

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

**Материалы XVIII Межрегиональной
научно-практической конференции
ГБОУ ДПО «Пензенский институт
усовершенствования врачей»
Минздрава России**

Пенза, 27 октября 2016 г.



Государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования «Пензенский
институт усовершенствования врачей» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Электронное издание

Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных

*Материалы XVIII Межрегиональной научно-
практической конференции ГБОУ ДПО «Пензенский
институт усовершенствования врачей» Минздрава
России*

Пенза, 27 октября 2016 г.

Пенза

Издательство ПГУ

2016

МАЛЬТОФЕР В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

***Л. Г. Радченко^{1,2}, В. И. Струков^{1,2}, М. Н. Максимова¹, Г. В. Долгушкина¹,
Ю. Г. Шербакова³, А. В. Митрофанова³, Е. Г. Волик³, О. А. Филатова³, Л.
В. Камардина³, Л. С. Линёва³***

*¹ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, г. Пенза ²ФГБОУ ВО «Пензенский
государственный университет», Медицинский институт, г. Пенза ³ГБУЗ
ПОДКБ им. Н. Ф. Филатова, г. Пенза*

Анемия является одной из наиболее частых заболеваний детей раннего возраста. Среди недоношенных на первом году жизни анемия развивается практически у всех, в то время как у доношенных, данная патология отмечается только в 20 % случаях (А. Г. Румянцев, И. Н. Захарова 2015). Выделяют раннюю и позднюю анемию недоношенных. Ранняя анемия развивается на 4–10-й неделе постнатальной жизни и характеризуется снижением уровня ретикулоцитов менее 1 %, уровня гемоглобина до 80–70 г/л и ниже, а гематокрита до 20–30. Поздняя анемия недоношенных развивается на 3–4 месяце жизни. Она имеет большое сходство с железодефицитной анемией детей раннего возраста. Для недоношенных детей, особенно первых месяцев жизни, единственным физиологическим продуктом питания, который обеспечивает равновесие обмена железа в организме, является материнское молоко, сбалансированное по всем ингредиентам в соответствии с физиологическими потребностями растущего организма (Г. В. Яцык, 2009). В отличие от ранней анемии недоношенных, в период развития поздней анемии начинают проявляться симптомы дефицита железа. Попытки обогащения рациона питания введением адаптированных смесей, в том числе и обогащенных железом, не приводят к желаемому результату, поскольку последнее плохо всасывается (А. И. Хазанов. 2009). В то же время доказано, что для лечения анемии недостаточно только повышения уровня пищевого железа, а требуется медикаментозная терапия препаратами железа. Известно, что железодефицитная анемия способствует развитию хронической гипоксии, которая в свою очередь может приводить к замедлению умственного и психомоторного развития ребенка, в связи с этим лечение анемии у недоношенных детей и профилактика дефицита железа у всех детей является важной и обязательной составной частью в наблюдения за деть-

ми на 1-м году жизни. Препаратами выбора в этом случае являются современные представители гидроксид полимальтозного комплекса трехвалентного железа: Мальтофер и Феррум Лек. Недоношенным детям с первых недель жизни до 1 года рекомендуется профилактический прием указанных препаратов желе-за из расчета 2 мг/кг/сут. элементарного железа. Лечебная доза составляет 5 мг/кг/сут. элементарного железа и не меняется до нормализации уровня гемо-глобина (Е. С. Сахарова, Е. С. Кешишян, 2002). Железодефицитная анемия не является противопоказанием к вакцинации. Напротив, недоношенные дети представляют особую группу риска по развитию осложненного инфекционного процесса. Поэтому, даже в случае тяжелых проявлений анемии профилактические прививки могут быть проведены сразу после купирования (Н. П. Шабалов, 2008).

Цель исследования: изучение действия мальтофера в комплексной терапии анемического синдрома у недоношенных детей.

Задачи исследования: проанализировать терапевтическую эффективность препарата мальтофер у наблюдаемых детей с поздней анемией недоношенных.

Материал и методы исследования: на базе ГБУЗ ПОДКП им. Н. Ф. Филатова и Кузнецкой межрайонной детской больницы нами было обследовано 96 детей первого года жизни с поздней анемией. Из 96 матерей исследуемых детей первородящие составили 67 %, повторно – 33 %. Возраст женщин – от 17 до 37 лет, в 70 % случаев он составил 19–25 лет. На естественном вскармливании находилось 65 % обследованных детей. Отягощенный акушерский анамнез отмечался в 74 % случаев. Наблюдаемые дети были выделены в три равноценные группы:

- I группа – 48 ребенок, условно здоровые, с I ст. недоношенности;
- II группа – 33 ребёнка первого года жизни со II ст. недоношенности;
- III группа – 15 недоношенных ребёнка с III ст. недоношенности.

Клиническая картина поздней анемии у наблюдаемых недоношенных детей характеризовалась снижением аппетита, уплощением весовой кривой, бледностью кожи и слизистых оболочек, сухостью кожи, увеличением печени и селезенки. Отмечалось снижение сывороточного железа – гипохромия, с тенденцией к микроэритроцитозу. В отличие от ранней анемии недоношенных, в период развития поздней анемии отмечались симптомы дефицита железа.

С целью коррекции анемического синдрома наблюдаемые дети получали железосодержащий препарат Мальтофер из расчета 3-5мг/кг массы тела. Мальтофер не имеет возрастных ограничений в применении. Для определения терапевтической эффективности мальтофера применялись

клинические и лабораторные методы исследования. Учитывая особенности патогенеза анемии недоношенных детей, с 7 дней жизни, назначались: фолиевая кислота по 1 мг в сутки, витамин Е по 20 мг/кг в сутки, витамины группы В. Контроль показателей красной крови (уровень гемоглобина, ЦП, эритроциты) недоношенным детям после в динамике проводился в 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты исследования: анализ проводимых наблюдений показал зависимость клинических проявлений поздней анемии от степени недоношенности у исследуемых детей. Длительность анемического синдрома в сравниваемых группах колебалась от 3 недель в I группе, до 3 месяцев в II и 3,5–4 месяцев в III группе. Во II и III группах дети получали Мальтофер в сочетании с фолиевой кислотой и витаминами группы В и Е.

В заключении можно сделать выводы:

- тяжесть анемии у недоношенных детей тем выше, чем меньше гестационный возраст ребенка при рождении;
- быстрая коррекция дефицита железа отмечалась у наблюдаемых детей I группы, по сравнению со II и III группами;
- сочетание Мальтофера с фолиевой кислотой и витаминами группы В и оказывало быстрый терапевтический эффект во II, по сравнению с III;
- у наблюдаемых детей III группы, по сравнению с I и II более длительно сохранялась сидеропения.