

УДК: 14.01.08

*Салохиддинова Ирода*

*Студентка 302 группы факультета «Высшее сестринское дело»*

*Научный руководитель Ганиева Д.К.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

## **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

*Аннотация: В данной статье рассматриваются особенности течения и ведение детей с железодефицитной анемией*

*Ключевые слова: анемия, дети, факторы риска, лечение, профилактика*

*Salohiddinova Iroda*

*Student of group 302 of the faculty "Higher Nursing"*

*Scientific adviser Ganieva D.K.*

*Tashkent Pediatric Medical Institute*

## **MANAGEMENT OF CHILDREN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA**

*Annotation: This article discusses the features of the course and management of children with iron deficiency anemia.*

*Key words: anemia, children, risk factors, treatment, prevention*

Анемия и анемический синдром, вызываемые многими причинами — широко распространенное патологическое состояние, лечение и профилактика которого, несмотря на достижения современной медицины, представляют глобальную проблему [1]. Из всех анемий самой распространенной является железодефицитная (ЖДА), которая составляет примерно 80% от всех анемий.

Железодефицитные состояния встречаются почти у половины населения земного шара. Среди всех анемий от 70 до 90% составляют анемии вследствие ДЖ. По данным ВОЗ, железодефицитная анемия

(ЖДА) занимает ведущее место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека. Распространенность дефицита железа у детей в раннем возрасте, по данным ВОЗ, составляет от 17,5 до 30%. Группами повышенного риска по железодефицитной анемии являются дети раннего возраста, подростки, беременные женщины [5].

Диагноз ЖДА у всех детей устанавливается по данным анамнеза, клинической картины, общепринятым критериям лабораторной диагностики: в общем анализе крови (ОАК) уровень гемоглобина (ниже 110г/л), значение цветного показателя (ниже 0,85), эритроцитов (менее  $3,5 \times 10^{12}/л$ ) и содержание сывороточного железа (менее 10 мкмоль/л).

Основными клиническими проявлениями ЖДА у больных детей является общая вялость, снижение аппетита, потливость, беспокойный и поверхностный сон, срыгивание, бледность слизистых оболочек и кожи, плохая прибавка в весе, отставание в нервно-психическом развитии. Общеизвестно, что основной терапией при ЖДА являются препараты железа. Современные препараты железа разделяют на две группы: ионные железосодержащие препараты (солевые, полисахаридные соединения двухвалентного железа) и неионные соединения, к которым относятся препараты трехвалентного железа, представленные железо–протеиновым комплексом (ферлатум) и гидроксид–полимальтозным комплексом (феррум–лек, мальтофер) [3].

Золотым стандартом лечения ЖДА легкой и средней степени тяжести является пероральное назначение препаратов железа. У детей раннего возраста большое значение имеет лекарственная форма препарата. В этом возрасте удобно использовать капли и сиропы, что обеспечивает возможность точного дозирования препаратов и не вызывает негативного отношения ребенка.

Необходимо помнить, что при назначении любых препаратов железа необходимо рассчитывать индивидуальную потребность в нем для

каждого пациента, исходя из того, что оптимальная суточная доза элементарного железа составляет 4–6 мг/кг. Среднесуточная доза железа при лечении ЖДА составляет 5 мг/кг. Применение более высоких доз не имеет смысла, поскольку объем всасывания железа не увеличивается [1,4].

После проведенного лечения рекомендуется профилактический курс длительностью 6 нед (суточная доза железа — 40 мг), затем проводятся два 6-недельных курса в год или прием 30—40 мг железа ежедневно в течение 7—10 дней после менструации. Необходимо ежедневно употреблять не менее 100 г мяса. Все больные ЖДА, а также лица, имеющие факторы риска этой патологии, должны находиться на диспансерном учете у ВОП. Одновременно больной находится на диспансерном учете по поводу заболевания, вызвавшем ЖДА [5].

Также, у детей раннего возраста дефицит железа никогда не бывает изолированным и часто сочетается с недостаточностью витаминов В<sub>12</sub>, В<sub>6</sub>, РР, А, С, Е, фолиевой кислоты и др. Это связано с тем, что алиментарная недостаточность и нарушенное кишечное всасывание, приводящие к дефициту железа, влияют и на насыщаемость данными микронутриентами [4]. Поэтому в комплексную терапию ЖДА необходимо включать поливитаминные препараты.

Учитывая причины ЖДА понятно, что профилактика должна проводиться в антенатальном периоде развития плода. Всем женщинам во второй половине беременности целесообразно профилактическое назначение пероральных ферропрепаратов или поливитаминов, обогащенных железом.

К постнатальной профилактике ЖДА относится грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни. Грудное молоко содержит максимально биодоступное железо, которое усваивается практически полностью за счет содержания в нем лактоферрина. Однако интенсивные обменные процессы у грудных детей приводят к тому, что к

5–6-му месяцу жизни депо железа истощается и с этого возраста организм ребенка становится абсолютно зависимым от экзогенного поступления железа для покрытия физиологических потребностей, которые составляют 10–11 мг/сут [4].

С этой целью необходимо своевременное введение прикорма с содержанием в рационе мяса, печени, свежеприготовленных соков, обогащённых железом злаков (крупы), желтка. Следует отказаться от введения в рацион ребенка таких каш, как манная, рисовая, толокняная, отдавая предпочтение гречневой, ячменной, просяной.

Особенно важно своевременное введение прикорма детям из группы риска: с лимфатическим типом конституции, детям с большой массой тела при рождении и избыточными весовыми прибавками, а также недоношенным детям. Необходимым условием является организация правильного ухода за ребенком, длительные прогулки на свежем воздухе, нормализация сна, профилактика острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.Е. Абатуров, И.Л. Высочина, О.Н. Герасименко. Рациональная терапия железодефицитных анемий у детей препаратами железа для применения внутрь // Ж: «Здоровье ребенка». №3(3) 2006.
2. Л. А. Анастасевич, А. В. Малкоч. Железодефицитная анемия у детей грудного и младшего возраста// Ж: «Лечащий врач», 2006. — № 7., С. 66-70.
3. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А.Л., Малова Н.Е. Профилактика и лечение железодефицитных состояний у детей // Ж: Лечащий врач — 2004.- № 1.- С. 24-28
4. А.Г. Румянцев, Т.В. Казюкова. Профилактика дефицита железа у детей раннего возраста // Ж: Трудный пациент, 2007, № 5(2), С.38-42

5. *Тактика ведения здоровых и больных детей в амбулаторных условиях:/Ш.А. Агзамова, Д.К.Ганиева; Учебное пособие. Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентский педиатрический медицинский институт.– Ташкент, Изд. «Навруз», 2022, 240 с.*