

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Масюк О. В.¹, Зеневич О.В.²

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

2-ая кафедра детских болезней

Научный руководитель — ст. преподаватель Зеневич О.В.

Резюме. Железодефицитная анемия является одним из наиболее распространенных алиментарно-зависимых заболеваний в мировой педиатрической практике. Железо — критически важный микроэлемент для обеспечения процессов роста, нейрокогнитивного развития и функционирования иммунной системы ребенка. В Республике Беларусь железодефицитными анемиями и скрытыми формами дефицита железа страдает около 50% детей.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, препараты железа, лечение.

MAIN TREATMENT STRATEGIES FOR IRON-DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN

Masuk O. V.¹, Zenevich O.V.²

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

2nd Department of Paediatric Diseases

Scientific supervisor — senior lecturer Zenevich O.V.

Summary. Iron deficiency anemia is one of the most common alimentary-dependent diseases in the world pediatric practice. Iron is a critically important trace element for ensuring the processes of growth, neurocognitive development and the functioning of the child's immune system. In the Republic of Belarus, about 50% of children suffer from iron deficiency anemia and latent forms of iron deficiency.

Key words: iron deficiency anemia, iron preparations, treatment.

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) является одним из наиболее распространенных алиментарно-зависимых заболеваний в мировой педиатрической практике. По данным ВОЗ, около 45% детей в возрасте до 5 лет во всем мире страдает анемией, и большая часть этих случаев связана с дефицитом железа. [1] В педиатрической практике эта проблема имеет особую значимость, так как железо - критически важный микроэлемент для обеспечения процессов роста, нейрокогнитивного развития и адекватного функционирования иммунной системы ребенка. В Республике Беларусь железодефицитными анемиями и скрытыми формами дефицита железа страдает около 50% детей. [2] Существенный вклад в развитие дефицита железа вносит несбалансированное питание: недостаточное потребление гемового железа с мясными продуктами, раннее введение неадаптированных молочных смесей, дефицит аскорбиновой кислоты, способствующей усвоению железа, а также избыточное потребление продуктов-ингибиторов абсорбции железа, таких как цельное коровье молоко. Наиболее высокому риску развития ЖДА отдельные категории детей, к ним относятся: дети в периоды интенсивного роста, девочки-подростки, а также пациенты с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В зависимости от этиологических и патогенетических факторов железодефицитных анемий, терапия должна быть комплексной, направленной на устранение причины, вызвавшей заболевание, и включать адекватное поступление в организм микроэлементов, витаминов, белков и коррекцию дефицита железа.

В основе рационального лечения ЖДА лежит правильный выбор препарата, поскольку длительность лечения варьирует от нескольких месяцев до года, в зависимости от степени тяжести заболевания, и важна не только эффективность препарата, но и его переносимость.

Цель исследования: проанализировать особенности лечение анемии у детей, оценить эффективность и длительность терапии препаратами железа.

Материалы и методы. Изучено 100 медицинских карт стационарных пациентов с выставленным диагнозом “Анемия” в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, находившихся на лечении в учреждении здравоохранения «Брестская детская областная больница» с 2023 по 2024 год.

Критериями включения в группу исследования были дети с подтвержденным диагнозом железодефицитная анемия, установленного на основании следующих данных: снижение уровня гемоглобина ниже 110 г/л и МСН ниже 27 пг, МСВ ниже 80 фл, а МСНС - ниже 32 г/л, ферритин сыворотки ниже 30 нг/мл, уровень сывороточного железа менее 12,5 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность сыворотки крови более 69 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина железом менее 17%.

При определении степени тяжести ЖДА у обследованных детей соблюдались принципы стандартизации и унификации лабораторных методов исследования дефицита железа.

В исследование включен научно-теоретический и сравнительный анализ медицинской литературы. Статистическая обработка данных проведена традиционными методами вариационной статистики на персональном компьютере с использованием программы Statsoft Statistica 10.0.

Результаты исследований. За анализируемый период времени у 73 детей была выявлена ЖДА. Среди них 46 (63,1%) человек были лица женского пола и 27 (36,9%) - мужского.

По возрасту установления диагноза дети были распределены следующим образом: 1–3 года – 4 ребенка, 3–7 лет – 15 исследуемых, 7–11 лет – 19 детей, 11–15 лет – 29 пациентов, старше 15 лет – 6 человек.

