Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА**

**«**Организация сестринского процесса при железодефицитной анемии у детей раннего возраста**»**

 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

код и наименование специальности

 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

междисциплинарный курс

 Сестринский уход за больными детьми различного возраста

дисциплина

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Хусаинова И.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Фукалова Н.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

Работа оценена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оценка, подпись преподавателя)

 Красноярск, 2020г

СОДЕРЖАНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 3](#_Toc43346047)

[ГЛАВА 1. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ 5](#_Toc43346048)

[1.1. Понятие заболевания, факторы развития, этиология 5](#_Toc43346049)

[1.2. Клиническая картина железодефицитной анемии 6](#_Toc43346050)

[1.3. Диагностика, принципы лечения, прогноз железодефицитной анемии 9](#_Toc43346051)

[ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 11](#_Toc43346052)

[2.1. Первый этап. Сбор информации о пациенте 11](#_Toc43346053)

[2.2. Второй этап. Выявление проблем больного ребенка 11](#_Toc43346054)

[2.3. Третий и четвертый этапы. Планирование и реализация ухода за пациентом в условиях «стационар на дому» 12](#_Toc43346055)

[2.4. Пятый этап. Оценка эффективности ухода 14](#_Toc43346056)

[ГЛАВА 3. ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ 15](#_Toc43346057)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 16](#_Toc43346058)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 18](#_Toc43346059)

# ВВЕДЕНИЕ

Анемия — это патологическое состояние, при котором снижается уровень гемоглобина и/или величина эритроцитов в единице объема крови. Содержание гемоглобина в крови является маркером данного состояния.

Актуальность проблемы анемий определяется не только широкой распространенностью заболевания (50% детей и 1/3 женщин на планете страдают анемией), но и развивающейся тотальной органной патологией, в результате которой нарушается деятельность всех органов и систем, что приводит к срыву адаптации и росту заболеваемости. Из всех видов анемий наиболее часто встречается железодефицитная анемия (ЖДА), которая является серьезной проблемой у детей первых 2 лет жизни.

В организме плода в период внутриутробного развития содержание железа невелико: потребность в нём удовлетворяется за счёт материнской крови. Незадолго до рождения содержание железа резко увеличивается, и ребёнок появляется на свет с определённым запасом этого необходимого микроэлемента, которого хватает в среднем на полгода. Потом он истощается, и это обстоятельство является как бы сигналом растущему организму: пора переходить на дополнительное питание. Так дело обстоит у здоровых детей, родившихся в срок при нормально протекающей беременности и находящихся на грудном вскармливании.

По оценке ВОЗ, частота ЖДА среди детей до четырехлетнего возраста во всем мире достигает 43%. В России по разным регионам среди детей от 4 до 12 мес. снижение уровня гемоглобина наблюдается в 20-45% случаев. Дети с анемией длительностью более 3 мес. имеют более низкие показатели физического и интеллектуального развития, чем дети с нормальным уровнем гемоглобина. Среди недоношенных детей, дети от многоплодной беременности или беременности, протекающей с осложнениями, ЖДА диагностируется на первом году жизни у 59-100% детей. У детей, находящихся на искусственном или смешанном вскармливании, ЖДА диагностируется в два раза чаще, чем у детей, находящихся на грудном вскармливании. Высок процент анемии у быстрорастущих детей, темпы роста которых опережают общепринятые стандарты (72%).

Несмотря на то, что ЖДА является одним из наиболее изученных заболеваний, но до сих пор остаётся неуправляемой патологией.

Объектом исследования является сестринский процесс.

Предметом исследования является сестринский процесс при ЖДА у детей раннего возраста.

Целью данной работы является изучение теоретического материала и анализ особенностей сестринского процесса при ЖДА у детей раннего возраста.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить теоретический материал по теме исследования.
2. Проанализировать особенности организации сестринского процесса у детей раннего возраста с железодефицитной анемией.
3. Разработать меры профилактики железодефицитной анемии.

# ГЛАВА 1. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

## Понятие заболевания, факторы развития, этиология

Железодефициитная анемиия (ЖДА) — заболевание, при котором снижается содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо, нарушается образование гемоглобина и эритроцитов. Причиной ЖДА является нарушение синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа.

