

Лечение ЖДА

Лечение ЖДА у детей раннего возраста должно быть комплексным и базироваться на четырех принципах:



- 1 нормализация режима и питания ребенка;
- 2 возможная коррекция причины железодефицита;
- 3 назначение препаратов железа;
- 4 сопутствующая терапия.

Важнейшим фактором коррекции железодефицита является сбалансированное питание, и в первую очередь грудное вскармливание. Грудное молоко не только содержит железо в высокобиодоступной форме, но и повышает абсорбцию железа из других продуктов, употребляемых одновременно с ним. Однако интенсивные обменные процессы у грудных детей приводят к тому, что к 5–6-му мес жизни антенатальные запасы железа истощаются даже у детей с благополучным перинатальным анамнезом и малышом, вскармливаемым грудным молоком.





Из других продуктов питания наибольшее количество железа содержится в свиной печени, говяжьем языке, телячьих почках, яичном **ЖЕЛТКЕ**, устрицах, бобах, кунжуте, морской капусте, пшеничных отрубях, гречке, фисташках, турецком горохе, персиках, овсяных хлопьях, шпинате, лесных орехах и др.



Абсорбцию железа тормозят танины, содержащиеся в чае, карбонаты, оксалаты, фосфаты, этилендиаминтетрауксусная кислота, используемая в качестве консерванта, антацидные препараты, тетрациклины. Аскорбиновая, лимонная, янтарная и яблочная кислоты, фруктоза, цистеин, сорбит, никотинамид усиливают всасывание железа.



Необходимы длительные прогулки на свежем воздухе, нормализация сна, благоприятный психологический климат, профилактика острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), ограничение физической нагрузки. Питание ребенка должно быть сбалансированным и включать продукты, богатые железом, и вещества, усиливающие его всасывание в кишечнике. Детям, страдающим ЖДА, необходимо вводить прикорм на 2–4 нед раньше, чем здоровым. Введение мясного прикорма целесообразно начинать в 6 мес. Следует отказаться от введения в рацион ребенка таких каш, как манная, рисовая, толокняная, отдавая предпочтение гречневой, ячменной, просяной.



ОТЗОВИК



Однако эти меры недостаточны и не приводят к излечению ЖДА, поэтому основной терапии являются препараты железа. К основным из них, применяемым перорально, относятся: соединения трехвалентного железа — гидроксид-полимальтозный комплекс (полимальтозат железа), мальтофер, мальтофер фол, феррум лек и железо-протеиновый комплекс (железа протеин сукцинилат) — ферлатум; соединения двухвалентного железа — актиферрин, ферроплекс, тардиферон, гемофер, тотема, фумарат железа, ферронат.



Начинать терапию следует препаратами для приема внутрь и только при плохой их переносимости (тошнота, рвота, диарея), синдроме нарушенного всасывания, резекции тонкого кишечника и т. д. — препараты железа назначают парентерально. При назначении пероральных форм следует отдавать предпочтение неионным соединениям железа — протеиновый (ферлатум) и гидроксид-полимальтозный комплексы Fe^{3+} (мальтофер, мальтофер фол, феррум лек).

Таблица 4

Основные группы современных препаратов железа для лечения и профилактики ЖДС

Препараты двухвалентного железа	Препараты трехвалентного железа
Сульфат железа (II) • Актиферрин • Гемофер пролонгатум • Тардиферон • Ферроплекс (пероральные лекарственные формы)	Железо (III) – гидроксид полимальтозный комплекс • Мальтофер • Мальтофер Фол • Феррум Лек (пероральные лекарственные формы; раствор для внутримышечного введения)
Хлорид железа (II) • Гемофер (пероральная лекарственная форма)	
Глюконат железа (II) • Тотема (пероральная лекарственная форма)	
Фумарат железа (II) • Ферронат (пероральная лекарственная форма)	

