**«Профилактика анемии у детей первого года жизни»**

**Детское поликлиническое отделение №12 СПб ГБУЗ ГП №37**

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. При этом дети первого года жизни — это особая возрастная группа, в которой достаточно высокий риск развития ЖДА обусловлен рядом причин в различные периоды развития ребенка: как внутриутробно, во время родов и после рождения.

Проблема железодефицитных состояний (ЖДС) у детей раннего возраста, особенно в возрасте до одного года, обусловлена высокой распространенностью латентного дефицита железа (ЛДЖ) и железодефицитной анемии (ЖДА), а также их негативными последствиями.

**В группу риска развития ЖДА** в раннем возрасте входят:

* недоношенные;
* дети с низкой массой тела при рождении;
* дети из многоплодной беременности;
* дети, не получающие грудного вскармливания или молочных смесей, обогащенных железом;
* дети из социально неблагополучных семей.

На сегодняшний день в практической неонатологии и педиатрии особое внимание специалистов сконцентрировано на детях, родившихся преждевременно, особенно с массой тела при рождении меньше 1500 г. Это обусловлено сложностью их адаптации к внеутробному существованию. Преждевременные роды могут приводить к развитию различных состояний, которые, в силу незрелости организма ребенка и влияния совокупности неблагоприятных факторов, могут легко перейти в патологию.

Непосредственной причиной развития ЖДА у ребенка является дефицит железа в организме, который зависит от обеспеченности плода железом внутриутробно и новорожденного железом после рождения (поступление железа извне в составе грудного молока или смесей и утилизация железа из эндогенных запасов).

У детей с низкой и экстремально низкой массой тела с отягощенным течением перинатального периода ранняя анемия может быть тяжелой. Это позволяет трактовать ее как патологическое состояние, требующее адекватной терапии.

**ЖДА проявляется общими симптомами**. Один из главных и видимых признаков — бледность кожных покровов, слизистых оболочек, конъюнктив глаз. Обращают на себя внимание общая вялость, капризность, плаксивость, легкая возбудимость детей, снижение общего тонуса организма, потливость, отсутствие или снижение аппетита, поверхностный сон, срыгивание, рвота после кормления, понижение остроты зрения. Выявляются изменения со стороны мышечной системы: ребенок с трудом преодолевает физические нагрузки, отмечается слабость, утомляемость. У детей первого года жизни может наблюдаться регресс моторных навыков.

**Тактика лечения** ранней анемии недоношенных зависит от причин ее развития, степени тяжести и переносимости больными. Течение и прогноз в большинстве случаев благоприятные. Легкие формы заболевания проходят самостоятельно, без лечения. При среднетяжелой и тяжелой анемии можно применять трансфузии эритроцитов, препараты ЭПО и железа.

Профилактика ранней анемии недоношенных основывается на позднем пережатии пуповины (не ранее чем через 30 секунд и максимум ко второй или третьей минуте после рождения), сокращении потерь крови из-за лабораторных обследований (применение микрометодов), адекватном ведении.

С целью профилактики поздней анемии (но не для лечения ранней анемии) все недоношенные дети с 28-го дня жизни до 12-месячного возраста должны получать препараты железа в дозе, назначенной педиатром (расчет по массе тела и возрасту).

**Профилактика**

Профилактикой анемии служит контроль над течением беременности, правильное питание матери, правильное полноценное питание ребенка, правильное введение прикорма, разнообразие продуктов питания и блюд, введение в рацион малыша продуктов с богатым содержанием витаминов и железа, достаточное количество фруктов и овощей в прикорме ребенка. Каждой маме нужно знать, как проявляется анемия у детей ее причины и профилактика, чтобы предотвратить это заболевание у своего малыша.

Профилактика железодефицитных состояний у новорожденных также предусматривает грудное вскармливание, применение питания, обогащенного железом (у кормящей матери), и жидких форм препаратов железа. Помимо рекомендаций, данных педиатром, кормящие матери сами должны придерживаться правильного сбалансированного питания, своевременно сдавать клинический анализ крови для определения уровня гемоглобина в крови ребенка.

**БРЕГИТЕ СВОИХ ДЕТЕЙ!**