Классификация:

* Нормобластическая;
* Гипорегенераторная;
* Микроцитарная;
* Гипохромная.

Степени тяжести ЖДА:

* легкая - снижение гемоглобина 110-90 г/л; снижение количества эритроцитов не менее 3х1012/л;
* среднетяжелая - снижение гемоглобина до 70 г/л; снижение количества эритроцитов 2,5-3х1012/л;
* тяжелая снижение гемоглобина ниже 70 г/л; снижение количества эритроцитов менее 2,5х1012/л.

Причинами развития являются:

* дефицит железа в депо при недоношенности, многоплодии, анемии у беременных женщин;
* недостаточное поступление железа и других микроэлементов, а также белков, витаминов с пищей (одностороннее вскармливание коровьим или козьим молоком, позднее введение прикормов, преимущественно углеводистая и растительная диеты);
* нарушение всасывания железа в кишечнике при заболеваниях органов пищеварения;
* избыточная потеря железа при кровотечениях, гельминтозах, экссудативно-катаральном диатезе;
* повышенные потребности в железе в период интенсивного роста, при хронической гнойно-очаговой инфекции и частых заболеваниях ребенка.

Неонатальные запасы железа исчерпываются к 3-4 месяцам у недоношенных и к 5-6 – у доношенных детей.

Факторы, способствующие развитию дефицита железа: течение беременности на фоне анемии, нарушение маточно-плацентарного кровообращения, плацентарная недостаточность, кровотечения во время беременности, многоплодная беременность, преждевременные роды, крупный вес ребенка при рождении. Эти факторы способствуют развитию внутриутробного дефицита железа и рождению ребенка с дефицитом железа.

Раннее искусственное вскармливание неадаптированными молочными смесями, нерациональное вскармливание, позднее введение прикормов, частые заболевания. Эти факторы способствуют развитию алиментарного дефицита железа.

## Клиническая картина железодефицитной анемии

ЖДА является последней стадией дефицита железа в организме. Клинических признаков дефицита железа на начальных стадиях нет, и диагностика предклинических стадий железодефицитного состояния стала возможной лишь благодаря развитию методов лабораторной диагностики. В зависимости от выраженности дефицита железа в организме различают три стадии:

1. Прелатентный дефицит железа в организме: на этой стадии в организме происходит истощение депо. Основной формой депонирования железа является ферритин — водорастворимый гликопротеиновый комплекс, который содержится в макрофагах печени, селезенки, костного мозга, в эритроцитах и сыворотке крови. Клинические признаки на этой стадии отсутствуют, диагноз может быть установлен лишь на основании определения уровня сывороточного ферритина.
2. Латентный дефицит железа в организме: на стадии латентного дефицита железа в организме более выражены изменения в лабораторных показателях. Регистрируются не только истощение запасов железа в депо, но и снижение содержания железа в сыворотке и белках-переносчиках.
3. Железодефицитная анемия: железодефицитное состояние зависит от степени дефицита железа и скорости его развития и включает признаки анемии и тканевого дефицита железа.

Клиническая картина железодефицитных состояний неспецифична и включает несколько синдромов:

