

УДК 616.155.194.8

DOI 10.21661/r-473110

У.Р. Файзиева, А.Ш. Ашурова, И.Т. Эргашева

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ

Аннотация: авторы отмечают, что у детей железодефицитная анемия приводит к росту инфекционной заболеваемости органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. Железо необходимо для нормального функционирования структур головного мозга, при его недостаточном содержании нарушается нервно-психическое развитие ребенка. У детей, имевших в младенчестве железодефицитную анемию, в возрасте 3–4 лет наблюдается нарушение передачи нервных импульсов от центра головного мозга к органам слуха и зрения из-за нарушения миелинизации, как следствие этого нарушение проводимости нервов. У детей своевременное выявление факторов риска приводит к уменьшению частоты заболеваемости дефицитной анемией.

Ключевые слова: анемия, железо, дети, кожа, питание, микроэлементы.

U.R. Fayzieva, A.Sh. Ashurova, H.T. Ergasheva

RISK FACTORS INFLUENCING THE DEVELOPMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN

Abstract: the authors note that at children iron deficiency anemia leads to growth of infectious incidence of respiratory organs and digestive tract. Iron is necessary for normal functioning of structures of a brain, at its insufficient contents the psychological child development is broken. At the children who had iron deficiency anemia in infancy at the age of 3–4 years there are violations of transfer of nervous impulses from the centers of a brain to organs of hearing and sight because of violation of a myelinizathion and, as a result of it, violation of conductivity of nerves. In children, early detection of risk factors leads to a decrease in the incidence of scarce anemia.

Keywords: anemia, iron, children, skin, food, minerals.

Актуальность проблемы. Среди различных анемических состояний железодефицитной анемии (ЖДА) являются самыми распространенными и составляют около 80% всех анемий. По статистике ВОЗ, в мире около 2 млрд человек страдают в той или иной форме дефицитом железа, большинство из них женщины и дети [1; 3]. ЖДА развивается при нарушении баланса между потерями и поступлением железа с пищей, нарушении его всасывания в кишечнике, истощении запасов железа вследствие хронической кровопотери, повышенном потреблении во время интенсивного роста и развития у детей и подростков, при беременности и лактации. Естественным источником железа служит пища [2; 4]. Железодефицитная анемия обычно рассматривается скорее как симптом другого заболевания или как состояние, а не как отдельное заболевание и обычно возникает, когда в организме недостаточный запас железа. Маленькие дети или взрослые, сидящие на строгой диете, могут получать недостаточное количество железа из пищи, что может привести к анемии. Может быть нарушена способность пищеварительной системы всасывать достаточно железа, что часто происходит в тех случаях, когда была удалена часть желудка. Анемия может наступать вследствие чрезмерной потери крови. Это относится к женщинам, у которых обильные менструации, а также к людям, страдающим от язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, геморроя или рака желудка или толстой кишки. Биологическая значимость железа определяется его участием в тканевом дыхании. В связи с этим для железодефицитной анемии беременных характерна тканевая гипоксия и вызываемая ею патология [1; 5].

Цель исследования: Изучить влияние факторов риска на развитие железодефицитных анемии у детей разного возраста.

Задачи исследования:

1. Выявить основные причины развития железодефицитной анемии у детей.
2. Оценить основные клинические симптомы анемии у детей.
3. Оптимизация питания детей, страдающих анемией с учетом местных продуктов питания.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось многопрофильной консультативной поликлиники, с января 2018 года по июнь 2018 года. Под нашим наблюдением находилось 35 детей разного возраста от 1 до 18 лет, без достоверных различий по возрасту, весу, с установленной с диагнозом железо дефицитное анемии, из них выявлено, у 23 (65%) – анемия 1-степени и 12 (35%) – анемия 2 степени.

Результаты исследование: Исходя из поставленных цели и поставленных первых задачи исследование, мы изучали основные факторы риска влияющие на развитие железодефицитных анемии у детей, такие как, антинатальные, постнатальные факторы. У 16 (45,7%) больных детей в анамнезе были отрицательные влияние факторов риска в беременности – осложненное течение беременности, нарушение маточно-плацентарного кровообращения, фетоматеринские и фетоплацентарные кровотечения, синдром фетальной трансфузии при многоплодной беременности.

