



## «ФЕРРУМ ЛЕК» В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

А.Н.Хамитова

Алматинское областное управление здравоохранения, врачебная амбулатория Отенай, г. Талдыкорган

Железодефицитная анемия (ЖДА) – самая распространенная патология среди гематологических заболеваний у детей. Как известно, ЖДА является анемией, характеризующейся снижением уровня гемоглобина (Hb) в единице объема крови, уменьшением средней концентрации Hb в одном эритроците при сниженном содержании сывороточного железа и повышенной железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) крови.

Целью работы явилась оценка эффективности лечения ЖДА у детей препаратом «Феррум Лек» (Словения) в условиях сельской амбулатории.

Препарат «Феррум Лек» назначался в комплексе с аскорбиновой кислотой, либо отдельно или с поливитаминами и ферментами (панкреатин, фестал).

Общий анализ крови с ретикулоцитами определяли один раз в 10 дней для мониторинга динамики течения анемии на фоне лечения Феррум Леком.

В зависимости от возраста выявлено, что анемия чаще развивается у детей раннего возраста (до 3 лет) – в 46,7%.

При изучении анамнеза детей раннего возраста выявлена положительная связь между частотой анемии у ребенка и наличием анемии, нефропатии у матери во время беременности, а также наличием в анамнезе перинатальной энцефалопатии, рахита, дисбактериоза кишечника, раннего перевода на искусственное вскармливание.

К традиционным препаратам для лечения железодефицитной анемии и железодефицитных состояний относятся соли двухвалентного железа

(сульфаты, фемараты, глюконаты). К сожалению, помимо доказанной терапевтической эффективности они обладают высоким процентом побочных эффектов (тошнота, неприятные ощущения в области желудка, рвота).

В связи со сказанным, мы выбрали для лечения препарат «Феррум Лек», представляющий собой неионное соединение железа на основе ГПК трехвалентного железа. Помимо высокого содержания элементарного железа преимуществом Феррум Лека является хорошая переносимость, приятный вкус (важно для детей!), а также возможность однократного приема в день (независимо от приема пищи).

Всем пациентам «Феррум Лек» назначали в дозе 3-5 мг/кг/сут. Детям младшего возраста в виде сиропа (50 мг/5 мл). Эффект от проводимого лечения был у всех пациентов (100%), отказов от лечения не было.

Первое повышение уровня гемоглобина отмечалось через 10 дней на 8-10 г/л. На 14-й день от начала лечения повышалось содержание ретикулоцитов в периферической крови. Восстановление уровня гемоглобина при легкой и средней степени ЖДА достигалось к 4-й неделе терапии препаратом «Феррум Лек». При тяжелой степени ЖДА для этого эффекта требовалось больше времени.

Наш опыт позволяет сделать заключение о том, что препарат «Феррум Лек» следует шире применять в лечении железодефицитных анемий у детей, особенно в условиях сельской местности.

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Б.А.Бегманова

КГКП «Городская детская больница №1», г. Тараз

*В данной работе проведен анализ этиологических факторов, клиники, диагностических исследований и опыта консервативного лечения острых нарушений мозгового кровообращения у детей раннего возраста.*

*Ключевые слова: острые нарушения мозгового кровообращения, К-витаминзависимые факторы свертывания крови.*

*Ерте жастағы балалардың жедел ми қан айналымының бұзылуының этиологиялық себептеріне, клиникасына, диагностикалық тексерулерімен консервативті емдеу тәжірибесіне сараптама жүргізу осы жұмыста көрсетілген.*

*Түйінді сөздер: ми қан айналымының жедел бұзылуы, К-дәруменіне тәуелді қан ұю жүйесінің факторлары.*

*In the given work the analysis a etiology factors, clinic, diagnostic research and experience of conservative treatment sharp infringement of brain blood circulation at children of early age is carried out.*

*Keywords: sharp infringements of brain blood circulation, K-vitamin depending factors of curling of blood.*

Одним из перспективных направлений развития детской хирургии представляется изучение этиологии, патогенеза, клиники, диагностики,

дифференциальной диагностики и разработка показаний к оперативному и консервативному лечению ишемических и геморрагических форм инсультов,



обусловленных острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) у детей раннего и старшего возраста [1].

