

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ

Ахрорхонов Рустамхон Акмалхон ўгли

Кафедра пропедевтики детской болезни и

поликлинической педиатрии

Андижанский государственный медицинский институт

Резюме,

Железодефицитная анемия — заболевание, для которого характерно снижение уровня гемоглобина в крови. По результатам исследований в мире около 2 миллиардов людей страдают данной формой анемии разной степени тяжести.

Больше всего подвержены этому заболеванию дети и кормящие женщины: каждый третий ребенок в мире страдает анемией, практически у всех кормящих женщин наблюдается анемия различной степени.

Данная анемия первый раз была описана в 1554 году, а препараты для ее лечения первый раз были применены в 1600 году. Она является серьезной проблемой, которая угрожает здоровью общества, так как оказывает не малое влияние на работоспособность, поведение, психическое и физиологическое развитие.

Это заметно снижает социальную активность, но, к сожалению, анемия часто недооцениваются, потому что постепенно человек привыкает к уменьшению запасов железа в своем организме.

Ключевые слова: железодефицитные состояния, железодефицитная анемия, детской возраст.

IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN

Akhrorkhonov Rustamkhon Akmalkhon Uli

Department of Propedeutics of Childhood Disease and

outpatient pediatrics

Andijan State Medical Institute

Resume,

Iron deficiency anemia is a disease characterized by a decrease in the level of hemoglobin in the blood. According to research results, about 2 billion people in the world suffer from this form of anemia of varying severity.

Children and lactating women are most susceptible to this disease: every third child in the world suffers from anemia, almost all lactating women have varying degrees of anemia.

This anemia was first described in 1554, and drugs for its treatment were first used in 1600. It is a serious problem that threatens the health of society, since it has no small effect on performance, behavior, mental and physiological development.

This significantly reduces social activity, but, unfortunately, anemia is often underestimated, because gradually a person gets used to a decrease in iron stores in his body.

Key words: iron deficiency states, iron deficiency anemia, childhood.

Актуальность. Профилактика и лечение железодефицитных состояний у детей являются актуальными проблемами педиатрии ввиду их высокой распространенности [5]. Отсутствие внимания педиатров к данной проблеме способствует тому, что сохраняющийся дефицит железа приводит к нарушению роста, развития и здоровья ребенка[6]. При правильной тактике лечения и профилактики удается избежать негативных последствий дефицита железа для здоровья ребенка. Актуальность обсуждения этой темы очень велика, так как анемии - это довольно таки распространенные заболевания, связанные с массой самых различных причин. Ионы железа выполняют в организме человека очень важную функцию. Они входят в состав белков, осуществляющих перенос кислорода, цитохромов и железосеропротеинов, железосодержащих ферментов. Поэтому недостаток железа в организме приводит ко многим негативным последствиям[2,6]. Избыточное содержание железа в организме тоже опасно. Оно приводит к

развитию токсикозов, патологическому повышению уровня активных форм кислорода.

Анемия возникает во все периоды жизни человека не только при различных заболеваниях, но и при некоторых физиологических состояниях, например, при беременности, в период усиленного роста, лактации. Важное социальное значение имеет проблема анемий у детей раннего возраста, так как анемия в этом возрасте может привести к нарушениям физического развития и обмена железа[3,5].

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[1,2,4].

Цель исследования. Изучить и проанализировать современный подход к лечению железодефицитной анемии.

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 сидропенические 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. Железодефицитная анемия - это клинико-гематологический

синдром, характеризующийся нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающегося на фоне различных патологических (физиологических) процессов, и проявляющийся признаками анемии и сидеропении.

Для профилактики дефицита железа у грудных детей используют жидкие лекарственные формы: это могут быть растворы или капли для приёма внутрь, содержащие железа сульфат (Актиферрин), железа (III)-гидроксид полимальтозат (Мальтофер, Феррум Лек), глюконат железа, марганца, меди (Тотема), (Ферлатум); эти же препараты выпускаются в форме сиропов (Актиферрин, Мальтофер, Феррум Лек). Парентеральные ферропрепараты не используют в целях профилактики дефицита железа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азимжанова М.М. Особенности эритроцитарной системы и развития детей, рожденных от матерей с ЖДА Ташкент, 2013.
2. Железодефицитная анемия в педиатрической практики. СПб// Журнал Медикал экспресс. 2014.
3. Таточенко В.К. педиатру на каждый день. Справочник по лекарственной терапии. Москва 2013
4. Новый подход к лечению анемии у новорожденных // Информационное письмо. МЗ РУз УМС. Отдел научной медицинской информации ГНМБ 2014.
5. Детские болезни Под.ред. Н.П.Шабалов Л.2008
6. Новые педагогические технологии в подготовке врача общей практики. Методическая рекомендация. Ташкент 2012 г.