

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Абрамова В. А., Логинов А. Ю., Зеневич О. В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
alexloginovgrsmi@gmail.com*

Введение. Анемия – одно из наиболее частых патологических состояний органов кроветворения у детей раннего возраста. По оценкам ВОЗ, во всем мире анемией страдают 40% детей в возрасте 6-59 месяцев и более 25% детей школьного возраста [1]. При правильно установленном диагнозе «железодефицитная анемия», адекватном выборе препаратов железа и корректно подобранной дозе на 10-14-й день терапии в клиническом анализе крови отмечается увеличение ретикулоцитов, а к концу 3-4-й недели лечения – прирост гемоглобина на 10 г/л. Нормализация уровня гемоглобина достигается через 4-8 недель от начала терапии, при этом сроки лечения железодефицитного состояния и дальнейший режим дозирования препарата зависят от исходной тяжести железодефицита [2, 3].

По мнению многочисленных авторов, особенностями тактики ведения детей раннего возраста с железодефицитной анемией на амбулаторном этапе являются позднее выявление анемии, отсутствие возможности частой оценки индексов эритроцитов и биохимических показателей крови, а также несвоевременный контроль эффективности проведенного лечения и сокращение сроков ферротерапии, что приводит к высокой частоте повторных эпизодов снижения гемоглобина.

Цель исследования. Изучить основные проблемы и особенности лечения железодефицитной анемии у детей раннего возраста на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе УЗ «Детская центральная городская клиническая поликлиника г. Гродно» за период с 2022 по 2023 год.

В исследуемую группу вошли 50 детей в возрасте от рождения до 2 лет, (27 мальчиков и 23 девочки) с установленным диагнозом ЖДА лёгкой степени тяжести и получающие терапию препаратами железа. Критерии исключения: возраст старше 2 лет, наличие сопутствующих острых заболеваний на момент выставления диагноза, отсутствие лабораторного подтверждения ЖДА, наличие уточненного диагноза анемии другой этиологии.

Результаты исследования. Медикаментозная терапия анемии у детей включала назначение препаратов железа внутрь. После проведенного анализа записей осмотров врача в историях развития ребенка ф 112/у установлено следующее: в 98% всех случаев для лечения анемии детям были назначены неионные препараты трехвалентного железа гидроксидполимальтозного комплекса (из них в дозировке 5 мг/кг/сут препарат назначен 40% пациентам, остальным – в дозировке 3 мг/кг/сут), а 2% для лечения рекомендованы ионные

(солевые) препараты железа в дозировке 3 мг/кг/сут. Продолжительность ферротерапии составила 1-1,5 месяца у 68% детей, от 1,5 до 3 месяцев – у 30%, более 3 месяцев – у 2% пациентов. На сокращение сроков лечения повлияли такие причины, как непереносимость препарата (у 11%), диспепсические явления (у 13%), неправильно понятые рекомендации врача (у 12%), необоснованный отказ родителей от длительного приема препарата (41%).

Выводы. На амбулаторном этапе препаратом выбора для лечения железодефицитной анемии у детей раннего возраста стал гидроксид железа в комплексе с полимальтозой, который у 68% назначался курсом не более 1,5 месяцев.

Соли трехвалентного железа всасываются хуже, это связано с самим механизмом превращения. Для того, чтобы железо всосалось – в кишечнике оно должно быть в двухвалентном состоянии. Следовательно, соли трехвалентного железа всасываются медленнее, так как организму нужно поменять вид молекулы. Поэтому препараты, содержащие в составе двухвалентное железо, действуют быстро – гемоглобин нормализуется в среднем через 2 недели – 2 месяца, а восполнение депо железа происходит уже через 3-4 месяца от начала приема препарата, в зависимости от тяжести анемии и дозировки препарата.

Действие препаратов трехвалентного железа наступает медленнее – нормализация гемоглобина в среднем наблюдается через 2-4 месяца, а восполнение показателей депо железа через 5-7 месяцев от начала терапии, однако статистически, препараты трехвалентного железа лучше переносятся.

Таким образом, основные проблемы терапии железодефицитной анемии в амбулаторных условиях – несоблюдение режима дозирования препаратов железа и недостаточная длительность основного курса терапии, отсутствие поддерживающего курса лечения, неосведомленность родителей о необходимости длительной терапии для достижения целевых показателей гемоглобина и достаточного насыщения депо крови железом для профилактики повторных рецидивов заболевания.

Литература

1. Ромашевская И. П. Железодефицитные анемии у детей / И. П. Ромашевская. – Гомель : РНПЦРМиЭЧ, 2016. – 20 с.
2. Gallagher, P. G. Anemia in the pediatric patient / P. G. Gallagher // Blood. – 2022. – Vol. 140 (6). – P. 571-593. doi: 10.1182/blood.2020006479.
3. Анемический синдром у детей и подростков: алгоритмы диагностики, клиника, трансфузионная терапия : учеб.-метод. пособие / О. Н. Романова [и др.]. – Минск, 2016 – 46 с.

THE MAIN PROBLEMS AND FEATURES OF THE TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN YOUNG CHILDREN AT THE OUTPATIENT STAGE

Abramova V. A., Loginov A. Yu, Zenevich O. V.
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
alexloginovgrsmu@gmail.com

Anemia is one of the most common pathological conditions of the hematopoiesis organs in young children. According to WHO estimates, 40% of children aged 6-59 months and more than 25% of school-age children worldwide suffer from anemia.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ МЛАДЕНЦЕВ, РОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Альферович К. А.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
ksuksu2701@gmail.com

Введение. На сегодняшний день основными проблемами применения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) остаются невынашивание, многоплодие и врожденные пороки развития [1]. Непосредственно многоплодные роды повышают риск возникновения проблем со здоровьем у пациенток и их детей, таких как поздний выкидыш, преждевременные роды, гестационный диабет, мертворождение, неонатальная и материнская смертность [2]. Эффективность программы ЭКО отражает показатель числа выписанных из родильного дома детей, рожденных в результате использования ВРТ, так называемых «take-home baby» [1], однако массо-ростовые показатели не учитываются.

Цель исследования. Исследовать антропометрические показатели младенцев у женщин, прибегших к использованию вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), для оценки их физического состояния. Провести сравнение массо-ростовых показателей у детей, рожденных после многоплодных и одноплодных беременностей.

Материалы и методы. В исследовании выполнен ретроспективный анализ 93 историй родов женщин, которые воспользовались ВРТ в 2023 г. Обработка данных проводилась с помощью программы «Microsoft Excel 2019».

Результаты исследования. Исследуемая группа состоит из 93 женщин, которые прибегли к ВРТ. В основном все исследуемые воспользовались процедурой ЭКО, но у 2 (2,15%) дополнительно применялась ИКСИ.

Средняя масса всех младенцев, рожденных после, ВРТ составила 3208,33 грамма, при максимальном весе ребенка 4500,00 граммов и минимальном –