Актуальность проблемы ОНМК не уменьшается, более того в последние годы эта патология регистрируется все чаще и дает высокий уровень летальности и инвалидизации детей.

Причины церебральных инсультов у детей имеют мультифакториальные механизмы и среди частых причин, обуславливающих их развитие стоят церебральные васкулиты, развивающиеся в результате воздействия на организм тяжело текущей инфекционной патологии на фоне перинатальной энцефалопатии, а также натальных травм (чаще у детей первых двух месяцев жизни); нарушений коагуляции и врожденных пороков развития сосудов головного мозга [2].

В данной работе мы представили результаты анализа историй болезней детей раннего возраста с ОНМК, находившихся на стационарном лечении.

За период времени с июля 2009 года по июль 2010 года в наше отделение поступило 19 детей раннего возраста с ОНМК. Из них: до 1-го месяца 6 детей (31,5%), в возрасте до 2-х месяцев 13 детей (68,5%), мальчиков - 12 (63%), девочек - 7 (37%). Заболевание у всех начиналось остро – в стационар дети поступали от начала болезни в 1-ые сутки – 5 детей, на 2-ые сутки – 7, на 3-и сутки – 4 и более 3-х суток – 3 детей. Все больные имели отягощенный анамнез. Так, хронические очаги инфекции во время беременности (хронический пиелонефрит, кольпит) имели пятеро матерей; 3 женщины во время беременности перенесли острую респираторную инфекцию; среди осложнений беременности были – угроза прерывания у 3-х, гестоз у 3-х женщин, у 4-х была анемия различной степени. Самопроизвольных родов - 18, одни роды путем операции кесарево сечение. Доношенных детей 15, недоношенных 4 (до 32-33 недель). Дети при рождении имели вес: от 1500,0г до 2000,0 г двое, от 2000,0г до 2500,0г – один, от 2500,0г до 3000,0г – четверо, более 3000,0г – десять и двое более 4000,0г. Состояние детей при рождении было удовлетворительным, к груди приложены в первые сутки, выписаны из родильного дома на 3-5-ые сутки. Только в одном случае новорожденный переведен на 2-ой этап лечения из-за патологической желтухи. Все дети сразу после рождения привиты вакциной вирусного гепатита В, БЦЖ.

Жалобы при поступлении и клинические проявления были самыми разнообразными. Наиболее частые из них: выраженное беспокойство или сонливость, отказ от груди, многократная рвота, запрокидывание головы назад, судорожные проявления, выбухание большого родничка, выраженная бледность кожных покровов, наличие подкожных гематом, гипотермия, в редких случаях гипертермия, очаговая симптоматика, потеря сознания с нарушением жизненно важных функции организма. И что характерно, у детей раннего возраста в начальной стадии преобладают общемозговые симптомы поражения центральной нервной системы (ЦНС). Состояние при поступлении было терминальным у

четверых детей (21%), крайне тяжелым у 15 больных (78%), у 2-х детей (10%) тяжелым. Степень тяжести состояния зависела как от сроков госпитализации с момента заболевания, так и от топографии и объема кровоизлияния.

В 6-и случаях ОНМК мы расценили как следствие внутриутробной инфекции, на фоне перинатальной энцефалопатии (в ПЦР крови у 3-х детей вирусы СМВ), у 2-х детей в крови и в моче обнаружены *Candida*, в одном случае положительный результат IgM хламидии. В 2-х случаях были врожденные аномалии развития: в одном врожденный порок сердца, в другом частичная атрезия желчевыводящих путей. В 3-х случаях ОНМК развилось на фоне патологической желтухи или в анамнезе отмечался длительный желтушный период и в 2-х случаях как результат перинатального поражения центральной нервной системы и натальных травм.