В зависимости от уровня снижения гемоглобина в периферической крови исследуемые были разделены на три группы. ЖДА легкой степени тяжести – уровень гемоглобина в общем анализе крови 110–90 г/л – была выявлена у 30 детей (41,2%), средняя степень тяжести – уровень гемоглобина от 70 до 90 г/л – отмечена у 34 пациентов (46,5%). Диагноз ЖДА тяжелой степени – уровень гемоглобина ниже 70 г/л – наблюдался у 9 человек (12,3%).

С учётом морфологической классификации у 75% детей наблюдалась микроцитарная гипохромная анемия, а нормоцитарная нормохромная анемия – у 25%. В зависимости от уровня ретикулоцитов: гипорегенераторная анемия была у 71% пациентов, норморегенераторная анемия – у 29 %.

Определение уровня ферритина в биохимическом анализе крови было проведено всем пациентам. Показатель менее 30 мкг/л был отмечен у 67,4%, а 30 – 100 мкг/л – у 32,6% детей. Низкий коэффициент насыщения трансферрина – менее 17 % – наблюдался у 52 пациентов (71,2%).

Критериями для начала терапии во всех случаях служило сочетание анемии (снижение гемоглобина ниже возрастной нормы) и абсолютного дефицита запасов железа (ферритин менее 15 мкг/л).

Пероральная ферротерапия являлась терапией первой линии и была назначена 64 детям (87,7%). Предпочтение отдавалось препаратам нового поколения – гидроксид-полимальтозному комплексу трехвалентного железа, в связи с их высокой эффективностью и низкой частотой побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта. Парентеральная терапия применялась у 7 пациентов (9,6%), препаратом выбора был ферроксид. Показаниями к ее назначению стали: тяжелая степень ЖДА, сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта и подтвержденная неэффективность пероральной терапии, проводимой в адекватной дозе в течение 4 недель. Переливание эритроцитарной массы было проведено 2 пациентам (2,7%) с тяжелой степенью ЖДА, у которых отмечалось критическое снижение уровня гемоглобина (менее 50 г/л) и наличие выраженных гипоксических нарушений.

Критерием эффективности лечения служил прирост уровня гемоглобина на 10 г/л и более к концу 4 недели лечения. Ключевой целью лечения считают преодоление тканевой сидеропении, а не достижение нормального уровня гемоглобина, что может быть зафиксировано по нормализации уровня сывороточного ферритина. Как показал клинический опыт, для достижения этой цели и формирования устойчивого депо железа требуется продолжительная терапия длительностью не менее 3–6 месяцев после нормализации уровня гемоглобина в зависимости от тяжести заболевания [3].

Выводы. В лечении железодефицитной анемии у детей препаратом выбора был гидроксид-полимальтозный комплекс трехвалентного железа, который назначался большинству пациентов (87,7%). Это обусловлено тем, что данная группа препаратов обладает оптимальным балансом

эффективности и переносимости - их биодоступность сопоставима с препаратами двухвалентного железа, но при этом они вызывают значительно меньше побочных эффектов, что особенно важно при длительной терапии.

Применение парентеральных форм железа остается необходимым только при тяжелых формах анемии, патологии желудочно-кишечного тракта и неэффективности пероральной терапии. Парентеральное введение препаратов не обеспечивает более быстрое купирование анемического синдрома, но способствует более интенсивному насыщению депо железа, что проявляется в более выраженном росте уровня ферритина и потенциально снижает риск рецидивов в долгосрочной перспективе.

Критерием излечения считается не только нормализация уровня гемоглобина, а полное восстановление тканевых запасов железа, а на это требуется не менее 3-6 месяцев терапии под контролем уровня сывороточного ферритина.

Комплексное лечение, включающее рациональную ферротерапию и коррекцию питания, направленную на увеличение потребления гемового железа и нутриентов-синергистов, а также устранение основных причин дефицита железа, позволяет добиться лучших результатов в коррекции железодефицитной анемии у детей.

Список использованной литературы

1. WHO. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva, World Health Organization, 2001.
2. Воробьев П.А. «Анемический синдром в клинической практике» - М.: Ньюдиамед, 2018. — 168 с.
3. Гематология детского возраста: пособие для студентов педиатрического факультета/ Н.С. Парамонова [и др.].- Гродно: ГрГМУ,2014. -228с.