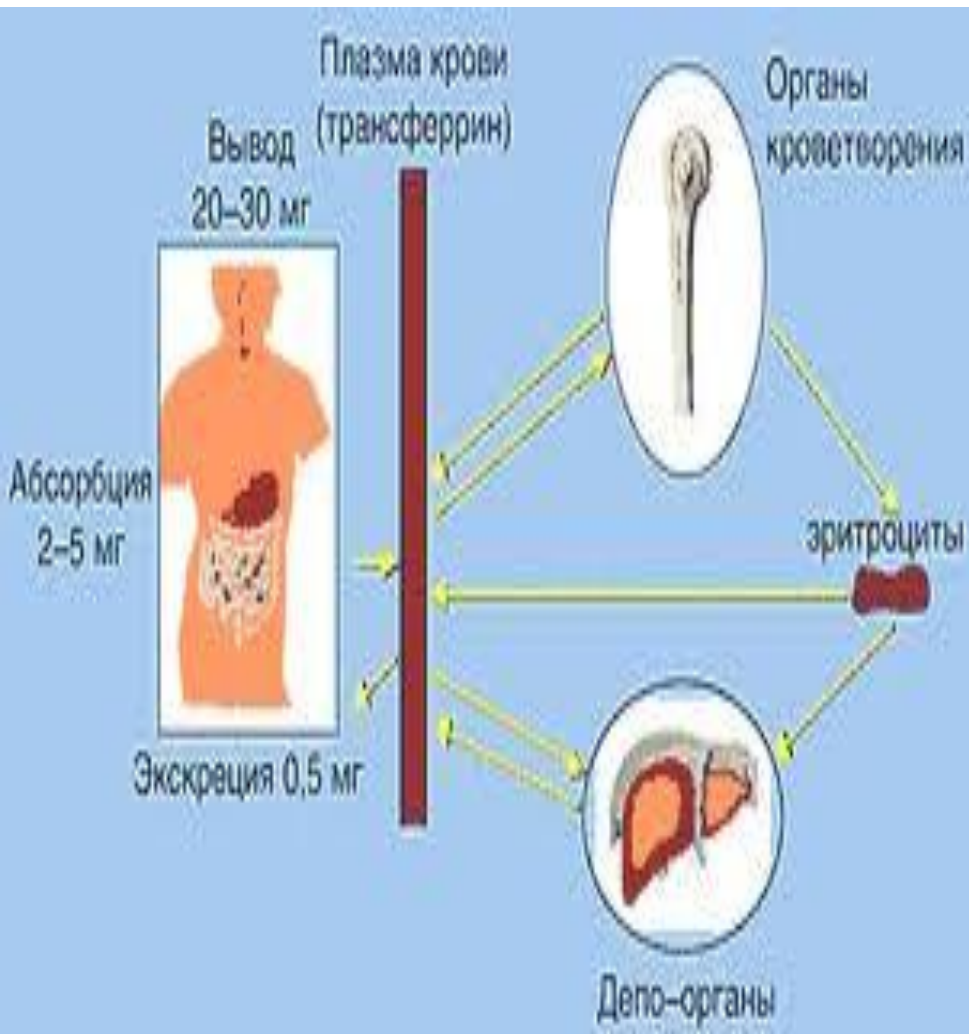
При назначении любых препаратов железа необходимо рассчитывать индивидуальную потребность в нем для каждого пациента, исходя из того, что оптимальная суточная доза элементарного железа составляет 4–6 мг/кг. Среднесуточная доза железа при лечении ЖДА составляет 5 мг/кг. Применение более высоких доз не имеет смысла, поскольку объем всасывания железа не увеличивается.



Применение парентеральных препаратов железа показано для быстрого достижения эффекта при анемии тяжелой степени; патологии ЖКТ, сочетающейся с нарушением всасывания; неспецифическом язвенном колите; хроническом энтероколите; при тяжелой непереносимости оральных форм препаратов.



Необходимо помнить, что у детей раннего возраста дефицит железа никогда не бывает изолированным и часто сочетается с недостаточностью витаминов С, В₁₂, В₆, РР, А, Е, фолиевой кислоты, цинка, меди и др. Поэтому в комплексную терапию ЖДА необходимо включать поливитаминные препараты.