1. Астеновегетативный синдром - следствие нарушения функций головного мозга. Маленькие дети с железодефицитной анемией отстают в психомоторном развитии. Они плаксивы, раздражительны, капризны, плохо контактируют со сверстниками. У детей старшего возраста страдает интеллектуальное развитие: снижены память, внимание, интерес к учёбе. Появляются признаки синдрома вегетативной дистонии. Возможны мышечные боли и гипотония (в частности - мочевого пузыря), энурез.
2. Эпителиальный синдром включает дистрофию и атрофию барьерных тканей (слизистых оболочек, кожи и её производных - ногтей, волос (ломкие тусклые волосы, слоистые ногти, заеды в углах рта)). К трофическим нарушениям легко присоединяются воспалительные изменения. В результате снижается аппетит, возникают извращение вкуса и обоняния (дети охотно поедают мел, глину, землю, лед, замороженные продукты, появляется пристрастие к резким, часто неприятным запахам), дисфагия, диспептические расстройства, нарушения процессов всасывания в кишечнике, скрытые кишечные кровотечения. Бледность кожи и конъюнктивы выявляют только при значительном снижении концентрации гемоглобина.
3. Иммунодефицитный синдром проявляется частыми ОРВИ и ОКИ. Около 70% часто болеющих детей страдают сидеропенией. У них снижен как неспецифический (лизоцим, пропердин и т.д.), так и специфический иммунитет. Показано, что в отсутствие железа IgA теряет свою бактерицидную активность.
4. Сердечно-сосудистый синдром наблюдают при тяжёлой железодефицитной анемии. У детей развиваются повышенная утомляемость, низкое артериальное давление, тахикардия, снижение тонуса сердечной мышцы, приглушение тонов, функциональный, довольно грубый систолический шум, хорошо выслушиваемый на сосудах («шум волчка») и связанный с гидремией. Возможны головокружения.
5. Гепатолиенальный синдром возникает редко, обычно при тяжёлой анемии и при сочетании рахита и анемии.

Различают несколько клинических форм заболевания: анемию недоношенных ("раннюю" и "позднюю"), алиментарную и алиментарно-инфекционную анемию, хлороз у девочек.

"Ранняя" анемия недоношенных развивается на 1-2-м месяцах жизни. Иногда она возникает у доношенных, особенно при наличии неблагоприятного фона, и расценивается как "физиологическая" доброкачественная анемия. Основными причинами развития "ранней" анемии являются усиленный гемолиз эритроцитов в период новорожденности, недостаточная функциональная и морфологическая зрелость костного мозга, недоношенность ребенка (отложение железа и других необходимых для кроветворения веществ происходит в последние 6-8 недель беременности).

"Поздняя" анемия недоношенных (конституционная) развивается на 3-4-м месяце жизни в результате истощения неонатальных запасов железа в депо и протекает без ярко выраженных клинических симптомов заболевания.

Алиментарная и алиментарно-инфекционная анемия возникает во втором полугодии жизни. В ее развитии играет роль не только истощение депо железа, но и нарушения вскармливания. Утяжеляют течение анемии инфекционные заболевания ребенка.

Хлороз – заболевание девочек периода полового созревания. Развивается на фоне эндокринной дисфункции. Характерно многообразие клинических проявлений: слабость, утомляемость, анорексия, головокружение, сердцебиение, боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, запоры. Менструальный цикл нарушен (олиго- или аменорея). Кожа алебастровой бледности, нередко с зеленоватым оттенком.

## Диагностика, принципы лечения, прогноз железодефицитной анемии

ЖДА диагностируется по общепринятым критериям:

* по уровню гемоглобина (менее 110 г/л у детей раннего возраста и ниже 120 г/л у детей старше 3 лет);
* по значениям цветового показателя (ниже 0,85), эритроцитов (менее 3,5 х 1012/л);
* по содержанию сывороточного железа (менее 10 мкмоль/л).

Анизоцитоз – различия в размерах эритроцитов у одного и того же человека. Для ЖДА характерен выраженный анизоцитоз.

Пойкилоцитоз – наличие в крови одного и того же человека эритроцитов разной формы. При ЖДА может быть выраженный пойкилоцитоз.

Цветовой показатель эритроцитарных клеток (ЦП) зависит от содержания в них гемоглобина. Возможны следующие варианты окрашивания эритроцитов:

* нормохромные эритроциты (ЦП = 0,85-1,15) – нормальное содержание гемоглобина в эритроцитах.
* гипохромные эритроциты (ЦП <0,85) – содержание гемоглобина в эритроците снижено. Для ЖДА гипохромия эритроцитов является характерной.
* гиперхромные эритроциты (ЦП >1,15) – содержание гемоглобина в эритроцитах повышено.

Прогноз ЖДА - благоприятный при своевременной диагностике и адекватной терапии.

Цель лечения: обеспечение необходимым количеством железа для нормализации уровня гемоглобина и восполнения запасов железа. Длительность терапии от 3 до 6 мес. Лечение детей с легким и среднетяжелым течением проводится в условиях «стационар на дому». Дети с тяжелым течением госпитализируются.

