

УДК 613.954

В. Н. Шаденко, А. С. Скриган, А. И. Климченя

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ПРИЧИНЫ, ПРОФИЛАКТИКА

Введение

Железо – один из важнейших микроэлементов для организма, поддерживающий в тонусе иммунную систему, принимающий участие в энергетическом обмене, разрушении и утилизации токсинов, транспортировке кислорода к органам и тканям. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), дефицит железа (ДЖ) в настоящее время занимает первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человечества, примерно у 60% населения планеты отмечается недостаток данного микроэлемента в организме [4]. Основная группа риска по развитию ДЖ – дети раннего возраста и беременные. Более 47% детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет сталкивается с нехваткой железа. Длительный дефицит железа приводит к снижению памяти и физической активности, способности к обучению и концентрации внимания, нарушению координации, задержке речевого развития. Зачастую ДЖ протекает бессимптомно, переходя в патологическое состояние – железодефицитную анемию (ЖДА), составляющую до 90% от всех анемий в детском возрасте [5].

Среди причин дефицита железа у детей раннего возраста ведущее место занимает алиментарная недостаточность [1]. Количественное и качественное питание детей отличается от потребностей взрослых, что связано с анатомо-физиологическими особенностями растущего организма. Для детей до 5 лет вопрос правильного питания стоит наиболее остро. Именно правильно организованное, сбалансированное, полноценное питание позволит обеспечить правильный рост и развитие детского организма [2].

Цель

Разработать материал с рекомендациями по питанию для профилактики железодефицитных состояний у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования

Была изучена отечественная и зарубежная научная литература в сфере нутрициологии и педиатрии. Проведена комплексная оценка анамнестических данных у 35 детей в возрасте до 5 лет, которые находились под наблюдением на одном педиатрическом участке 10-й городской детской клинической поликлиники г. Минска.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе работы были выявлены антенатальные и постнатальные факторы развития железодефицитных состояний, на основе которых была разработана актуальная стратегия профилактики железодефицитных состояний посредством рекомендаций по питанию. Среди наиболее распространенных факторов можно выделить: анемию во время беременности, нарушение маточно-плацентарного кровообращения, позднее введение прикорма, алиментарную недостаточность в связи с несбалансированным либо же неправильным рационом.

Согласно проведенному исследованию, у 40% женщин в период беременности наблюдается железодефицитная анемия (рисунок 1), в 21% случаев приводящая к раз-

витию железодефицитных состояний у детей раннего возраста. В связи с этим был сделан вывод о необходимости контроля питания матери во время беременности.

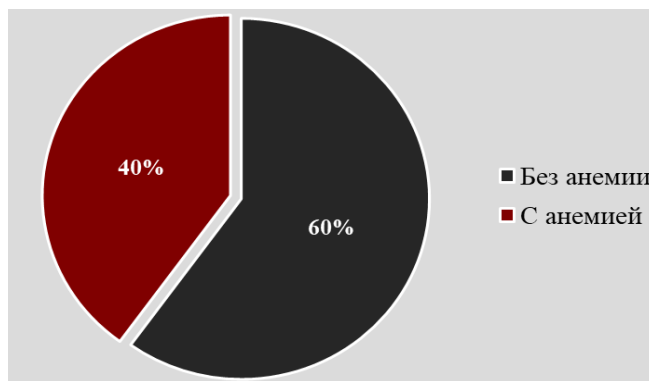


Рисунок 1 — Количество матерей с анемией во время беременности

Установлены возрастные периоды наибольшей частоты встречаемости снижения гемоглобина у детей: до года – 68,5%, 1 год – 42,8%, 3 года – 34,2% (рисунок 2).

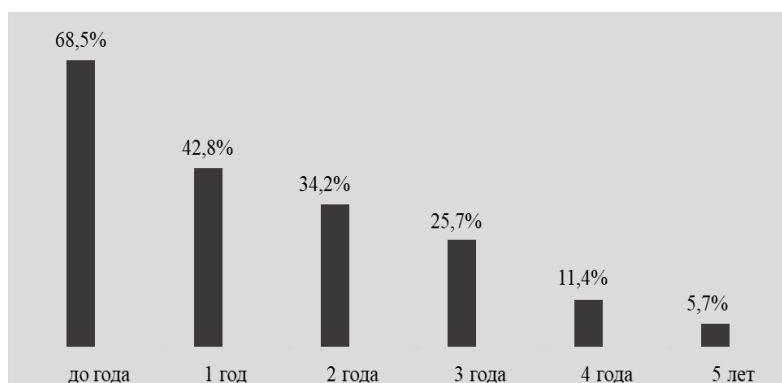


Рисунок 2 — Частота встречаемости дефицита железа в зависимости от возраста

В ходе исследования был сделан акцент на питании детей, в особенности на вскармливании.

Раннее искусственное вскармливание, недостаточное содержание железа в грудном молоке, использование неадаптированных молочных смесей, а также вскармливание цельным молоком могут приводить к развитию железодефицита.