Об эффективности терапии ЖДА можно судить уже через 7–10 дней по увеличению ретикулоцитов в 2 раза по сравнению с исходным количеством (так называемый ретикулоцитарный криз). Также оценивается прирост гемоглобина, который должен составлять 10 г/л и более в неделю.

Если же в течение 3–4 нед не наблюдается значимого улучшения показателей гемоглобина, то необходимо выяснить, почему лечение оказалось неэффективным



Схема 1		
Препарат	Доза, кратность введения	Способ введения
Пирензепин	50 мг 2 раза в день	Внутрь
или метаклопрамид	10 мг 3 раза в день	
Препараты ферментов ПЖ	1-2 табл. по требованию	Внутрь
Поливитамины	2 табл. 1 раз в день	Внутрь
Схема 2		
Глюкоза 40% (или кусочек сахара – перорально)	20-40 мл при приступе	В/в
Пирензепин	50 мг 2 раза в день	Внутрь
или домперидон	10 мг 3 раза в ден	
Препараты ферментов ПЖ	1-2 табл. по требованию	Внутрь
Поливитамины	2 табл. 1 раз в день	Внутрь
Схема 3		
Домперидон	10 мг 3 раза в день	Внутрь
Препараты ферментов ПЖ	1-2 табл. по требованию	Внутрь
Схема 4		
Домперидон	10 мг 3 раза в день	Внутрь
Комбинированный антацид	1 пак по требованию	Внутрь
Схема 5		
Лоперамид	1 табл. 1-5 раз в день	Внутрь
Препараты ферментов ПЖ	1-2 табл. по требованию	Внутрь
Схема 6		
Домперидон	10 мг 3 раза в день	Внутрь
Омепразол	20 мг 1 раз в день	Внутрь
Комбинированный антацид	1 пак по требованию	Внутрь
Схема 7		
Домперидон	10 мг 3 раза в день	Внутрь
Комбинированный антацид	1 пак. по требованию	Внутрь
Схема 8		
Домперидон	10 мг 3 раза в день	Внутрь
Омепразол	20 мг 1 раз в день	Внутрь
Комбинированный антацид	1 пак. по требованию	Внутрь
Урс одезоксихолевая кислота	250 мг 1-2 раза в день	Внутрь
Схема 9		
Домперидон	10 мг 3 раза в день	Внутрь
Рабепразол	20 мг 1 раз в день	Внутрь
Висмута дицитрат	120 мг 4 раза в день	Внутрь



При развитии тяжелых анемий, сопровождаемых угнетением эритропоэза и снижением продукции эритропоэтина, показано назначение препаратов рекомбинантного человеческого эритропоэтина (рчЭПО). Особое значение имеет применение рчЭПО при развитии ранней анемии недоношенных, которая развивается на втором месяце жизни и встречается, по данным различных авторов, в 20–90% случаев.



Поэтому применение рчЭПО является показанием к назначению препаратов железа, как правило, парентеральных. В настоящее время в Российской Федерации разрешены к применению а- и b-эпоэтины, которые вошли в список дополнительного лекарственного обеспечения. Назначение рчЭПО позволяет в большинстве случаев избежать гемотрансфузий, при которых велика вероятность осложнений (трансфузионные реакции, сенсibilизация и пр.).



Целью лечения рчЭПО является достижение показателей гематокрита 30–35% и устранение необходимости переливаний крови. Значения целевой концентрации гемоглобина могут варьировать в зависимости от дней и месяцев жизни ребенка, однако не могут быть ниже 100–110 г/л. В зависимости от дозы целевые значения концентрации гемоглобина и гематокрита достигаются примерно через 8–16 нед.



С целью профилактики
ЖДА рчЭПО
назначается
недоношенным
новорожденным,
родившимся с массой
тела 750–1500 г до 34-й
недели беременности.



Лечение эритропоэтином должно начинаться как можно раньше и продолжаться 6 нед. Препарат рекормон вводят подкожно в дозе 250 МЕ/кг 3 раза в неделю. Однако необходимо учитывать, что чем меньше возраст ребенка, тем более высокие дозы эритропоэтина ему требуются, поэтому доза может быть увеличена.