

Камилова А.Т.,
Алиева Н.Р.

ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА РСНПМЦП

Исследования проводились на базе отделения гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии. Обследовано 37 детей в возрасте от 11 месяцев до 13 лет, из которых: 14 детей были с хроническим постинфекционным энтероколитом, 8 детей - с хроническим гастродуоденитом, 4 детей - с хроническим холециститом, 3 ребенка - с синдромом раздраженного кишечника, 2 ребенка - с целиакией, 1 ребенок - с долихосигмой и 5 детей - с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта. Среди наших пациентов анемия легкой степени установлена у 23 детей (62,2%), в остальных случаях констатирована анемия средней тяжести (14/37,8%). Средние цифры гемоглобина составили $96,5 \pm 4,1$ г/л. Для лечения анемии в комплексную терапию больных включая препарат Феропол, который назначался в возрастной дозировке в течение 30 дней.

Подтверждением эффективности применения в комплексной терапии детей с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта с анемией Феропола являются данные лабораторных исследований. Средний уровень гемоглобина до лечения составил $96,5 \pm 4,1$ г/л, а после проведенного лечения его уровень повысился на $21,3$ г/л и составил $117,75 \pm 3,5$ г/л ($p < 0,001$). Средний уровень эритроцитов крови с $3,51 \pm 0,5$ повысился до $3,87 \pm 0,4$, цветной показатель с $0,87 \pm 0,2$ поднялся до $0,97 \pm 0,3$. Таким образом: применение препарата Феропол является эффективным и безопасным в комплексном лечении основного заболевания желудочно-кишечного тракта и анемии, препарат сокращает сроки исчезновения клинико-лабораторных симптомов заболевания и симптомов: анемии.

Заболевания органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей являются наиболее часто встречающейся патологией и занимают одно из первых мест по распространенности, уступая острой респираторной патологии и заболеваниям опорно-двигательного аппарата. На сегодняшний день по данным российских ученых они составляют 140 на 1000 детского населения [1,2]. В нашей республике распространенность хронической гастродуоденальной патологии встречается с частотой 155,6 на 1000 обследованных детей [3,4].

Известно, что заболевания желудочно-кишечного тракта отличаются длительностью течения, рецидивирующим характером течения, вызывают глубокие метаболические изменения в организме, последствия которых серьезно влияют на качество жизни пациентов и способствуют развитию анемии [5].

По данным экспертов ВОЗ дефицитные анемии поражают 60% детского населения развивающихся стран [6]. Наиболее часто имеют место железодефицитные анемии (ЖДА), наблюдающиеся чаще у детей в возрасте между 6 месяцами и 3 годами (50-60%) [1, 4]. Медико-демографическое исследование в Республики Узбекистан 2002 года указывает, что распространенность ЖДА среди детей до 3х лет в отдельных регионах Узбекистана достигает 58% [6,7].

Сопряженность ЖДА с хроническими заболеваниями ЖКТ ухудшает степень тяжести заболеваний и диктует необходимость комплексного подхода к лечению.

Цель исследования: определение эффективности феропола при лечении железодефицитной анемии у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Пациенты и методы исследования: Исследования проводились на базе отделения гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии. Обследовано 37 детей в возрасте от 11 месяцев до 13 лет, из которых: 14 детей были с хроническим

постинфекционным энтероколитом, 1 детей - с хроническим гастродуоденитом, 1 детей - с хроническим холециститом, 3 ребенка - с синдромом раздраженного кишечника, 3 ребенка - с целиакией, 1 ребенок - с долихосигмой и 5 детей - с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта. Исследование проводилось в 2 этапа. Первый этап включал оценку общего состояния ребенка жалоб, клинических признаков основного заболевания, сопутствующей патологии, в особенности анемии, а также лабораторно-инструментальных исследований. Из лабораторных методов диагностики железодефицитной анемии проводили исследование общей анализа крови с определением уровня гемоглобина, эритроцитов и цветного показателя.

Диагноз железодефицитной анемии легкой степени выставлялся при уровне гемоглобина ниже 120 г/л и выше 90 г/л, средне-тяжелой степени - при уровне гемоглобина 70-90 г/л. Среди наших пациентов анемия легкой степени установлена у 23 детей (62,2%), в остальных случаях констатирована анемия средней тяжести (14/37,8%). Средние цифры гемоглобина составили $96,5 \pm 4,1$ г/л. Для лечения анемии в комплексную терапию больных включали препарат Феропол, который назначался в возрастной дозировке в течение 30 дней.

Второй этап заключался в оценке эффективности препарата Феропол путем повторно-го исследования клинических и лабораторных

показателей анемии у детей после окончания курса лечения через 30 дней. Ферропол представляет собой лекарственный препарат из группы соединений трехвалентного железа. Препарат восполняет дефицит железа в организме, стимулирует эритропоэз и восстанавливает нормальный уровень гемоглобина.

Результаты исследования и обсуждение.

Результаты исследований показали, что при-

менение Ферропол оказало благоприятное влияние на клинические проявления как клинических : признаков основного заболевания, так и анемии. Так, если у 70,3 % детей был пониженный, а у 13,5 % - повышенный аппетит, то после лечения у 97,3 % детей наблюдалась нормализация аппетита, только у 1 ребенка аппетит остался пониженным (табл.).