Принципы лечения:

1. Питание: полноценное, соответствующее возрасту ребенка; диета позволяет лишь «покрыть» физиологическую потребность организма в железе, но не устранить его дефицит.
2. Режим: рациональный, сон и достаточное по времени пребывание ребенка на свежем воздухе.
3. Медикаментозная терапия: назначение препаратов железа для восполнения запасов и нормализации уровня гемоглобина. Современные многокомпонентные препараты железа для приема внутрь (капли, сироп, таблетки): Мальтофер, Феррум лек, Тотема, Ферретаб и др. Курс до нормализации уровня гемоглобина и переход на профилактическую дозу на 2-3 мес. для восстановления тканевых депо железа до нормализации сывороточного железа и ферритина.
4. Лечение сопутствующих заболеваний.

# ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

## 2.1. Первый этап. Сбор информации о пациенте

Субъективные методы обследования:

1. Характерные жалобы: снижение аппетита, повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, потливость.
2. История (анамнез) заболевания: постепенное развитие.
3. История (анамнез) жизни: заболевший ребенок из группы риска.

Объективные методы обследования:

1. Осмотр: кожные покровы и видимые слизистые (конъюнктивы) бледные: восковидный цвет ушных раковин; сухость и шелушение кожи; заеды в углах рта; отставание в физическом и психомоторном развитии. При тяжелой анемии ломкость, сухость, тусклость и выпадение волос, слоистость и депигментация ногтей. Сглаженность или атрофия сосочков языка. Тахикардия.
2. Результаты лабораторных методов диагностики (амбулаторная карта или история болезни):
* Общий анализ крови: снижение уровня гемоглобина (менее 110 г/л у детей до 5 лет) и количества эритроцитов; эритроциты гипохромные (бедные гемоглобином), различной величины и формы: снижение цветового показателя (менее 0,8).
* Биохимический анализ крови: уровни сывороточного железа и ферритина снижены, повышение железосвязывающей способности сыворотки крови.

## 2.2. Второй этап. Выявление проблем больного ребенка

Существующие проблемы, обусловленные недостаточным поступлением кислорода в ткани (гипоксия):

* снижение аппетита,
* повышенная утомляемость,
* эмоциональная лабильность,
* отставание в психомоторном развитии,
* бледность кожи и слизистых.

Существующие проблемы, обусловленные дефицитом железа:

* сухость, шелушение кожи, заеды в углах рта;
* ломкость, тусклость, выпадение волос;
* слоистость, депигментация ногтей;
* сглаженность и атрофия сосочков языка;
* извращение обоняния - пристрастие к резким неприятным запахам;
* извращение вкуса - поедание извести, мела, земли, глины, сырого мяса, картофеля.

При поздней диагностике и отсутствии адекватного лечения возникают потенциальные проблемы:

* риск развития анемии тяжелой степени тяжести, вторичного иммунодефицита;
* частые ОРВИ, пневмонии;
* заболевания ЖКТ.

## 2.3. Третий и четвертый этапы. Планирование и реализация ухода за пациентом в условиях «стационар на дому»

Цель ухода: способствовать выздоровлению, не допустить переход в более тяжелое течение и развитие осложнений.

Чрезвычайно важно организовать правильный режим дня, в котором должны быть достаточная продолжительность сна, максимальное пребывание на свежем воздухе. При анемии нарушены процессы выработки и сохранения тепла, поэтому одевать детей следует достаточно тепло, одежда не должна стеснять движений и вызывать перегревания.

