

Профилактика анемии у детей первого года жизни



Профилактика и лечение железодефицитных состояний у детей являются актуальными проблемами педиатрии ввиду их высокой распространенности. В России, по различным данным, железодефицитная анемия регистрируется у 6–40% детского населения. Дети, особенно первых двух лет жизни, входят в группу высокого риска по развитию данного состояния. Важность проблемы профилактики и лечения дефицита железа также связана и с негативным влиянием на рост, развитие ребенка и работу его органов и систем. Соединения железа имеют различное строение, обладают характерной только для них функциональной активностью и играют важную биологическую роль. К наиболее значимым железосодержащим соединениям относятся: гемопротейны, структурным компонентом которых является гем (гемоглобин, миоглобин, цитохромы, каталаза, пероксидаза), ферменты негеминной группы (сукцинатдегидрогеназа, ацетил–КоА–дегидрогеназа, ксантиноксидаза), ферритин, гемосидерин, трансферрин. Синтез стероидов, метаболизм лекарственных препаратов, синтез ДНК, пролиферация и дифференциация клеток, регуляция генов протекают с участием железа, а его дефицит отражается на всех перечисленных выше процессах и затрагивает генетический, молекулярный, клеточный, тканевой, органный, системный и организменный уровни. В результате дефицита железа страдают умственная, физическая, неврологическая, терморегулятивная функции; нарушаются поведение и способность к обучению; снижаются толерантность к физическим нагрузкам и познавательные способности.

Железодефицитная анемия (ЖДА) – гипохромная микроцитарная анемия, развивающаяся вследствие абсолютного уменьшения запасов железа в организме. Среди различных анемических состояний ЖДА являются самыми распространенными и составляют около 80% всех анемий. Причин для развития железодефицитного состояния много. Некоторые из них приводят к анемии уже к моменту рождения малыша. К ним относится недоношенность (так как основное депонирование железа осуществляется в последнем триместре беременности), многоплодная беременность (так как дети «делят» материнские запасы железа между собой), кровотечение во время беременности и родов, небольшой перерыв между беременностями матери (если промежуток меньше 3х лет, то запасы железа женщины не успевают пополниться и с высокой долей вероятности можно предположить развитие у последующего ребенка ЖДА), анемия беременной. Для профилактики ЖДА во время беременности необходимо руководствоваться принципами ВОЗ, которые заключаются в следующем: все женщины с самого начала беременности (не позднее 12–14 нед. гестации) и до родов должны получать 60 мг элементарного железа в сутки.

Профилактика ЖДА беременных способствует созданию у новорожденных более высоких запасов железа, предотвращая развитие дефицита железа и анемии у грудных детей. В настоящее время ВОЗ предлагает 60 мг/сут. железа + 400 мкг/сут. фолиевой кислоты беременным во II и III триместрах во всех регионах.

Однако рутинная профилактика, по некоторым данным, может приносить вред в тех случаях, когда противопоказано назначение препаратов железа, это касается женщин с наследственным гемохроматозом, гемоглобинопатиями, метаболическими нарушениями (например, при кожной порфирии) и другими состояниями, при которых возможна перегрузка организма железом. Из-за высокого риска развития у беременной женщины анемии врачи рекомендуют планировать беременность заблаговременно. При необходимости будущей маме придется пройти курс витаминизации и повышения уровня гемоглобина в организме. Профилактика анемии у беременных женщин должна проводиться в обязательном порядке. И первое, на что стоит обратить внимание – рацион питания. Он должен содержать мясо. Именно из него организмом всасывается большее количество железа – около 6%. Ради здоровья будущего малыша приверженцам вегетарианства стоит пересмотреть свой рацион. В меню должно быть большое количество овощей и фруктов. Очень полезен для профилактики гранатовый сок.