Таблица

Динамика клинических проявлений анемии у детей с желудочно-кишечными заболеваниями под влиянием ферропола

№	симптомы	37 детей				Р
		До лечения		После лечения		
		Абс.	%	Абс.	%	
1	Аппетит					
	Без изменений	6	16,2	36	97	<0,001
	Пониженный	26	70,3	1	2,7	<0,1
	Повышенный	5	13,5	-	«	>0,05
2	Вялость	25	67,5	1	2,7	<0,1
3	Капризность	21	56,7	2	5,4	<0,001
4	Быстрая утомляемость	27	73	2	5,4	<0,05
5	Головные боли	14	37,8	2	5,4	>0,05
6	Беспокойство	12	32,4	3	8,1	>0,05
7	Расстройство сна	15	40,5	2	5,4	>0,05
8	Бледность кожи и слизистых	37	100	3	8,1	>0,05
9	Тусклость и ломкость волос	10	27	3	8,1	>0,05
10	Выпадение волос	8	21,6	1	2,7	>0,05
11	Стоматиты	И	29,7	1	2,7	>0,05
12	Заеды в углах рта	10	27,0	2	5,4	>0,05

Р-доверительность различий до и после лечения

До лечения у 73% детей отмечалась быстрая утомляемость, у 67,5% - вялость, у 56,7% - капризность, расстройство сна - у 40,5%, головные боли - 37,8%, стоматиты - у 29,7%, заеды в углах рта - у 27 % детей, то после лечения, как видно, из таблицы 2, все эти признаки существенно улучшились. Следует также отметить, что если до лечения у всех детей наблюдалась бледность кожных и слизистых, то к концу лечения данный процент составил 8,1%($p<0,05$).

Подтверждением эффективности применения в комплексной терапии детей с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта с анемией Ферропола являются данные лабораторных исследований. Средний уровень гемоглобина до лечения составил $96,5 \pm 4,1$ г/л, а после проведенного лечения его уровень повысился на 21,3 г/л и составил $117,75 \pm 3,5$ г/л ($p<0,001$). Средний уровень эритроцитов крови с $3,51 \pm 0,5$ повысился до $3,87 \pm 0,4$, а цветной показатель с $0,87 \pm 0,2$ поднялся до $0,97 \pm 0,3$.

При применении препарата Ферропол у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта побочных действий в основном не наблюдалось, лишьственными препаратами (фитин/оксалаты, танин, антациды), что резко снижает абсорбцию железа. В

у одного ребёнка с целиакией наблюдалась аллергическая реакция.

Сегодня арсенал антианемической терапии насчитывает большое количество препаратов железа как для орального применения, так и для парентерального введения. В последние годы одним из главных принципов лечения железодефицитных состояний является назначение пероральных ферропрепаратов, которые в качестве действующего начала содержат соли как двухвалентного, так и трехвалентного железа. Двухвалентные соли железа при своем восстановлении в трехвалентное железо в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта образуют свободные радикалы, обладающие повреждающим эффектом. Именно с этим связаны побочные проявления ферротерапии солями железа: гастроинтестинальные расстройства (боль, тошнота, рвота, диарея) и отравление при их передозировке, которое также проявляется тяжелыми гастроинтестинальными расстройствами вплоть до некротического энтероколита и некроза печени. Кроме того, в просвете кишечника соли железа могут взаимодействовать с компонентами пищи и лекар- связи с этим, солевые ферропрепараты назначают натошак, но при этом повреждающее действие солей

железа на слизистую оболочку кишечника может усиливаться вплоть до ее некроза.

Современные препараты трехвалентного железа нового поколения практически лишены этих нежелательных эффектов, так как не требуют восстановления и, следовательно, не вызывают образования свободных радикалов, всасывание солевых препаратов железа состоит из 8, а всасывание железа из гидрооксид- полимальтозного комплекса - из 5 этапов. Всасывание железа из гидрооксид-мальтозного комплекса имеет принципиально иную схему и по своему механизму приближено к абсорбции гемового железа. Оно обеспечивается

активным физиологическим транспортным механизмом, в результате которого железо непосредственно из препарата переносится на трансферрин и ферритин и, связываясь с ними, депонируется в тканях [6].

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы: применение препарата Феропол является эффективным и безопасным в комплексном лечении основного заболевания желудочно-кишечного тракта и анемии, препарат сокращает сроки исчезновения клинико-лабораторных симптомов заболевания и симптомов анемии.

Литература

1. Захарова И.Н., Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Малова Н.Е. Коррекция дефицита железа у детей : научное издание // Лечащий врач. - Москва, 2008. - №7. - С. 34-38
2. Развитие анемии при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей: научное издание / А. В. Малкоч, С. В. Бельмер и др. // Лечащий врач. - Москва, 2010. - №1. - С. 27-30.
3. Камилова А.Т. Детская гастроэнтерология: настоящее и перспективы на будущее.// Патология - Ташкент 2009 №4 С.9-13
4. Махмудова Д.И, Камилова А.Т., Абдуллаева Д.А., Пазылова С.А. Жиззах вилояти болалари уртасида меъда-ичак йули касалликларининг таркиби ва таркалаши//Узбекистан тиббиёт журнали. - 2003.- №5. - С. 37-39.
5. Умарназарова З.Е., Камилова А.Т.. Клинико-гематологические изменения у детей с целиакией //Мед.журн. Узбекистана. - 2002.-№4,- С.42-44.
6. Иноятов Х.П. Особенности клиники и течения железодефицитной анемии у детей раннего возраста : научное издание // Medical express. - Ташкент, 2011. - №2. - С. 30-31
7. Асадов Д.А, Сабилов Д.М., Тагиров Ч.И. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению ЖДА. - Ташкент 2004. - 41 с.