МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
==========

ГАОУ Центр повышения квалификации
медработников

Дайджест

Анемия у детей раннего возраста

Уфа 2013

ББК 57.3
А 64

Составители:

Тимиргалеева Т.В.– преподаватель ГАОУ Центр повышения квалификации медработников.

Утверждено на заседании кафедры (ЦМК) №II, протокол № 6 от 23.01.2013 г.

Зав. кафедрой (ЦМК) №II: Гирфанова А.А.

Техническая группа:

Гумеров Р. М.– оператор ЭВМ ГАОУ Центр повышения квалификации медработников.

Пояснительная записка

По данным ВОЗ, дефицит железа (ДЖ) занимает первое место среди 38 наиболее распространённых заболеваний человека и зависит, в основном, от особенностей питания. Около 1,5 млрд. человек на планете страдают ДЖ, причём почти половина этих случаев приходится на долю железодефицитной анемии (ЖДА). Выраженность ДЖ зависит от возраста, географических и социально-экономических факторов. В России, по различным источникам, ЖДА регистрируется у 6–40 % детского населения. Наиболее «уязвимыми» по развитию ДЖ являются дети грудного возраста (особенно во втором полугодии жизни) и подростки. Причинами ДЖ у детей являются алиментарные факторы (дефицит питания) и интенсивный рост (повышенная потребность в железе), что у девочек-подростков сочетается с повышенными потерями железа из-за наступления менархе. Длительный ДЖ, приводящий к развитию ЖДА, вносит порой непоправимый «вклад» в нарушение здоровья детей. Поэтому не случайно ВОЗ придаёт этой проблеме глобальное значение и требует всеобщего внимания и действий, направленных на борьбу с ДЖ.Как известно, чрезвычайно велика распространённость в мирежелезодефицитных состояний. Латентный дефицит железа (ЛДЖ), по даннымВОЗ, констатируется у 3,6 млрд жителей Земли, а железодефицитная анемия(ЖДА) – у 1,8 млрд (13). Согласно данным литературы, распространённостьанемий у детей также значительна, особенно у детей раннего возраста. Так, поданным Л.И.Дворецкого и А.В.Папаяна в России она составляет 50% у детейраннего возраста, и около 20% у детей старшего возраста. Общеизвестно,что 80% всех анемий являются железодефицитными.

Длительный дефицит железа и ЖДА у детей раннего возраста приводит:

- к замедлению моторного развития с нарушением координации;
- задержке речевого развития;
- снижению физической активности;
- психологическим и поведенческим нарушениям – невниманию, слабости, неуверенности в себе.

Данное учебное пособие в виде дайджеста поможет слушателям циклов 2.6., 16.8., 16.10. изучить причины развития железодефицитной анемии, вспомнить клинические проявления, принципы лечения, сестринский уход, профилактику и диспансерный учет, что позволит повысить качество, доступность и эффективность оказания медицинской помощи детям в амбулаторно-поликлинической сети.

Содержание

Предисловие.....6

О гемоглобине и железе 7

Железодефицитная анемия, этиология 8

Клинические проявления заболевания 9

Диагностика анемии у детей.....13

Подход к лечению железодефицитной анемии комплексный, в его основе лежат четыре принципа: 13

Профилактика ЖДА.....20

Диспансеризация при ЖДА 22

Список литературы 23

Предисловие

В детском возрасте могут возникнуть или манифестироваться все варианты анемий, однако, отчетливо преобладают (до 90 %) анемии, связанные с дефицитом веществ, необходимых для нормального кроветворения, в первую очередь - железа. В то же время отдельные клинические формы анемий развиваются обычно в результате разнообразных воздействий и имеют сложный патогенез. В нашей стране анемия встречается в среднем у 40 % детей до 3 лет, у 1/3 - в пубертатном возрасте, значительно реже - в другие возрастные периоды. Это обусловлено высокой интенсивностью роста ребенка первых лет жизни и подростка, сопровождающейся пропорциональным увеличением количества форменных элементов и объема крови и высокой активностью эритропоэза. В процессе кроветворения участвует весь костный мозг ребенка, организму постоянно требуется большое количество железа, полноценного белка, микроэлементов, витаминов. Поэтому даже небольшие нарушения вскармливания, инфекционные воздействия, применение лекарственных средств, угнетающих функцию костного мозга, легко приводят к анемизации детей, особенно второго полугодия жизни, когда истощены неонатальные запасы железа. Длительно сохраняющаясясидеропения вызывает глубокие тканевые и органные изменения развитие гипоксии и расстройств клеточного метаболизма. При наличии анемии замедляется рост ребенка, нарушается его гармоничное развитие, более часто наблюдаются интеркуррентные заболевания, формируются очаги хронической инфекции, отягощается течение других патологических процессов.