

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЯХ

О.В. Пельтихина, Л.П. Пикалова, канд. пед. наук, **А.М. Морозов**, канд. мед. наук

Тверской государственной медицинской университет,
Российская Федерация, 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4

E-mail: cola1072008@yandex.ru

Рассматриваются вопросы применения диетотерапии при железодефицитных состояниях в педиатрической практике. Путем анализа современной литературы определены наиболее важные аспекты питания ребенка при данной патологии.

Ключевые слова: дефицит железа у детей, железодефицитная анемия у детей, профилактики железодефицитных состояний, диетотерапия, педиатрия, нутрициология в педиатрии.

Для цитирования: Пельтихина О.В., Пикалова Л.П., Морозов А.М. Диетотерапия при железодефицитных состояниях. Медицинская сестра. 2020; 22 (2): 43–45. <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-02-11>



Во всем мире отмечается высокая распространенность железодефицитной анемии (ЖДА). По данным МЗ РФ, за последние 20 лет частота анемий увеличилась более чем в 6 раз и 90% их составляют ЖДА [1]. Дефицит железа – одно из наиболее частых алиментарно-зависимых состояний [2]. В России основными группами риска по ЖДА являются женщины и дети всех возрастов [2]. Дефицит железа негативно влияет на психомоторное и физическое развитие детей [2].

Существуют 3 варианта профилактики железодефицитных состояний: прием лекарственных препаратов железа; обогащение обычных пищевых продуктов железом; диетотерапия, т.е. изменение рациона. Последний – наиболее естественный путь профилактики ЖДА и дефицита железа, так как дополнительное введение железа в виде фармпре-

паратов и пищевых добавок может быть сопряжено с осложнениями и негативными последствиями, такими как отрицательное влияние на линейный рост и повышение риска развития инфекционных заболеваний [2, 15]. Побочные эффекты значительно снижают приверженность пациентов лечению препаратами железа [3].

Кроме того, терапия путем введения лекарственных препаратов неэффективна при симптоматическом железодефиците, однако она создает лабораторную картину улучшения. Назначение препаратов железа без предварительного определения причины его дефицита только отсрочит начало этиотропного лечения. В таком случае основная цель назначения препаратов – устранение причины заболевания, а не восполнение запасов железа в организме [4].

Рассмотрим наиболее рациональные приемы диетотерапии, применяемые для профилактики и лечения железодефицитных состояний.

Материал и методы

Изучены основные факты, приводимые в публикациях, научной и учебной литературе, а также клинические рекомендации, содержащие информацию об этиологии, патогенезе и методах лечения железодефицитных состояний у детей, в том числе ЖДА.

Результаты и обсуждение

Дефицит железа в организме возникает при острых и хронических кровопотерях, заболеваниях желудка (резекция желудка, анацидные гастриты, энтериты), некоторых глистных инвазиях. При многих заболеваниях потребность в железе повышается [5]. Практическому врачу необходимо не только определить причину возникновения железодефицита, но и возместить потери железа в организме [6].

Проблема дефицита железа – это прежде всего проблема питания. Поэтому первичная профилактика ЖДА – адекватное, сбалансированное питание в любом возрасте. Ежедневная потребность взрослого человека в железе – около 1–2 мг, ребенка – 0,5–1,2 мг. Обычная диета обеспечивает поступление

в организм от 5 до 15 мг элементарного железа в день. В желудочно-кишечном тракте (в двенадцатиперстной кишке и верхнем отделе тощей кишки) всасывается лишь 10–15% железа, содержащегося в пище [7].

Основной пищевой источник железа – продукты животного происхождения, содержащие гемовое железо. Наибольшее количество железа содержится в говядине, баранине, печени, меньше – в рыбе, курином мясе, твороге. При составлении рациона важно обращать внимание на форму и доступность железа. У негемового железа, содержащегося в растительной пище (овощи, фрукты, злаки), биодоступность ниже, чем у продуктов животного происхождения, что означает его более низкую всасываемость [7]. Несколько больше, чем в растительной пище, но меньше, чем в животной, усваивается лактоферрин – железо молока. Фитоферритин растений усваивается только на 2–5% [3].

Кроме того, для всасывания железа необходимы определенные условия: витамин С усиливает всасывание железа, а такие вещества, как таниновая кислота, входящая в состав чая, или фитаты, встречающиеся в некоторых продуктах, могут существенно угнетать всасывание железа. При ЖДА всасывание железа в двенадцатиперстной кишке резко возрастает, что связано с подавлением синтеза гепцидина [7].

Употребление танинов (чай), фосфорной кислоты, фитина, солей кальция, молока, а также прием ряда лекарственных препаратов (альмагель, фосфалюгель, препараты кальция, пеницилламин) следует ограничить от и до приемов пищи [6, 11].

При установлении железодефицитного состояния назначают диетический стол №11. Для его рациона подобраны продукты, богатые витаминами и железом. Разрешено практически все; исключить необходимо лишь некоторые жиры. Общая масса дневного рациона и его калорийность должны соответствовать возрасту [8]. Меню делят на 4–6 приемов пищи: это позволяет организму легче переносить высокую калорийность, восстановить работу желудочно-кишечного тракта и обеспечить лучшее усвоение витаминов и микроэлементов.