План сестринского ухода:

1. Организовать «стационар на дому»:
* обеспечить сестринский уход и лечение;
* обеспечить комфортные условия для больного ребенка: контролировать соблюдение рекомендаций врача.
1. Провести обучающие беседы с родителями:
* провести беседу о заболевании, причинах развития, необходимости лечения, профилактике;
* дать конкретные рекомендации по питанию: при естественном вскармливании кормящая мама должна обязательно в свой пищевой рацион включать продукты, богатые железом, белком и витаминами (телятина, говядина, печень, яйцо, греча, овес, морковь, свекла, горошек, цветная капуста, томаты, зелень, яблоки, курага, груша, гранаты; лучше всего железо усваивается из мяса (гемовое железо)); при искусственном вскармливании - адаптированные молочные и кисломолочные смеси, адаптированные молочные смеси, обогащенные железом "Симилак"; прикормы вводить на 1 мес. раньше; введение мяса с 4.5-5 мес., желтка; в пищевой рацион ребенка следует включать продукты, богатые железом, медью, кобальтом, никелем и марганцем (толокно, свеклу, кабачки, зеленый горошек, капусту, картофель). Из соков предпочтение отдается вишневому, лимонному, свекольному, яблочному (из кислых сортов яблок). В первом полугодии рекомендуется более раннее введение тертого яблока, яичного желтка, овощного пюре, каш, во втором – пюре из мяса и печени. В питании детей следует ограничить молочные продукты, так как они содержат кальций и фосфор, образующие с железом комплексы, выпадающие в осадок, а также мучные продукты из-за содержания в них фитина, затрудняющего всасывание железа;
* дать рекомендации по организации режима: постоянные и продолжительные прогулки на свежем воздухе, сон на свежем воздухе (продолжительный ночной сон и обязательный дневной сон); массаж и гимнастика по возрасту; ограничение физических и эмоциональных нагрузок;
* обучить маму правилам приема назначенных препаратов: препараты железа (сироп или капли) перед приемом необходимо разводить в небольшом количестве фруктового чая, фруктового или овощного сока, воды и принимать во время или сразу после еды. Предупредить маму, что у ребенка может появиться жидкий стул или кал, окрашенный в черный цвет.
1. Осуществлять активные патронажи с целью:
* контроля над соблюдением режима и питания;
* проведением терапии, назначенной врачом, и выполнением всех рекомендаций по уходу за ребенком;
* обучении матери правильному приему препаратов железа;
* проведения динамического наблюдения за реакцией на лечение: самочувствие ребенка, аппетит, эмоциональное состояние, длительность и характер сна, физиологические отправления. При ухудшении состояния срочное сообщение врачу или вызов на дом.

## 2.4. Пятый этап. Оценка эффективности ухода

При правильной организации сестринского ухода наступает выздоровление ребенка.

Дети, перенесшие ЖДА, подлежат диспансеризации длительностью 1 год.

План диспансеризации:

1. Осмотр педиатром 1-2 раза в месяц;
2. Анализ крови 1 раз в 2-3 мес. и после интеркуррентных заболеваний.

С учета ребенок снимается при нормальных клинико-лабораторных показателях.

# ГЛАВА 3. ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Профилактика ЖДА прежде всего требуется беременным с высоким риском развития данного заболевания. К ним относятся: женщины, ранее болевшие анемией; женщины с хроническими инфекционными заболеваниями или экстрагенитальной патологией; многорожавшие женщины; беременные с уровнем гемоглобина в I триместре менее 120 г/л; беременные с многоплодием; беременные с ранним токсикозом, преэклампсией; женщины, у которых в течение многих лет имели место длительные менструации.

Профилактика ЖДА беременных способствует созданию у новорожденных более высоких запасов железа, предотвращая развитие дефицита железа и анемии у грудных детей.

Рекомендуется назначение препаратов железа или прием поливитаминов, обогащенных железом, в период лактации - необходимо назначать препараты железа.

Препараты железа показаны детям на протяжении первого года жизни из группы риска – недоношенность, рождением от многоплодной беременности, а также, протекающих с токсикозом, либо матерям с психическим хроническим заболеванием, детям с проявлениями экссудативного диатеза, а также с высоким темпом роста, девочкам - после менструаций.

