

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А. Т. ОМАРОВА

Городская поликлиника №6, г. Алматы

Железодефицитная анемия – это наиболее распространенная, но наиболее скрыто протекающая разновидность анемии, развивающаяся вследствие отрицательного баланса железа в организме. Причина развития железодефицитной анемии – это недостаток железа, необходимого для синтеза гемоглобина.

Основные симптомы болезни – слабость, головокружение, сухость кожи, ломкость волос. Диагноз железодефицитной анемии устанавливается на основе общего анализа крови и определения уровня ферритина в крови. Лечение железодефицитной анемии проводится препаратами железа.

По данным Всемирной организации здравоохранения железодефицитную анемию имеет каждый 6-8 житель планеты, в частности, 2,6 млрд человек на Земле страдают железодефицитной анемией и 3,6 млрд имеют латентный дефицит железа, в детской популяции распространенность дефицита железа достигает 60-80%.

Существует ряд причин, способствующих дефициту железа в организме:

- врожденный недостаток запасов железа,
- дефицит пищевого железа,
- низкая биодоступность пищевого железа,
- нарушение всасывания и утилизации железа,
- кровопотери (в том числе скрытые из ЖКТ),
- повышенная потребность в железе (рост).

В группу риска железодефицитной анемии входят дети 0,5-3 лет и подростки. Дети относятся к уязвимым группам населения, для которых характерно сочетание нескольких этиологических факторов, ведущими среди которых являются резкое ухудшение социально-экономической ситуации, неадекватное питание беременных и кормящих женщин, вскармливание младенцев неадаптированными молочными смесями, экологические проблемы. Все это отрицательно влияет на баланс макро- и микронутриентов, в том числе и железа, в интенсивно растущем организме.

Выделяют несколько причин возникновения недостатка железа и развития железодефицитной анемии:

- недостаточное поступление железа с пищей: несбалансированное питание, недостаточное питание, длительное употребление в пищу продуктов с низким содержанием железа;
- повышенная потребность организма в железе, которая превышает возможности всасывания железа в желудочно-кишечном тракте;
- нарушение всасывания железа в пищеварительном тракте – на фоне хронических заболеваний органов пищеварительной системы: хронический гастрит, хронический энтерит, хронический энтероколит, пониженная кислотность желудка, кишечный дисбактериоз.

Повышенная потребность организма в железе наблюдается во время усиленного роста и развития тела (дети и подростки). Железосодержащий элемент организма человека играет огромную роль в обеспечении многих важных функций, основными из которых являются:

- перенос кислорода с гемоглобином и участие в окислительно-восстановительных процессах с помощью 72 железосодержащих ферментов, способствующих росту и гармоничному развитию растущего организма;

- участие в работе иммунной системы за счет влияния на количество и функциональные свойства Т-лимфоцитов и нейтрофилов, а также на синтез иммуноглобулинов;

- участие в обеспечении нормальной работы ЦНС, железо входит в состав ферментов нервных клеток;

- поддержание глюкокортикоидной и андрогенной функций коры надпочечников.

Таким образом, при недостатке железа снижается снабжение тканей кислородом, иммунная защита, ухудшается работа мозга, страдают адаптационные возможности.

При выборе пищевого рациона, как одного из составляющих компонентов комплексной терапии ЖДА, следует ориентироваться не на общее содержание железа в продуктах, а на его форму, которая определяет эффективность всасывания и усвоения железа. Объясняется это, прежде всего, тем, что железо активно захватывается и всасывается клетками слизистой кишечника в неизменном виде и не зависит от кислотности среды и ингибирующих пищевых факторов.

Однако всасывание железа из злаков, фруктов и овощей снижено из-за присутствия в них оксалатов, фитатов, фосфатов, танина и др. ингибиторов ферроабсорбции. Например, коэффициент абсорбции железа из мяса говядины (гемовое железо) составляет 17-22%, тогда как из фруктов не более 2-3%. В печени, где ферросоединения представлены в виде ферритина и трансферрина, железа усваивается значительно в меньшем количестве, чем из мясных продуктов, хотя суммарное содержание железа в печени почти в 3 раза больше, чем в мясе.

