

Практические подходы к диагностике и лечению железодефицитных состояний у детей

XIX Конгресс педиатров России с международным участием состоялся в Москве 12–14 февраля 2016 г.

Председатели симпозиума «Респираторные инфекции и дефицит железа в практике педиатра: новые аспекты нерешенных проблем» проф. И.Н. Захарова и проф. В.К. Таточенко обратили внимание аудитории на то, что всем известные и, казалось бы, изученные проблемы диагностики и терапии в педиатрии до настоящего момента вызывают много споров.

Проф. В.М. Чернов (Москва) в докладе «Дефицит железа у детей. Новое в диагностике, лечении и профилактике» подробно остановился на рисках развития анемии, современных возможностях скрининга и углубленной диагностики, способах безопасной терапии железодефицитных состояний у детей.

Железо — структурный компонент белков — играет важную роль в функционировании организма: микроэлемент необходим для транспорта электронов, кислорода, работы окислительно-восстановительных ферментов, участвует в работе ферментативных систем, обеспечивает системный и клеточный аэробный метаболизм и окислительно-восстановительный гомеостаз [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность железодефицитных состояний неодинакова в различных странах и зависит от социальных и экономических условий [2]. В России, по статистическим данным, в разных регионах выявляется от 6 до 40% детского населения, страдающего железодефицитной анемией [3]. Наибольшему риску развития этой патологии подвержены дети первых двух лет жизни. Исследование S. Osendarp и соавт. [4] продемонстрировало, что в мировом масштабе до 50% дошкольников имеют явный или скрытый дефицит железа. Отсутствие настороженности у педиатров к данной проблеме часто приводит к негативным последствиям — нарушению роста и развития ребенка. Именно поэтому важное значение в педиатрии имеет правильно избранная тактика при устранении железодефицитных состояний у детей.

Проф. И.Н. Захарова в своем докладе обратила внимание аудитории, что дефицит железа у детей, проявляясь анемическим синдромом и дисфункцией иммунной системы, негативно отражается на формировании центральной нервной системы, приводит к изменению психомоторного и когнитивного развития, нарушениям поведения и к снижению интеллекта в целом [5].

В задачи терапии железодефицитных состояний входит не только устранение причины дефицита железа, но и восстановление его запасов в организме. При этом сбалансированное по данному микроэлементу питание является лишь вспомогательным звеном терапии, но не устраняет его дефицит.

Особое внимание проф. И.Н. Захарова обратила и на модные в современном мире диетические течения, в частности, на особенно опасные у детей вегетарианство и сыроедение.

Докладчик указала на низкую биодоступность железа из злаковых, бобовых, клубневых, овощей и фруктов [6]: так, фитаты и полифенолы, содержащиеся в растительных продуктах, более чем на 60% угнетают абсорбцию негемового железа в кишечнике. И лишь кулинарная обработка пищи, а также вымачивание бобовых способны улучшить усвояемость железа [7, 8]. Увеличивают биодоступность железа и продукты, содержащие животный белок (мясо, рыба) или аскорбиновую кислоту. Именно поэтому при составлении рациона для детей необходимо знать о содержании гемового и негемового железа в различных продуктах.

Для детей первого полугодия оптимальным способом профилактики железодефицитных состояний является грудное вскармливание, которое предполагает полноценное и сбалансированное питание кормящей женщины (в рационе должны использоваться специализированные продукты).

Национальная программа по оптимизации вскармливания детей до 1 года предусматривает введения мяса в рацион малыша с 6 мес жизни [9]. Рекомендуются отдавать предпочтение продуктам прикорма промышленного производства, обогащенным железом: домашнее приготовление не обеспечивает оптимального сохранения микроэлемента в пище.

Современные адаптированные молочные смеси, обогащенные железом, также способны удовлетворить фи-



Председатель симпозиума д.м.н. В.К. Таточенко

зиологическую потребность в микроэлементе у детей на искусственном вскармливании. Из питания ребенка первого года жизни следует исключить цельное коровье молоко, т.к. доказана его роль в развитии микродиapedзных кишечных кровотечений [10].

Проф. И.Н. Захарова акцентировала внимание на невозможности возмещения дефицита железа при развитии анемий без использования лекарственных препаратов. Так, длительность курса терапии при коррекции сидеропении составляет от нескольких недель до нескольких месяцев, что требует от врача повышенного внимания к уровню эффективности и безопасности такого продолжительного лечения.