У 12 (34,2%) больных матери отмечались, анемия 1- степени, хотя женщины во время беременности получали антианемические терапии (генотардиферрон, феррум-лек). У беременных отмечалось нарушение нормального течение беременности, в анамнезе были гестозы, угрожающие состояние, экстрагенитальные патологии беременности, такие как острые вирусные инфекции, острый бронхит, пиелонефриты и т.др. Эти факторы влияло к нормальному росту плода и привело к недостаточному накоплению в организме ребенка.

В анамнезе из амбулаторных карты истории развитие ребенка у 7 (20%) больных детей были влияние интранатальных факторов в развитие дефицита железа такие как, фетоплацентарная трансфузия у 1 (2,8%), преждевременная или поздняя перевязка пуповины отмечалось у 3 (8,5%), интранатальные кровотечения из-за травматических акушерских пособий из анамнеза наблюдалось у 2 (5,7%), аномалий развития плаценты или пуповины из анамнеза выявлено у 1 (2,8%) больных.

У 35 (100%) больных отмечалось влияние постнатальных факторов анемии. Результаты исследование показало, что у всех больных основной причиной

развития дефицитной анемии были следующие экзогенные и эндогенные факторы риска такие как:

- снижение поступления железа в организм с пищей (вегетарианская диета, анорексия);
- хронические заболевания внутренних органов;
- желудочно-кишечные кровотечения;
- в анамнезе имеющие заболеваний, проявляющихся хроническими носовыми кровотечениями (тромбоцитопеническая пурпура);
- отягощённый акушерский анамнез: многорожавшие женщины.

Постнатальными причинами ЖДА отмечалось: недостаточное поступление железа с пищей, повышенная потребность организма в железе; потери железа, превышающие физиологические; заболевания желудочно-кишечного тракта, синдром нарушенного кишечного всасывания; дефицит запасов железа при рождении; употребление большое количество молочных продуктов, которое, тормозящих абсорбцию железа в организме ребенка. Определилась следующие эндогенные факторы: врожденные аномалии внутренних органов, частые воспалительные заболевания, повышенные потери железа при травмах, плохое всасывания железа при мальабсорбции, экссудативных энтеропатиях, инфекционных и неинфекционных диареях, болезни матери во время беременности и т. д.

Исходя из второе поставленных задач: Клиническая картина железодефицитной анемии складывалось, из общих симптомов, обусловленных гемической гипоксией (общееанемического синдромом) и признаков тканевого дефицита железа (сидеропенического синдромом).

Общеанемический синдром проявлялось бледностью кожи и слизистых оболочек, слабостью, повышенной утомляемостью, головокружением, головными болями (чаще в вечернее время), одышкой при физической нагрузке, ощущением сердцебиения, обмороками, мельканием «мушек» перед глазами и т. д. Дети школьного возраста страдали сонливостью днём и жаловалось на плохое засыпание ночью, отмечалось раздражительность, нервозность, плаксивость, снижение памяти и внимания, ухудшение аппетита. Изменение кожи и её

придатков (сухость, шелушение, лёгкое образование трещин, бледность). Волосы стало тусклым, ломкими, усиленно выпадали. У 10–18% больных отмечалось изменения ногтей: истончение, ломкость, поперечная исчерченность, иногда ложкообразная вогнутость (койлонихия).

У всех больных детей для постановки диагноза проводились следующие лабораторные методы исследования: общий анализ крови, мочи и биохимические анализы крови – определяли содержание сывороточного железа, содержание микроэлементов кальция, магния, калия. У 23 (65%) больных детей выявлено макроскопические и микроскопические изменения в общих анализах крови и поставлен диагноз анемия 1-степени. В анализах периферической крови выявилось анизоцитоз, микроцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия (снижение цветового показателя до уровня менее 0,80).

Биохимическим критерием ЖДА явилось, снижение уровня сывороточного ферритина до уровня менее 30 мкг/л.

