 года - 16 детей (17,0%), 1-3 года - 64 ребенка (68,1%), 4-12 лет - 4 человека (4,3%) и старше 12 лет - 10 подростков (10,6%).

Результат и обсуждения

При анализе ante и интранатальных причин развития ЖДА у наблюдаемых детей выявлено, что гипосидероз беременной и гестоз наблюдались в 51,6 и 59,4% соответственно, угроза прерывания беременности - в 48,4%, кесарево сечение - в 31,3%, обильные менструации - у 23,4%, наличие у матери более 5 беременностей - 14,1 %, перерыв между беременностями менее 3-х лет - 20,3%, занятия спортом - 12,5%, хронические инфекции - 10,9%, многоплодная беременность 6,3%, вегетарианство - 6,3% и донорство - в 6,3%.

Недоношенными родились 31,0% детей, у которых в последующем наблюдались избыточные прибавки в массе, приводящие к повышенной потребности организма в железе. Крупный вес при рождении имели 24,1% детей. Алиментарный дефицит железа как следствие несбалансированного питания (раннее искусственное вскармливание, в том числе неадаптированными молочными смесями, позднее введение или отсутствие в рационе мясных продуктов) выявлен у 39,1% детей. Более 1/3 детей были из благополучных семей с невысоким материальным достатком. Нарушения менструального цикла выявлены у 100% девушек.

Интенсивный рост отмечен у 40% подростков, занятия спортом - у 20%, алиментарный фактор у 20%. У всех пациентов в генезе ЖДА наблюдалось сочетание нескольких из указанных выше причин.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что ЖДА у детей раннего возраста обусловлена комплексом причин, включающих как неблагоприятное течение беременности и родов, отягощенный акушерско-гинекологический и социальный анамнез, так и алиментарный фактор и повышенные потребности ребенка в железе в периоды интенсивного роста.

Дефекты вскармливания отмечены у менее половины детей, что позволяет нам присоединиться к мнению

многих отечественных исследователей о более значимой роли состояния здоровья матерей, патологического течения беременности и анемии беременных в развитии ЖДА у детей грудного и раннего возраста, чем алиментарная недостаточность. У подростков причинами развития ЖДА являются высокие темпы роста, занятия спортом, а также нарушения менструального цикла у девушек.

Анализ клинических проявлений ЖДА показал, что у детей наблюдаются разнообразные анемические и сидеропенические симптомы, частота и выраженность которых зависит от возраста пациентов, степени тяжести и длительности анемии.

Единственным симптомом, наблюдаемым нами в клинической картине всех обследованных детей, была бледность кожи и слизистых оболочек. Другим симптомом, выявленным у большинства пациентов, была вялость или слабость. Указанные анемические симптомы связаны с недостаточным обеспечением тканей кислородом. Нарушение сна и эмоциональная лабильность встретились примерно у половины детей независимо от возраста. Головной мозг ребенка очень чувствителен к недостатку железа и выявленные нарушения поведения обусловлены прежде всего сидеропенией. Физическое развитие ниже среднего было у 10 детей.

Типичными проявлениями сидеропении у детей первых трех лет жизни были снижение и/или извращение аппетита, тахикардия и функциональный систолический шум, кишечная диспепсия, мышечная гипотония, включая гипотонию мышц брюшной стенки и диафрагмы. Последнее приводило к относительно низкому расположению печени и селезенки и в ряде случаев создавало ложное впечатление об их увеличении. Гепатомегалия и спленомегалия, выявленные нами у более половины детей, явились характерными признаками этой возрастной.

У половины пациентов наблюдались сухость кожи, волос, их ломкость и выпадение, режес - ангулярный стоматит и глоссит. Трофические изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, кожи, ее придатков, а также мышечная слабость, в том числе миокардиальная, обусловлены тканевым дефицитом железа, приводящим к метаболическим нарушениям в клетках.

Выводы

Ведущая значимость алиментарного фактора отмечена у менее половины детей. У подростков причинами развития ЖДА служат высокие темпы роста, занятия спортом, а также нарушения менструального цикла у девушек.

У детей раннего возраста в современных условиях большую роль в качестве факторов риска развития ЖДА играют состояние здоровья матери, патологическое течение беременности, анемия во время беременности и отягощенный социальный анамнез.

У детей раннего возраста с ЖДА концентрация цинка в сыворотке крови была нормальной (у 46,7%) или повышенной (у 50,0%). Содержание меди в сыворотке крови у 70,0% больных не отличалось от показателей здоровых детей, было значительно снижено у 16,7% и повышено у 13,3% пациентов. Не обнаружено существенной разницы в содержании цинка и меди у детей с легкой и среднетяжелой анемией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азимжанова М.М. Особенности эритроцитарной системы и развития детей, рожденных от матерей с ЖДА Ташкент, 2003. [Azimjanova M.M. Osobennosti eritrotsitarnoy sistemi i razvitiya detey, rojdennix ot materey s JDA Tashkent, 2003. (In Russ)]
2. Шабалов Н.П. Железодефицитная анемия в педиатрической практики. СПб// Журнал Медикал экспресс. 2004. [Shabalov N.P. Jelezodefitsitnaya anemiya v pediatricheskoy praktiki. SPV// Jurnal Medikal ekspress. 2004. (In Russ)]
3. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день. Справочник по лекарственной терапии. М. Медицина 2003; 435. [Tatochenko V.K. Pediatru na kajdiy den. Spravochnik po lekarstvennoy terapii. M. Meditsina 2003; 435. (In Russ)]
4. Новый подход к лечению анемии у новорожденных // Информационное письмо. МЗ РУз УМС. Отдел научной медицинской информации ГНМБ 2004. [Noviy podxod k lecheniyu anemii u novorozhdennix // Informatsionnoe pismo. MZ RUz UMS. Otdel nauchnoy meditsinskoy informatsii GNMB 2004. (In Russ)]
5. Шабалов Н.П. Детские болезни /Под. ред. Н.П.Шабалов /Л. 2008; 345. [Shabalov N.P. Detskie bolezni /Pod. red. N.P.Shabalov /L. 2008; 345. (In Russ)]
6. Баранова М.М. Болезни детей старшего возраста. /Под.ред. Баранова М.М., /М.Медицина 2008; 435. [Baranova M.M. Bolezni detey starshego vozrasta. /Pod.red. Baranova M.M., /M. Meditsina 2008; 435. (In Russ)]
7. Воробьева А.И. Руководства по гематологии. /Под.ред. А.И. Воробьева. /М. Медицина. 2005; 1-2: 345. [Vorobyova A.I. Rukovodstva po gematologii. /Pod.red. A.I. Vorobyova. /M. Meditsina. 2005; 1-2: 345. (In Russ)]
8. Новые педагогические технологии в подготовке врача общей практики. /Методическая рекомендация. Ташкент 2012; 54. [Novie pedagogicheskie tehnologii v podgotovke vracha obshey praktiki. /Metodicheskaya rekomendatsiya. Tashkent 2012; 54. (In Russ)]

Поступила 09.06. 2019