



**ГОО ВПО ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО**  
**Кафедра педиатрии №3**

# **Профилактика дефицитных анемий в детском возрасте**



***Заведующая кафедрой педиатрии №3,  
доктор медицинских наук, профессор  
Дубовая Анна Валериевна***

***Кандидат медицинских наук,  
ассистент  
Науменко Юлия Владимировна***

# Актуальность

❖ Железодефицитная анемия (ЖДА) наиболее часто встречается среди таких уязвимых групп населения, как дети раннего возраста и беременные женщины

❖ В мире в среднем 43% детей в возрасте от 0 до 4 лет страдают ЖДА

*(UNICEF, United Nations University, WHO. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization. 2001 (Languages: English WHO reference number: WHO/NHD/01.3). 114 p. URL: [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia\\_iron\\_deficiency/WHO\\_NHD\\_01.3/en](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/WHO_NHD_01.3/en)).*

❖ При этом дети первого года жизни — это особая возрастная группа, в которой достаточно высокий риск развития ЖДА обусловлен рядом причин как анте- и интра-, так и постнатальных



# Определение

**Анемия** – состояние, характеризующееся уменьшением количества эритроцитов и/или концентрации гемоглобина в единице объема крови.

**На основании эритроцитарных индексов (МСV, МСН) анемии подразделяются на 3 группы:**

- ❖ микроцитарные гипохромные;
- ❖ нормоцитарные нормохромные;
- ❖ макроцитарные нормо- или гиперхромные



**НОРМА**



**АНЕМИЯ**

# Железодефицитная анемия

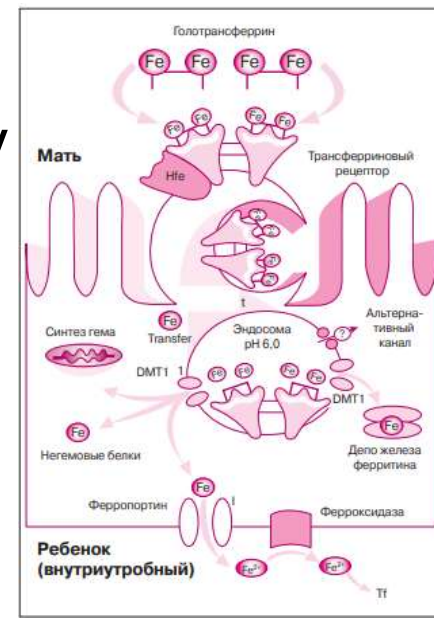
Клинико-гематологический синдром, характеризующийся *нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающегося на фоне различных патологических (физиологических) процессов, и проявляющийся признаками анемии и сидеропении.*

**ЖДА** относится к **гипохромным, микроцитарным, норморегенераторным** анемиям

# Этиология ЖДА

## Аntenатальные причины:

- ❖ нарушения маточно-плацентарного кровообращения (токсикозы, угроза прерывания, острые и обострения хронических заболеваний);
- ❖ фетоматеринские и фетоплацентарные кровотечения;
- ❖ многоплодная беременность, недоношенность;
- ❖ внутриутробная мелена;
- ❖ глубокий и длительный дефицит железа у беременной.



# Этиология ЖДА



## Интранатальные причины:

- ❖ фетоплацентарная трансфузия;
- ❖ преждевременная или поздняя перевязка пуповины;
- ❖ интранатальные кровотечения из-за травматичных акушерских пособий или аномалий развития плаценты и сосудов пуповины.



# Этиология ЖДА

## Постнатальные причины:

- ❖ недостаточное поступление железа с пищей (раннее искусственное вскармливание, использование неадаптированных молочных смесей, коровьего молока);
- ❖ повышенные потребности в железе у детей с ускоренными темпами роста ( крупныe дети, недоношенные дети, дети пре- и пубертатного возраста);
- ❖ повышенные потери железа из-за кровотечений, нарушения кишечного всасывания (хронические заболевания кишечника, синдром мальабсорбции, кишечные инфекции, пищевая аллергия, глистная инвазия, длительные и обильные менструации у девочек);
- ❖ нарушение обмена железа в организме из-за гормональных нарушений, снижения содержания трансферрина.

# Группы риска

## Дети первого и второго года жизни:

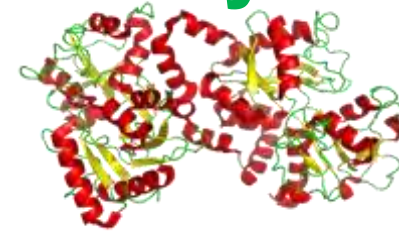
- ❖ Недоношенные, маловесные, из двойни;
- ❖ С большой массой тела при рождении, быстро растущие;
- ❖ Находящиеся на искусственном вскармливании, в особенности неадаптированными смесями, продуктами на основе цельного молока;
- ❖ Дети матерей, имевших анемию во время беременности.

## Девочки-подростки:

- ❖ Гормональный дисбаланс, ЮМК;
- ❖ Неправильное питание.