При железодефицитной анемии целесообразны препараты железа для перорального приема (например, неионный препарат железа (III) гидроксид полимальтозат — Мальтофер, эффективность которого подтверждена

многочисленными исследованиями в России и за рубежом), поскольку уровень гемоглобина повышается на 2–4 дня позже, чем при парентеральном введении. Основные требования, предъявляемые к препаратам железа для приема внутрь, — высокая биодоступность, положительные органолептические характеристики, удобные для пациентов всех возрастов лекарственные формы, комплаентность [11]. Современные препараты железа для перорального приема, как правило, безопасные, не имеют серьезных побочных эффектов и не приводят к избыточному отложению гемосидерина в тканях организма [12].

Клинические случаи с разбором типичных ошибок в диагностике и терапии железодефицитных состояний (И.Н. Захарова, Е.Б. Мачнева, Т.М. Васильева) и создание алгоритма действий для практического врача вызвали большой интерес аудитории.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эллиот В., Эллиот Д. Биохимия и молекулярная биология. — М.: НИИ Биомедицинской химии РАМН; 2000. С. 311–321. [Elliot V, Elliot D. *Biokhimiya i molekulyarnaya biologiya*. Moscow: NII Biomeditsinskoj khimii RAMN; 2000. P. 311–321. (In Russ).]
2. *Iron Deficiency Anemia: prevention, assessment and control. Report of a joint WHO/UNICEF/UNU consultation*. Geneva: WHO; 1998.
3. Анемии у детей: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение / Под ред. Румянцев А.Г. и Токарева Ю.Н. Изд. 2-е доп. и перераб. — М.: МАКС Пресс; 2004. 216 с. [*Anemii u detei: diagnostika, differentsial'naya diagnostika, lechenie*. Ed by Rumyantsev A.G., Tokarev Yu.N. 2nd ed. Moscow: MAKS Press; 2004. 216 p. (In Russ).]
4. Osendarp SJ, Murray-Kolb LE, Black MM. Case study on iron in mental development in memory of John Beard (1947–2009). *Nutr Rev*. 2010;68 Suppl 1:48–52. doi: 10.1111/j.1753-4887.2010.00331.x.
5. Lozoff B, Jimenez E, Smith JB. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(11):1108–1113. doi: 10.1001/archpedi.160.11.1108.
6. Захарова М.Н., Коровина Н.А., Заплатников А.Л. Коррекция дефицита железа у детей // *Лечащий врач*. — 2008. — № 7. — С. 34–38. [Zakharova MN, Korovina NA, Zaplatnikov AL. Korrektsiya defitsita zheleza u detei. *Lechashchii vrach*. 2008;(7):34–38. (In Russ).]
7. Gibson RS. Technological approaches to combatting iron deficiency. *Eur J Clin Nutr*. 1997;51 Suppl 4:25–27.
8. Hallberg L, Rossander L. Effect of different drinks on the absorption of non-heme iron from composite meals. *Hum Nutr Appl Nutr*. 1982;36(2):116–123.
9. Питание здорового и больного ребенка / Под ред. Тутельяна В.А., Коня И.Я., Каганова Б.С. Изд. 3-е, доп. — М.: Династия; 2009. 284 с. [*Pitanie zdorovogo i bol'nogo rebenka*. Ed by Tutel'yan V.A., Kon' I.Ya., Kaganov B.S. 3rd ed. Moscow: Dinastiya; 2009. 284 p. (In Russ).]
10. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. — М.; 2010. [*Natsional'naya programma optimizatsii vskarmivaniya detei pervogo goda zhizni v Rossijskoi Federatsii*. Moscow; 2010. (In Russ).]
11. Румянцев А.Г., Коровина Н.А., Захарова И.Н., Чернов В.М. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей. — М.; 2004. 48 с. [Rumyantsev AG, Korovina NA, Zakharova IN, Chernov VM. *Diagnostika i lechenie zhelezodefitsitnoi anemii u detei*. Moscow; 2004. 48 p. (In Russ).]
12. Захарова И.Н., Мачнева Е.Б. Дефицит железа у подростков и его коррекция препаратами железа // *Эффективная фармакотерапия. Педиатрия*. — 2014. — № 3. — С. 30–36. [Zakharova IN, Machneva EB. Iron deficiency and its treatment with iron preparations in adolescents. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2014;(3):30–36. (In Russ).]