Из вегетарианского рациона усваивается не более 4-7% железа, имеющегося в этих продуктах. Уменьшают усвоение негемового железа соевый протеин, фитаты, полифенолы, входящие в состав чая, кофе, орехов и бобовых, в то время как мясо, рыба и печень увеличивают всасывание железа из овощей и фруктов при одновременном употреблении. Поэтому необоснованны рекомендации употреблять в больших количествах фруктовые соки, яблоки, гранаты, гречневую крупу и другие продукты при развившейся анемии.

Диагностика железодефицитной анемии

Диагностика железодефицитной анемии включает осуществление общего анализа крови, при котором выявляется уменьшение количества эритроцитов, снижение общего содержания гемоглобина в одной единице объема крови, снижение интенсивности окраски эритроцитов и изменение их формы.

Принципы лечения ЖДА у детей:

- невозможно возместить дефицит железа только с помощью диетотерапии без применения препаратов железа,

- лечение проводится преимущественно пероральными препаратами железа,

- лечение не должно прекращаться после нормализации уровня гемоглобина,

- гемотрансфузия только по жизненным показаниям.

Лечение железодефицитной анемии длительное, но не сложное. Как правило, больным рекомендуется принимать препараты железа в течение 2-3 месяцев (по 100-200 мг в сутки), до нормализации уровня гемоглобина в

крови и ещё 2-4 месяца в меньших дозах (30-60 мг) для восстановления запасов железа в печени.

Препараты железа при анемии принимаются по 1 таблетке 2-3 раза в сутки (точная доза определяется врачом), за полчаса до еды, запивая 100-150 мл воды (противопоказанием применения препарата до еды являются гастрит, язвенная болезнь и другие заболевания желудочно-кишечного тракта). Препараты железа нельзя запивать молоком, чаем или кофе – эти продукты связывают железо и уменьшают его поступление в кровь.

Диета при анемии включает продукты, богатые железом: мясо, печень и другие внутренности животных (сердце, почки, селезенка), горох, фасоль, шпинат, абрикос, чернослив, гранатовый сок, яблоки, гречневая крупа, овсяная крупа, шоколад. Для коррекции анемии диета обычно назначается одновременно с основным лечением препаратами железа и продолжается (по возможности) весь период сохранения риска развития анемии.

ПИТАНИЕ РЕБЕНКА ДО ОДНОГО ГОДА ЖИЗНИ

В первые 3-4 дня после рождения ребенок из молочной железы матери получает молозиво, затем переходное молоко, на 2-3-й неделе лактации грудное молоко становится зрелым и приобретает относительно постоянный состав. Молозиво по составу близко к тканям новорожденного, легко усваивается организмом и содержит большее количество белков, в основном представленных альбуминами и глобулинами. В 100 мл зрелого женского молока содержится в среднем 1,2 г белков, что почти в 3 раза меньше, чем в коровьем. Однако белки женского молока обладают высокой биологической ценностью, они богаты аминокислотами, представлены в основном мелкодисперсной фракцией, что облегчает их переваривание и всасывание.

В первые двое суток новорожденный высасывает из груди матери 10-20 мл молока в одно кормление, на 3-5-е сутки – 30-50 мл, на 5-7-е сутки – 50-90 мл.

В первые четыре месяца жизни малыша прикладывают к груди через 3,5 часа с 6,5-часовым перерывом ночью, т. е. 6 раз в сутки. Ослабленных детей в течение 1-го месяца жизни кормят 7 раз в сутки, через 3 часа с 6-часовым ночным перерывом.