После рождения ребенка могут наступить еще три фактора

1. сниженное поступление железа с пищей. Известно, что для детей первых 4–6 мес. жизни оптимальным способом профилактики железодефицитных состояний является грудное вскармливание. Концентрация железа в женском молоке составляет всего 0,2–0,4 мг/л, однако этого количества достаточно для обеспечения потребностей растущего организма младенца в железе благодаря высокой биодоступности железа грудного молока. При искусственном вскармливании благодаря обогащению современных адаптированных молочных смесей железом также удастся обеспечить физиологическую потребность в данном микроэлементе. А вот коровье молоко использовать для вскармливания ребенка первого года жизни не следует, так как оно предназначено для вскармливания телят, а человеческого детеныша может привести к развитию микродиapedезных кишечных кровотечений и рахиту. Согласно современным рекомендациям отечественных и зарубежных нутрициологов, цельное коровье молоко в питании детей грудного возраста можно использовать только для приготовления каш. Оптимальным возрастом для введения неадаптированных молочных продуктов, в первую очередь коровьего молока, в рацион питания детей раннего возраста является 12 мес.
2. сниженное его усвоение: а) проблемы в работе желудочно-кишечного тракта: целиакия (заболевание, при котором белок глютен вызывает повреждение слизистой тонкого кишечника, и нарушается процесс всасывания), муковисцидоз (железы вырабатывают слишком густую ферментосодержащую слизь, из-за чего ферменты не поступают к месту своей работы и питательные вещества не всасываются); энтеропатии (невоспалительные хронические заболевания кишечника, вызванные недостатком ферментов в кишечнике или дефектами строения кишечной стенки) и другие, встречающиеся у детей крайне редко, состояния. б) недостаток витаминов, способствующих поступлению железа (фолиевая кислота, витамины группы В, С, РР) в) прием железа с пищей, предотвращающей его усвоение (танин, входящий в состав чая; фитаты в составе бобов; кальций в составе коровьего молока-снижают поступление железа в организм человека, и поэтому, несмотря на высокое содержание данного элемента в некоторых продуктах, оно не всасывается)

3. повышенный расход (кровопотери, онкология, инфекции; ускоренные темпы роста, характерные для недоношенных детей).

В первые три месяца жизни потребность здорового ребенка в железе составляет 4мг/сут. Это количество с легкостью покрывается железом грудного молока матери. К 5 месяцам потребности в железе увеличиваются и доходят до 7мг/сут. В это время следует начать введение прикормов. Для худеньких деток подойдут безмолочные безглютеновые каши (рисовая, гречневая, кукурузная), для полненьких-овощные пюре. Учитывая, что железо лучше усваивается в кислой среде, блюдо прикорма следует запивать небольшим количеством сока. В 7 месяцев вводится мясо: кролик, индейка, молодая говядина.

В поликлинике существует контроль за уровнем гемоглобина детей в наиболее опасные для развития данного состояния сроки: в 1, 3, 6, 9, 12 месяцев. Обнаружив снижение гемоглобина, доктор может посоветовать принимать препараты железа внутрь (самостоятельно назначать своему ребенку такие лекарства нельзя ввиду опасности их передозировки и дальнейшем токсическом поражении органов). Длительность курса лечения зависит от степени тяжести анемии, обычно прием препарата закачивается раньше, чем через месяц после нормализации показателей крови, чтобы организм смог запастись железом в «депо» и не было рецидива. При тяжелой степени анемии и отсутствии положительной динамики от приема препарата внутрь может потребоваться госпитализация ребенка в стационар для введения железа внутримышечно или внутривенно, в более тяжелых случаях-переливание эритроцитарной массы.

Таким образом, высокая распространенность железодефицитных состояний у детей раннего возраста, негативные отдаленные последствия для здоровья ребенка делают проблему выявления и лечения железодефицитных состояний чрезвычайно актуальной. Своевременно сдав общий анализ крови и посетив педиатра, можно обнаружить анемию на начальном этапе и не допустить развитие неприятных последствий. При наличии полиса ОМС данные мероприятия бесплатны. Будьте здоровы!

Статья создана по материалам

1. www.rmj.ru - Независимое издание для практикующих врачей. №22 Тютюнник В.Л., Балушкина А.А., Докуева Р.С.–Э.Профилактика и лечение железодефицитной анемии при беременности. №22
2. www.rmj.ru - Независимое издание для практикующих врачей. №789 Захарова И.Н., Мачнева Е.Б. Лечение и профилактика железодефицитных состояний у детей.

Врач-педиатр
Бурцева Н. А.