Из поставленных третьей задачи, на фоне базисной терапии оптимизировали питание детей, страдающих анемией с учетом местных продуктов питания. Мы рекомендовали в питание, котором содержится большое количество животного белка (красное мясо, печень, птицу, рыбу), а также, свежие фрукты, свежие овощи, крупы, при умеренном ограничении жиров и сахара. Исключили из рациона консервы, соленья-маринады, шоколад, майонез, уменьшили количество чая.

Всем больным мы в рационе рекомендовали, продукты, богатыми железами, витамином В12, красное мясо, особенно, телятина, говядина, баранина, (мясо является лучшим источником железа для больных с анемией, из него усваивается 20–25% железа). Рекомендовали, говядина язык, печень, рыба, устрицы, свекла, апельсин, яблоко, изюм, салаты, зелень. Рекомендовали – свежие овощи (картофель, морковь, помидоры, редька) и фрукты (цитрусовые, яблоко, слива, черешня), так как в этих продуктах больше содержится аскорбиновая кислота, которые повышает усвоение железа в организме ребенка. Рекомендовали пищи – гречневая и рисовая каша с гарнирами – мяса вместе с овощами, улучшает усвоение не гемовой железа. А также рекомендовали, зеленые листовые салаты,

базелика, мята и другие пищи, богатой витамином С – томатный сок, яблочные, апельсиновые соки и овощные-морковные соки.

Всем больным в течение 3 месяца назначили антианемические препараты (феррум-лек, ферроплекс, поливитамины), а также с учетом местных продуктов рекомендовали диетотерапии. В динамике состояние больных улучшалось, настоящее время дети находятся под диспансерном наблюдением.

Выводы:

1. При железодефицитных анемиях не рекомендуются употреблять: манная каша, отдавая предпочтение гречневой каше.

2. При железодефицитных анемиях не рекомендуются употреблять: какао, чай, молоко и т. д.

3. Питание ребенка должно быть сбалансированным и включать продукты богатые железом и веществами, усиливающие его всасывание в кишечнике.

4. Антинатальные факторы риска способствует истощению депо железа в организме плода, особенно 28–32-неделью беременности. Своевременное, правильное сбалансированное питания богатыми железами и витаминами во время беременности является основной фактор профилактики анемии у детей.

Заключения. Таким образом, наблюдение показало, что своевременное выявление факторов риска в антинатальном и постнатальном периоде и правильно рекомендованная питания на фоне базисной терапии, оптимизации питания детей с учетом местных продуктов при железодефицитных анемиях приводит к снижению заболеваемости анемией и частоту осложнений болезни.

Список литературы

1. Шабалов Н.П. Детские болезни. – Т. 1. – СПб., 2007.
2. Nelson textbook of Pediatrics. – 2011.
3. Справочник семейного врача (Педиатрия). – Минск, 2000.
4. A therapist's guide to pediatric assessment / Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker // Pediatrics. – USA, 1987.
5. Margaret C. Heagarty., William J. Moss. – USA, 1997.

6. Кейс-стади по «Анемия у детей». – Ташкент, 22 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.tma.uz//2018г.28.05

References

1. Shabalov N.P. Childhood diseases. – Vol. 1. – St. Petersburg, 2007.
 2. Nelson textbook of Pediatrics. – 2011.
 3. The reference book of the family doctor (Pediatrics). – Minsk, 2000.
 4. A therapist's guide to pediatric assessment / Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker // Pediatrics. – USA, 1987.
 5. Margaret C. Heagarty., William J. Moss. – USA, 1997.
 6. Case study on «Anemia in children». – Tashkent, 22 p. [Electronic resource]. – Access mode: www.tma.uz//2018–2.8.05
-

Файзиева Угилбиби Рузибадаловна – канд. мед. наук, доцент Термезского филиала Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, Термез.

Fayzieva Ugilbibi Ruzibadalovna – candidate of medical sciences, associate professor at the Termez branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Termez.

Ашурова Азиза Шухратовна – ассистент Термезского филиала Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, Термез.

Ashura Aziza Shukhratovna – assistant at the Termez branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Termez.

Эргашева Ирода Ташпулатовна – ассистент Термезского филиала Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, Термез.

Ergasheva Heroda Tashpulatovna – assistant at the Termez branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Termez.