Немаловажную роль играет естественное вскармливание, предупреждение заболеваний и диспансерное наблюдение за детьми раннего возраста с регулярным лабораторным исследованием крови, оказание помощи маме в выборе адаптированной смеси при искусственном вскармливании, помочь в выборе продуктов прикорма.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе проведенного анализа теоретического материала по теме исследования можно сделать следующие выводы:

1. Железодефицитная анемия является очень важной проблемой педиатрии и имеет не только медицинский, но и социальный характер. Это обусловлено широкой распространённостью анемии среди детей, а также значительностью отрицательных последствий для их здоровья.
2. Знание этиологии, клинической картины, особенностей диагностики, методов обследования и лечения заболевания, а также знание манипуляций необходимо медицинской сестре для правильной организации и осуществления всех этапов сестринского процесса.
3. Конкретные профилактические меры способны предотвратить развитие железодефицитной анемии.

Железодефицитная анемия – малокровие обуславливается недостатком в организме железа и является одним из самых распространенных заболеваний. Железо входит в состав гемоглобина красных клеток крови – эритроцитов.

Недостаток железа у детей бывает чаще в том случае, когда ребенок родился раньше срока, из-за чего недополучил нужного количества железа из материнской крови. По той же причине с недостаточным запасом железа рождаются дети-двойняшки. Дефицит железа наблюдается весьма нередко у девочек в период полового созревания, когда они быстро растут. Железодефицитная анемия особенно угрожает девочкам, которые, боясь пополнеть, мало едят и тем самым лишают свой организм железа, содержащегося в пищевых продуктах.

Своевременная профилактика железодефицитной анемии беременных женщин, детей первого года жизни, детей из групп риска позволяет избежать развития данного заболевания и, соответственно, его возможных неблагоприятных последствий. В случае если железодефицитная анемия уже имеет место, полноценная и сбалансированная диета, включающая специализированные продукты питания для кормящих женщин, периодическое наблюдение за картиной крови, своевременный и правильный прикорм, правильный выбор адаптированных смесей, профилактический прием препаратов железа являются важными компонентами вспомогательной терапии.

Качество осуществляемой медицинской помощи и проводимой профилактики при железодефицитной анемии подразумевает не только выполнение медицинской сестрой зависимых и независимых вмешательств, но и проведение индивидуальной мотивированной работы с родителями ребенка и беременными женщинами. Грамотное и доступное проведение бесед на тему правильного питания, соблюдения рационального режима, правильного приема лекарственных препаратов позволят избежать развития железодефицитной анемии и будут способствовать скорейшему выздоровлению ребенка.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Железодефицитная анемия у детей: [Электронный ресурс] URL: <https://revolution.allbest.ru/medicine/00456043_0.html> (дата обращения 17.06.20)
2. Курс лекций «Сестринский уход в педиатрии»: [Электронный ресурс] URL: [https://studfile.net/preview/7484512/page:35/](https://studfile.net/preview/7484512/page%3A35/) (дата обращения 17.06.20)
3. Сестринский процесс при железодефицитной анемии у детей раннего возраста: [Электронный ресурс] URL: <https://knowledge.allbest.ru/medicine/2c0a65625a2bd69b4d53b89421316c36_0.html> (дата обращения 17.06.20)
4. Сестринское дело. Сестринский процесс при железодефицитной анемии у детей раннего возраста: [Электронный ресурс] URL: <http://sestrinskoe-delo.ru/sestrinskoe-delo-v-pediatrii/sestrinskiy-protsess-pri-zhelezodefitsitnoy-anemii> (дата обращения 17.06.20)
5. Особенности сестринского ухода за детьми с анемиями: [Электронный ресурс] URL: <https://www.zdrav.ru/articles/4293660848-19-m07-16-sestrinskij-uhod-pri-zhelezodeficitnoj-anemii> (дата обращения 17.06.20)
6. Профилактика дефицита железа у детей раннего возраста: [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-defitsita-zheleza-u-detey-rannego-vozrasta-1> (дата обращения 17.06.20)
7. Роль медицинской сестры в организации сестринского ухода при железодефицитной анемии у детей: [Электронный ресурс] URL: <http://5fan.ru/wievjob.php?id=96670> (дата обращения 17.06.20)
8. Роль медицинской сестры в профилактике и уходе при развитии железодефицитной анемии у беременных женщин и детей раннего возраста: [Электронный ресурс] URL: <https://infopedia.su/18x8dc.html> (дата обращения 17.06.20)