Один из принципов белковой диеты при анемии – употреблять теплую пищу: температуры от 15 до 60°C. Из горячей или холодной еды значительно хуже усваиваются витамины и железо, к тому же она раздражает слизистую желудка [9].

Основа питания – белковая пища [12, 13]. Суточное потребление белка для подростков – 110–130 г. 60% этого количества должен составлять белок животного происхождения. Потребление жиров ограничивается до 100–120 г. Содержание углеводов в суточном рационе – 400–450 г. Потребление соли остается на обычном уровне [7, 8].

Способ обработки пищевых продуктов. Разрешено использовать такие методы приготовления пищи, как варка, готовка на пару, тушение, запекание. С целью щажения желудочно-кишечного тракта исключаются только жаренье и копчение.

Рекомендованное количество воды для больного анемией такое же, как и для здорового человека – 2,0–2,5 л в сутки. Отказываться от воды или снижать норму нежелательно [8, 10].

Диетотерапия должна быть одной из составляющих терапии железодефицита у детей. Даже полноценная и сбалансированная по основным ингредиентам диета не устраняет дефицит железа, но позволяет полностью удовлетворить физиологическую потребность организма в этом микроэлементе [3]. Рекомендации широко использовать дополнительные витаминные комплексы неоправданны, они могут способствовать ухудшению всасывания железа [9, 10].

Таким образом, соблюдение норм диетотерапии – один из необходимых элементов медицинской помощи при железодефицитных состояниях. При составлении рациона следует учитывать не только содержание железа в пищевых продуктах, но и степень его усвоения организмом, а также оптимальность сочетания приема пищи, богатой железом, с другими макро- и микронутриентами. Требуется сохранять калорийность рациона, его разнообразие и органолептические свойства.

Назначение препаратов железа не исключает продолжения диетотерапии, так как оба способа лечения дополняют друг друга: диетотерапия обеспечивает физиологическую потребность в железе, а препараты восполняют депо железа в организме.

Рекомендуемая литература

1. Жорова В.Е., Хилькевич Е.Г. Частота и распространенность железодефицитной анемии. Медицинский Совет. 2018; 13: 78–81.
2. Мазур Л.И., Балашова Е.А., Маковецкая Г.А. Железодефицитная анемия: влияние на развитие детей и пути профилактики. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2015; 6: 145–50.
3. Мавлянов И.Р., Жарылкасынова Г.Ж., Ходжиева Г.С., Юлдашова Р.У. Анализ современных представлений о формировании критических периодов при возникновении железодефицитных анемий, фармакологические и клинико-экономические аспекты применения ферропрепаратов (обзор). Вестник СМУС74. 2018; 3 (22): 18–28.
4. Артюкова С.И., Антонов О.В. Состояние показателей феррокинетики и процессов перекисного окисления липидов у детей с гипохромной анемией. J. of Siberian Medical Sciences. 2015; 5: 34–44.
5. Тель Л.З. и др. Нутрициология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 47–50.
6. Румянцев А.Г., Захарова И.Н., Чернов В.М., Тарасова И.С., Заплатников Ал., Коровина На., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Мачнева Е.Б., Лазарева С.И., Васильева Т.М. Лечение железодефицитной анемии у детей и подростков: основные принципы и наиболее частые ошибки. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2015; 5: 114–9.

7. Клинические рекомендации. Детская гематология [Электронный ресурс]. Под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

8. Гигиена питания [Электронный ресурс]. А.А. Королев. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

9. Снегоцкая М.Н., Конопелько О.Ю. Железодефицитная анемия. Практика Педиатра. 2011; 5: 34–8.

10. Справочник врача-педиатра. Р.Р. Кильдиярова, М.Б. Колесникова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 46–158.

11. Лебедев В., Демихов В., Демихова Е., Абаленихина Ю., Дмитриев А. Особенности выбора препарата для стартовой терапии железодефицитной анемии у детей. Врач. 2019. Т. 30. № 5. С. 19-26.

12. Блинкова Л., Нартова Л., Автандилян Л. Специализированные продукты на основе козьего молока. Врач. 2017. № 1. С. 27-29.

13. Блинкова Л., Сobotка Л. Технологии питания в профилактике преждевременного старения. Врач. 2020. Т. 31. № 1. С. 16-19.

14. Москвичева М., Сопова О. Питание как фактор риска развития неинфекционных заболеваний. Врач. 2017. № 7. С. 81-83.

DIETARY THERAPY FOR IRON DEFICIENCY STATES

O.V. Peltikhina; L.P. Pikalova, Cand. Ped. Sci.;
A.M. Morozov, Cand. Med. Sci.

Tver State Medical University,

4, Sovetskaya St., Tver 170100, Russian Federation

The paper considers the features of using dietary therapy for iron deficiency states in pediatric practice. By analyzing modern literature, the authors identify the most important aspects in the nutrition of a child with this pathology.

Key words: iron deficiency, iron deficiency anemia, dietary therapy, pediatrics, nutritiology.

For reference: Peltikhina O.V., Pikalova L.P., Morozov A.M. Dietary therapy for iron deficiency states. Meditsinskaya Sestra. 2020; 22 (2): 43–45. <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-02-11>