# Профилактика дефицитных анемий у детей 1 года жизни



- ❖ С 6 месяцев ребенку необходимо **вводить продукты, содержащие железо** (мясо, рыба, яичный желток) в связи с истощением материнского запаса железа
- ❖ Продлить грудное вскармливание как можно дольше, т.к. в материнском молоке содержится **лактоферрин**, который активирует фагоцитоз и связывает, содержащиеся в кишечнике ионизированное железо и цинк.
- ❖ Лактоферрин принадлежит к семейству **белков-трансферринов**, осуществляющих перенос железа в клетки и контролирующих уровень свободного железа в крови и во внешних секретах.
- ❖ Антибактериальные свойства белка обусловлены способностью **лактоферрина** связывать железо и тем самым лишать бактериальную микрофлору необходимого для её роста и жизнедеятельности микроэлемента.

# Профилактика анемии недоношенных с низкой и экстремально низкой массой

- ❖ Поздний зажим пуповины (по крайней мере через 30 секунд максимум ко 2 или 3 минуте после рождения).
- ❖ Для сокращения потерь крови важны микрометоды для лабораторного исследования крови.
- ❖ Профилактические мероприятия включают своевременную санацию очагов инфекции и лечение гестозов беременных, соблюдение режима и правильности питания беременной.
- ❖ Важны естественное вскармливание и профилактика сидеропении у матери, оптимальные условия выхаживания недоношенного ребенка и предупреждение охлаждения и заболеваний, рациональное энтеральное и парентеральное питание, коррекция респираторных нарушений, минимизация ятрогенных потерь крови.

# Профилактика анемии недоношенных с низкой и экстремально низкой массой

- ❖ С целью профилактики гиповитаминоза Е рекомендуют всем детям с массой тела менее 2000 г в первые 3 месяца жизни давать внутрь витамин Е в дозе 5-10 мг/сут.
- ❖ Для профилактики дефицита фолатов в последнем триместре беременности и недоношенным детям рекомендуют назначать фолиевую кислоту в дозе 1 мг в сутки курсами по 14 дней.
- ❖ Все недоношенные дети, начиная с 28-го дня жизни до 12 месячного возраста, нуждаются в назначении препаратов железа с целью профилактики поздней анемии недоношенных (но не для лечения ранней анемии!) в дозе 2-4 мг/кг в сутки в расчете на элементарное железо:
  - при массе менее 1000 г – 4 мг/кг/сут;
  - при массе 1000–1500 г – 3 мг/кг/сут;
  - при массе 1500–3000 г – 2 мг/кг/сут.
- ❖ При развитии поздней анемии недоношенных препараты железа должны назначаться в лечебных дозах (5-8 мг/кг массы тела в сутки) с соблюдением всех принципов лечения железодефицитных состояний.



# Профилактика анемии у подростков

- ❖ Дефицит железа в подростковом возрасте значительно чаще наблюдается у девушек, что может быть обусловлено обильными менструациями.
- ❖ Однако в тех случаях, когда потребности в железе намного превышают его поступление, ЖДА может развиваться и у юношей.
- ❖ **Наиболее частыми причинами в данном случае являются:**
  - *интенсивный рост подростка;*
  - *занятия тяжелыми видами спорта;*
  - *исходный низкий уровень железа на фоне несбалансированного питания, вегетарианства.*
- ❖ Необходимо обогатить рацион подростка продуктами — основными источниками железа, при этом имеет значение не только количество железа в конкретном продукте, но и степень его всасывания и возможность усвоения организмом.



# Профилактика анемии у беременных

- ❖ У беременных и родильниц необходимо своевременно выявлять латентный дефицит железа и назначать лечение препаратами железа (селективная профилактика).
- ❖ При латентном дефиците железа помимо комплексных поливитаминных препаратов с макро- и микроэлементами (одна таблетка или капсула в сутки) показан прием **от 30 мг элементарного железа в сутки перорально в течение шести недель.**
- ❖ **Меры профилактики манифестного дефицита железа у родильниц включают:**
  - уменьшение кровопотери при родоразрешении,
  - восполнение кровопотери во время абдоминального родоразрешения,
  - предупреждение острых или рецидивов хронических инфекционно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде,
  - своевременную терапию латентного дефицита железа в третьем триместре беременности.

# Профилактика анемии у беременных

- ❖ У беременных и родильниц необходимо своевременно выявлять латентный дефицит железа и назначать лечение препаратами железа (селективная профилактика).
- ❖ При латентном дефиците железа помимо комплексных поливитаминных препаратов с макро- и микроэлементами (одна таблетка или капсула в сутки) показан прием **от 30 мг элементарного железа в сутки перорально в течение шести недель.**
- ❖ **Меры профилактики манифестного дефицита железа у родильниц включают:**
  - уменьшение кровопотери при родоразрешении,
  - восполнение кровопотери во время абдоминального родоразрешения,
  - предупреждение острых или рецидивов хронических инфекционно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде,
  - своевременную терапию латентного дефицита железа в третьем триместре беременности.

Спасибо за внимание!

