

Бабушкина Екатерина Дмитриевна

студентка

ФГБОУ ВО «Северный государственный

медицинский университет»

г. Архангельск, Архангельская область

DOI 10.21661/r-530905

ПОЗДНЯЯ АНЕМИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ: ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Аннотация: в статье рассмотрены методы работы с преждевременно рожденными детьми с поздней анемией. Автором предложена профилактика и лечение поздней анемии.

Ключевые слова: поздняя анемия, преждевременно рожденные дети, профилактика.

Поздняя анемия (ПА) преждевременно рожденных детей развивается на 3–4 месяце жизни. ПА обусловлена преимущественно дефицитом микроэлементов, в первую очередь железа, а также дефицитом витамина Е, фолиевой кислоты и белка [3]. Так же важную роль в развитии ПА играет морфологические изменения эритроцитов, известно, что эритроциты аномальной формы составляют 27% у преждевременно рожденного ребёнка (Е.С. Сахарова, Е.С. Кешинян, CONSILIUM Medicum, 2002 г.), это способствует тому, что снижается продолжительность жизни эритроцита до 35–50 дней. Так же важным фактором является недостаточность витамина Е, которая приводит к нарушению проницаемости мембран эритроцитов. Если говорить об актуальности данной проблемы, то анемия является одной из самых частых патологий раннего возраста, что касается недоношенных, то анемия в течение первого года жизни развивается практически у всех. ПА преждевременно рожденных детей имеет общие клинические и лабораторные признаки железодефицитной анемии. Клиническая картина характеризуется наличием анемического и сидеропенического синдрома, а лабораторно выявляется гипохромная, микроцитарная, гипперрегенераторная анемия.

Профилактика. Известно, что поступление железа к плоду от матери активно начинается на последних 2-х месяцах беременности, очень часто беременность сопровождается анемией, что увеличивает риск развития данного состояния и у ребенка. Также важно отметить срок гестации детей: как правило, чем меньше срок гестации, тем тяжелее течение анемии. Поэтому начинать профилактику развития ПА следует еще в антенатальном периоде. Для этого рекомендуется назначать беременным препараты железа в профилактической дозе (после подтверждения диагноза железодефицитной анемии), специальные мультивитаминные комплексы и диету с увеличением содержания железа. Стоит помнить, что потребность в железе у преждевременно рожденного ребёнка гораздо выше, чем у доношенного, поэтому если ребёнок находился на искусственном вскармливании, проводились попытки введения в рацион адаптированных молочных смесей, обогащенных железом, но эти они не привели к желаемому результату, т.к. последнее плохо всасывалось. Стоит помнить о таких заболеваниях, как НЭК, который утяжеляет нарушение всасываемости в кишечнике. Из этого следует, что единственным физиологическим продуктом питания для недоношенного ребёнка является грудное молоко, которое содержит в себе небольшую дозу железа (0,2–1,5 мг/л), однако усваивается оно гораздо лучше. Материнское молоко обеспечивает равновесие обмена железа в организме ребёнка. Таким образом, просветительная работа с беременными женщинами и матерями по естественному кормлению, работа консультанта по грудному вскармливанию, а также сохранение лактации кормящей матери являются важными звеньями в совокупности мер профилактики ПА преждевременно рожденных детей. Кроме этого правильное, своевременное и последовательное введение прикормов имеет большое значение для поступления и усвоения алиментарного железа. Введение прикормов начинается не ранее, чем по достижению ребенком 13 недель корригированного возраста, последовательность прикормов не отличается от доношенных детей. Что касается овощного и мясного прикорма, то на данный момент отдается предпочтение консервам заводского производства. Например, в мясе кролика содержится 4,4 мг железа на 100 г мяса, а мясное пюре «Избёнка кролик»

выпускается в упаковке по 100 г, производитель заявляет, что содержание мяса в продукции составляет не менее 50%, таким образом ребенок может получить 2,2 мг железа за один прием пищи. (Комментарий: данный пример не является рекламой, автор не имеет выгоды от упоминания этого продукта в своей статье.) Однако, для профилактики ПА всех вышеперечисленных мер недостаточно, они не могут восполнить дефицит железа, но способны облегчить течение развивающейся анемии. Поэтому необходима медикаментозная дотация. Преждевременно рожденным детям, которые находятся на естественном вскармливании, назначается профилактический прием энтерального железа в дозе 2–3 мг/кг/сут. Дозу можно увеличить в 2 раза, если ребёнок родился с экстремально низкой массой тела. Препаратами выбора могут являться малтофер, феррум лек. Отдавать предпочтение следует препаратам, которые выпускаются в жидких формах (сироп). Также в возрасте 3–4 недель рекомендовано назначить препараты фолиевой кислоты (1 мг/сут на 3–4 недели) и витамина Е (10 мг/сут на 3–4 недели).

