Каримова Д.И.
ассистент
кафедра семейной медицины №1, физического воспитания, гражданской обороны
Ганиева Д.К.
доцент
кафедра семейной медицины №1, физического воспитания, гражданской обороны
Шайхова М.И.
ассистент
кафедра семейной медицины №1, физического воспитания, гражданской обороны
Ташкентский педиатрический медицинский институт

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Аннотация: *В данной статье рассматривается особенности течения и основные задачи реабилитации детей с железодефицитной анемией, а также профилактика, диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ЖДА.*

Ключевые слова: *железодефицитная анемия, дети, реабилитация, диспансерное наблюдение, профилактика.*

Karimova D.I.
assistant
Department of Family Medicine No. 1, Physical Education, Civil Defense
Ganieva D.K.
docent
Department of Family Medicine No. 1, Physical Education, Civil Defense
Shaykhova M.I.

assistant

Department of Family Medicine №1, Physical Education, Civil Defense

Tashkent Pediatric Medical Institute

REHABILITATION OF CHILDREN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

Annotation: *This article discusses the features the course and main tasks of the rehabilitation of children with iron deficiency anemia, as well prevention, as dispensary monitoring of patients who have undergone IDA.*

Key words: *iron deficiency anemia, children, rehabilitation, dispensary observation, prevention.*

Железодефицитная анемия (ЖДА) одна из наиболее важных проблем в мире, имеющая негативные медицинские, социальные и экономические последствия. 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.

Можно выделить следующие причины развития дефицита железа у детей: недостаточные запасы железа при рождении, недостаточное поступление железа с пищей и нарушение всасывания в желудочно-кишечном тракте, повышенная потребность в железе в связи с ростом, интенсивными процессами дифференцировки тканей, созревания различных органов и систем, увеличением объема циркулирующей крови, избыточная потеря железа организмом.

Важно отметить, что у детей раннего возраста причинами дефицита железа, как правило, являются недостаточное депо железа и нерациональное питание, а у детей старшего возраста — кровопотеря и резкое вытяжение.

Большинство симптомов ЖДА являются отражением сердечно-сосудистых и газообменных изменений, компенсирующих уменьшение массы эритроцитов. Даже анемия средней тяжести нередко протекает бессимптомно. Ребенок может жаловаться на усталость, одышку и сердцебиение, особенно после физической нагрузки. При тяжелой анемии симптоматика сохраняется и в состоянии покоя, больной не может переносить физические нагрузки. Если уровень гемоглобина менее 75 г/л, то минутный сердечный выброс в покое заметно повышается по мере увеличения как частоты сердечных сокращений, так и ударного объема. Симптомы сердечной недостаточности развиваются, когда резерв миокарда исчерпан. Следовательно, тяжесть состояния больного определяется прежде всего степенью выраженности сердечно-сосудистых нарушений.

Симптоматика при анемии средней и тяжелой степени распространяется и на другие системы органов. Больной часто жалуется на головокружение и головные боли, шум в ушах, возможен даже обморок.

Основной признак анемии — бледность кожных покровов. Однако его информативность ограничена другими факторами, определяющими цвет кожи. Поэтому наиболее информативным признаком анемии является бледность видимых слизистых — слизистой оболочки полости рта, ногтевого ложа и конъюнктивы век. Информативным также считается цвет кожи на сгибах ладонной поверхности — если по цвету они не отличаются от окружающей кожи, то уровень гемоглобина у больного, как правило, менее 80 г/л. Из других клинических симптомов анемии следует отметить уже упоминавшиеся выше тахикардию, значительные колебания пульсового давления, систолический шум изгнания над предсердиями, снижение умственной и физической активности, дети становятся раздражительными, быстро утомляются, их сон беспокойный, аппетит снижен.

В настоящее время общепризнано, что устранить дефицит железа в организме только с помощью диетотерапии невозможно. Это связано с тем, что всасывание железа из пищевых продуктов ограничено — 1,8-2 мг (не более 2,5 мг) железа в сутки — даже при рациональном питании, соответствующем возрасту, и при потреблении достаточного количества продуктов с высоким содержанием железа. При приеме современных препаратов железа оно усваивается в 20 раз лучше. Диетотерапия должна быть одной из составляющих терапии ЖДА у детей.

Легкая и среднетяжелая форма – лечение амбулаторное. При сочетании анемии с другими заболеваниями и при тяжелой форме болезни детей лечат в стационаре.

Рекомендации ВОЗ/ЮНИСЕФ указывают, что в странах, где "критический уровень" анемии превышает 30%, необходимо срочно проводить профилактические мероприятия на национальном уровне, к которым относятся: фортификация продуктов питания железом и другими микронутриентами; саплементация железом среди матерей и детей; внедрение принципов здорового питания, изменение привычек питания; просветительная работа среди населения.

Ранняя реабилитация сводится к успешному лечению заболевания, соответствующему режиму, диете с введением продуктов, богатых железом и витаминами, медикаментозной терапии, лечению гельминтозов. Поздняя реабилитация предусматривает режим с достаточной двигательной активностью, максимальное пребывание на свежем воздухе, сбалансированное питание, массаж, гимнастику, санацию очагов хронической инфекции, лечение болезней, сопровождающихся нарушением кишечного всасывания, кровоточивости, терапию гельминтозов. Назначается диета с использованием продуктов, богатых железом (таких как мясо, язык, печень, яйца, мандарины, абрикосы, яблоки, сухофрукты, орехи, горох, гречневая, овсяные крупы). Молочные

продукты должны быть сведены к минимуму, так как всасывание железа из них затруднено. Необходимо значительно ограничить и мучные изделия, так как содержащийся в них фитин затрудняет всасывание железа. Рекомендуется поддерживающая доза (половина лечебной) препаратов железа до нормализации уровня сывороточного железа.

Вторичная профилактика включает рациональное вскармливание, предупреждение простудных и желудочно-кишечных заболеваний, выявление и лечение гельминтозов, дисбактериоза, гиповитаминозов, аллергических болезней, различные методы закаливания. Динамическое наблюдение необходимо в течение 6 месяцев. Объем обследований: анализ крови общий, биохимическое исследование (определяются билирубин, железосвязывающая способность сыворотки, сывороточное железо, протеинограмма) анализ мочи.

Диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими ЖДА I—II степени составляет 6 мес, ЖДА III степени — 1 год. Прогноз благоприятный при установлении и устранении причины ДЖ, восполнении запасов железа.

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.

Использованные источники:

1.Nelson Nextbook of Pediatrics, Twentieth Edition. Copyright © 2016 by Elsevier, Inc. Part XXI. Diseas of the blood. Chapter 455. Iron – deficiency anemia. Richard Sills. – pp. 2327-2330

2.Bergmann AK, Sahai I, Falcone JF, et al: Thiamine responsive megaloblastic anemia: identification of novel compound heterozygotes and mutation update, J Pediatr155:889–892, 2009.

3.Borgna-Pignatti C, Azzalli M, Pedretti S: Thiamine-responsive megaloblastic anemia syndrome: long term follow-up, J Pediatr155:295–297, 2009.