Отдельного внимания заслуживают неадаптированные смеси (смеси, изготовленные из сухого цельного коровьего молока, включающие крахмал, сахарозу и углеводы). Для таких смесей характерны: недостаток железа, недостаток витаминов (в особенности витамина С, который способствует лучшему усваиванию железа), неполноценность белкового компонента. Значимым недостатком является отсутствие антиинфекционных факторов, необходимых для формирования иммунитета ребенка.

Была проведена сравнительная характеристика грудного и искусственного вскармливания. Дети на ИВ получали адаптированную смесь «Беллакт гипоаллергенная», с содержанием железа 1,4 мг на 100 мл.

Как видно, частота встречаемости железодефицита на искусственном вскармливании отмечается на 15% чаще у детей до года и на 13,4% у детей 3–4 лет (рисунок 3). Такая статистика доказывает, что железо лучше усваивается из грудного молока.

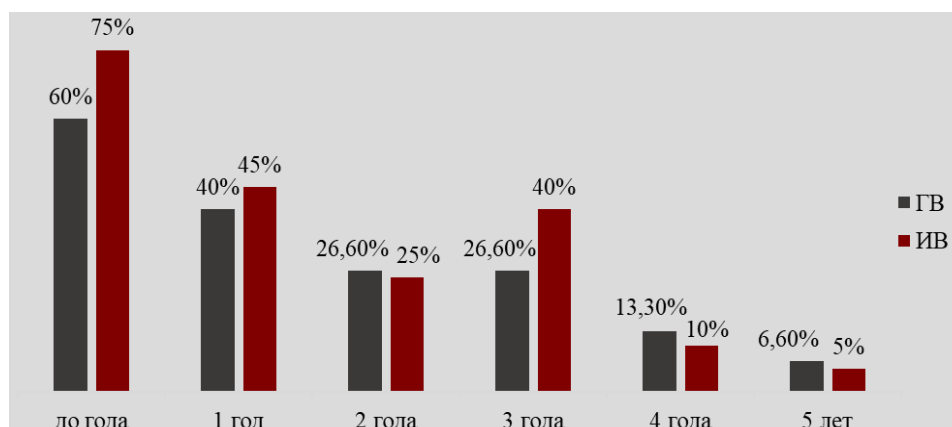


Рисунок 3 – Частота встречаемости ЖДА в зависимости от характера вскармливания

Установлено, что независимо от характера вскармливания к 6 месяцам происходит истощение неонатальных запасов железа, накопленных в период внутриутробного развития [3]. В этот период необходимо своевременное введение прикорма. Самый ранний срок начала прикорма 4–4,5 месяцев. Рекомендации по рациону приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Рекомендации по введению прикорма

Каша	Первая детская каша должна быть однокомпонентной, т. е. приготовленной ровно из одного злака (рис, гречка, кукуруза, пшеница, овес, манка)
Овощи	Первыми вводятся овощи светлой окраски с нежными пищевыми волокнами: кабачок, брокколи, цветная капуста
Мясо	С 6 месяцев: говядина, нежирная свинина, индейка, кролик + овощи
Фрукты	С 6 месяцев: пюре из груш или яблок

В результате влияний современного образа жизни характер питания детей младшей возрастной группы существенно изменился. Исследования последних лет показывают, что каждый десятый ребенок не ест фрукты; некоторые дети выпивают около 1100 мл/сут коровьего молока (которое способствует вымыванию железа); 17% детей вообще не едят мясо; рыбу едят только 52% детей. Поэтому рацион ребенка до пяти лет должен быть разнообразным и включать в себя продукты с большим содержанием железа. Особо богатые железом продукты животного происхождения – говядина, печень, баранина, рыба, творог. Среди растительных продуктов выделяют бобовые, орехи, капусту, шпинат, гранат, яблоко, курагу.

Заключение

По результатам исследования установлена высокая частота анемий у детей, в особенности в возрасте до двух лет, в связи с чем разработаны рекомендации по питанию для родителей по возможным вариантам коррекции железодефицитных анемий и по предупреждению данных состояний среди детей раннего возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Токарева, Ю. Н. Анемии у детей: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение / Ю. Н. Токарева, А. Г. Румянцева // Сб. науч. тр. – Москва, 2024. – С. 101–106.
2. Жарикова, Л. И. Железодефицитная анемия у детей: актуальные вопросы диагностики и лечения / Л. И. Жарикова, И. А. Дронов // Педиатрия. – 2014. – № 4. – С. 14–18.

Секция «Общественное здоровье и здравоохранение»

3. *Тарасова, И. С.* Железодефицитная анемия у детей и подростков / И. С. Тарасова // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10. – № 2. – С.40–48.
4. World Health Organization [Электронный ресурс] / Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries. – Электрон. дан. -WHO Regional Publications, European Series, 2000. updated reprint 2003. – Режим доступа: <http://www.rsl.ru>. (дата обращения: 02.04.2024)
5. *Lozoff, B.* Long-term development outcome of infants with iron deficiency / E. Jimenez, A. W. Wolf // J. Med. – 1991. – Vol. 325 (10). – P. 687–697.

ISSN 2224-6959

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

Сборник научных статей
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием
(г. Гомель, 13 ноября 2024 года)

Основан в 2000 г.

Выпуск 25

В 3 томах

Том 1

Гомель
ГомГМУ
2024