

УДК: 616.155.194.8-036.15-053.2

Абдуллаева М.Э.

Кафедра пропедевтики детских болезней лечебного факультета

Андижанский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Резюме: В статье представлены особенности физиологических процессов и патологических состояний у детей первого года жизни, предрасполагающих к развитию железодефицитной анемии (ЖДА).

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.

Abdullayeva M.E.

Department of Propaedeutics of children's diseases of the

Faculty of Medicine

Andijan State Medical Institute

MODERN METHODS OF TREATMENT AND PREVENTION OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN

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).

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 недостаток 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.

Материалы и методы исследования: 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%).

Результаты исследования. При анализе анте 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, реже - 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.
2. Железодефицитная анемия в педиатрической практики. СПб// Журнал Медикал экспресс. 2004.
3. Таточенко В.К. педиатру на каждый день. Справочник по лекарственной

терапии. Москва 2003

4. Новый подход к лечению анемии у новорожденных // Информационное письмо. МЗ РУз УМС. Отдел научной медицинской информации ГНМБ 2004.
5. Детские болезни Под.ред. Н.П.Шабалов Л.2008
6. Болезни детей старшего возраста. Под.ред. Баранова М.М., м.,2008
7. Руководства по гематологии. Под.ред. А.И. Воробьева. 1-2 том М.2005
8. Новые педагогические технологии в подготовке врача общей практики. Методическая рекомендация. Ташкент 2012 г.