К концу месяца перерывы между кормлениями увеличивают, переходя на 6 кормлений в сутки. С 5-го месяца до 1 года кормят 5 раз в сутки с 4-часовыми интервалами. Такой режим питания очень важен для нормальной деятельности желудочно-кишечного тракта ребенка, учитывая время на переваривание пищи и отдых. В течение суток пищевая активность малыша неодинакова, поэтому допускается режим частично свободного вскармливания.

Суточный объем пищи в миллилитрах, необходимый здоровому ребенку со средней массой тела при рождении 3300-3700 г, составляет в возрасте от 10 дней до 2 месяцев 1/5 массы тела в граммах (600-800 мл), от 2 до 4 месяцев – 1/6 массы тела (800-1000 мл), от 4 до 6 месяцев – 1/7 массы тела (900-1000 мл), от 6 до 9 месяцев – 1/8 массы тела (1000-1100 мл) и к концу первого года жизни – 1/8-1/9 массы тела (1000-1200 мл).

Часто дети удовлетворяются меньшим количеством молока и при этом нормально прибавляют в весе. Для

ТҰЖЫРЫМ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ТЕМІРТАП- ШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯ

А.Т. Омарова

Қалалық емхана №6, Алматы қ.

Теміртапшылықты анемия – бұл ағзадағы темірдің теріс теңгерімінің салдарынан дамидын анемияның кең таралған, бірақ жасырын өтетін түрі. Теміртапшылықты анемияның дамуының себебі – бұл гемоглобин синтезі үшін қажетті темірдің тапшылығы.

SUMMARY HYPOFERRIC ANEMIA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

A.T. Omarova

City polyclinic №6, Almaty c.

Hypoferric anemia is the most frequent but the most deep-seated variety of anemia progressing due to negative ferric balance. The reason for progression of hypoferric anemia is the lack of the iron, necessary for hemoglobin synthesis.

А.З. МОЛДАХЫНОВА

Детский санаторий №3 «Алау», г. Алматы

здоровья ребенка перекорм не представляет большой опасности; чаще всего он срыгивает излишки. Но иногда при этом появляются запоры, ребенок становится беспокойным, кричит, плохо спит. Недокармливать ребенка тоже не следует. Каждые 7-10 дней ребенка необходимо взвешивать для проверки количества высасываемого молока и прибавления веса. Это нужно для того, чтобы определить момент, когда ребенок начинает недоедать.

Докорм ребенка проводится при недостатке материнского молока донорским женским молоком или детскими молочными смесями (даются из ложечки или из бутылочки через соску только после грудного кормления). Когда докорма требуется немного, его можно давать после всех или нескольких грудных кормлений из чайной ложки. Если количество докорма сравнительно велико (например, 1/3-1/2 общего суточного объема пищи), то на несколько кормлений можно использовать только докорм из бутылочки через соску, оставив в то же время не менее 3 грудных кормлений, чтобы предотвратить полное исчезновение молока.

Прикорм при грудном вскармливании впервые вводится в рацион ребенка на 5-м месяце жизни, когда малышу уже не хватает тех питательных веществ, которые поступают с материнским молоком. Густой по консистенции прикорм является тем промежуточным продуктом, который подготавливает переход грудного ребенка от потребления жидкой пищи к более плотной и твердой. Новую пищу ребенку дают перед кормлением грудью постепенно, начиная с малых количеств (1-2 чайные ложки). Если ребенок хорошо перенес первый пробный прикорм, то количество его постепенно увеличивают. В качестве первого прикорма рекомендуется овощное пюре из моркови, кочанной и цветной капусты, свеклы, томатов, кабачков, тыквы, картофеля. На 6-м месяце ребенку начинают давать второй прикорм – кашу из гречневой, овсяной, рисовой, манной крупы, которую вводят в рацион малыша постепенно. Еще через месяц меню ребенка пополняют мясным бульоном с сухариками, который через 1-2 недели заменяют овощным супом на мясном бульоне.