Лечение. Прежде чем назначать лекарственную терапию, необходимо выяснить развилось ли данное состояние у ребёнка. Для этого рекомендуется контролировать показатели общего анализа крови (уровень гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, цветного показателя) после выписки в 3, 6, 12 месяцах. Признаками анемии является снижение уровня гемоглобина менее 110 г/л, эритроцитов менее $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветной показатель менее 0,85. При выявлении таких отклонений в показателях красной крови необходимо проверить биохимические показатели (уровень сывороточного железа, ОЖСС, сывороточный ферритин). Снижение сывороточного железа менее 12,5 мкмоль/л, повышение уровня ОЖСС подтверждают диагноз железодефицитной анемии. При подтверждении диагноза необходимо назначить лечение. При легкой (уровень гемоглобина 90–110 г/л) и средней (уровень гемоглобина 70–89 г/л) степени тяжести анемии лечение можно проводить в амбулаторных условиях с учетом удовлетворительного состояния ребёнка. Лечение необходимо начинать с коррекции диеты. Увеличить продуктов животного происхождения в рационе, если мясной прикорм уже введен. Если ребёнок находится на грудном вскармливании, то количество мясных продуктов

может увеличить мама (необходимо выбирать гипоаллергенные виды мяса). Медикаментозная терапия проводится препаратами железа (III) на основе ГПК в лечебной дозе 5 мг/кг/сут. Лекарство принимается внутрь в форме сиропа. Наиболее часто препаратом выбора является мальтофер (50 мг железа в 1 мл раствора). При тяжелой степени тяжести анемии (уровень гемоглобина менее 69 г/л) и при состояниях, которые нарушают всасывание железа в кишечнике необходима госпитализация в стационар для введения препаратов парентеральным путем. Для внутримышечного введения используются препараты жектофер, феррум лек в лечебной дозе 5 мг/кг/сут. Для внутривенного введения – венофер, аргефэр в дозе 3 мг/кг/сут. Контроль показатель крови в ОАК проводится через 10–14 дней после начала терапии, а затем 1 раз в месяц. На диспансерном учете ребёнок находится 1 год. Перед снятием с учета выполняется общий анализ крови, все показатели которого должны быть в пределах возрастной нормы.

Как правило, медицинский отвод от вакцинации при легкой степени анемии не требуется, при среднетяжелой и тяжелой степенях медицинский отвод действует до перехода анемии в легкую степень

Какие-либо реабилитационные мероприятия после железодефицитной анемии не требуются.

Заключение. При правильной профилактике и своевременной диагностики поздней анемии преждевременно рожденных детей данное состояние может быть легко скорректировано. Поскольку практически 100% недоношенных детей подвержены этому заболеванию, участковый врач-педиатр должен тщательно следить за состоянием таких детей.

Список литературы

1. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. Т.1 / Н.П. Шабалов. – 6-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 451–462.
2. Наблюдение за преждевременно рожденными на амбулаторном этапе: учебное пособие / В.И. Макарова, Г.Н. Чумакова, А.А. Усынина [и др.]; под ред. В.И. Макаровой, А.А. Усыниной. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2019. – 164 с.

3. Анемии новорожденных: диагностика, профилактика, лечение // Клинические рекомендации РАСПМ. – 2015.
4. Дегтярев Д.Н. Современные представления о патогенезе и лечении анемии у недоношенных детей / Д.Н. Дегтярев, Н.А. Курмашева, Н.Н. Володин // Лекции каф. неонатологии ФУВ РГМУ. – М., 1997.
5. Сахарова Е.С., Кешиян Е.С. // Росс. вестн. перинатолог. и педиатрии. – 2004. – №1. – С. 16–20.
6. Смирнов В.В. Анемии у детей раннего возраста // Лекции каф. детских болезней лечебного факультета РГМУ. – М., 2004.
7. Коровина Н.А. Железодефицитные анемии у детей: руковод. для врачей / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников, И.Н. Захарова. – М., 2001.
8. Сахарова Е.С. Анемия недоношенных детей. Патогенез, диагностика, лечение и профилактика / Е.С. Сахарова, Е.С. Кешиян, Г.А. Алямовская // Медицинский совет. – 2015. – №6.
9. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. – М., 2015.
10. Союз педиатров России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pediatr-russia.ru/pediatr/diagnos/anemiya.html>
11. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rlsnet.com