Всем больным были проведены исследования общеклинические: состояния гемостаза, иммуноферментные, ПЦР биологических жидкостей, спинномозговая пункция, нейросонография, компьютерная томография. Больные консультированы невропатологом. В общем анализе крови у всех детей развилась анемия 2-3 степени. Исследования ликвора проведены во всех случаях: повышение белка в 100%, цитоз с преобладанием лимфоцитов в 26%, наличие в осадке свежих и измененных эритроцитов в 67 %. Без нарушения гемостаза 2 случая (10%), остальные 17 детей (90%) со снижением протромбинового индекса и фибриногена А, т.е. с признаками дефицита К-витаминзависящих факторов свертывания крови. Нейросонография была проведена во всех случаях: паренхиматозные кровоизлияния со смещением срединных структур в 4-х случаях, внутрижелудочковые кровоизлияния с окклюзионной гидроцефалией в 3-х случаях и смещением срединных структур, в остальных субарахноидальное кровоизлияние (63%).

Во всех случаях имелись признаки отека головного мозга в виде снижения сосудистой пульсации, контрастирования рисунка борозд, гипозохгенности извилин. Компьютерная томография проводилась в поздние сроки: смещение срединных структур у 7-ых детей, окклюзионная гидроцефалия у 3-х, атрофически-ишемические изменения головного мозга у 5-ых детей.

Всем больным проводилась комплексная консервативная терапия, направленная на восстановление нарушенных жизненно важных функции организма: длительная искусственная вентиляция легких при угнетении дыхания; антигеморрагическая терапия переливанием однокрупной свежезамороженной плазмы 15-20 мл/кг, этамзилат натрия 12,5% до 10 мг/кг, для коррекции К-витаминзависящих факторов свертывания - викасол 1% по 0,5 мл 1 раз в сутки; с заместительной целью переливали эритроцитарную массу 15 мл/кг. Из кортикостероидных препаратов выбора был дексаметазон 10 мг/кг, учитывая его противоотечный эффект. С момента поступления детям назначали с противоишемической целью нимодипин, в первые 2 часа 7,5 мкг/кг/ч под наблюдением гемодинамики, затем 15 мкг/кг

непрерывно в течение 7 суток. В последний год мы активно применяли цераксон с нейтропротекторной целью в дозе 100 мг в сутки в 2 введения в/в медленно через перфузор. Раннее введение нимодипина и цераксона значительно сокращало пребывание детей на ИВЛ и в коматозном состоянии. Актовегин с антигипоксантами целью назначали в дозе до 1000 мг в сутки. С дегидратационной целью маннит 0,5 г в/в капельно в течение 30 мин ч/з день. Антибактериальную терапию начинали с введения цефалоспоринов 3-го поколения.

Объем инфузионной терапии проводили с расчетом ЖФП – 25% в сутки.

Из реанимационного отделения детей переводили не ранее 10 суток, после стабилизации состояния.

Несмотря на все проведенные консервативные мероприятия, из 19-и больных умерло трое детей

(15%). Конечно, по сравнению с 2002-2003 годами, когда летальность от этой патологии у нас составляла 44%, мы имеем положительную динамику результата консервативного лечения, но беспокоит высокий процент инвалидизации после перенесенного ОНМК. В нашем случае 5 детей выписались с относительно благоприятным исходом, остальные 11 (58%) с остаточными дислокационными, окклюзионными, атрофическими изменениями в головном мозге.

Таким образом, по нашим наблюдениям ОНМК в основном встречаются у детей в возрасте от 1-го до 2-х месяцев жизни. У 90 % детей с ОНМК наблюдаются дефицит К-витаминов зависящих факторов крови, поэтому, возможно, в профилактике этой патологии необходима коррекция дефицита витамина К. От своевременности и адекватности выбранной тактики лечения зависит прогноз и исход заболевания.

#### Литература:

1. Ешмаганбетулы С. Итоги и перспективы развития детской хирургии в Казахстане. Педиатрия и детская хирургия. 2002; 3: 5-9
2. Качурина Д.Р. Церебральные инсульты у новорожденных. Педиатрия и детская хирургия. 2004; 2: 19-22
3. Сарина С.Д. Бегманова Б.А. Клинические случаи внутричерепных кровоизлияний нетравматического генеза у детей. Актуальные проблемы здоровья детей. Материалы научных трудов Научного центра педиатрии и детской хирургии. Алматы, 2007; 225-227

## ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ДЫХАТЕЛЬНЫХ И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

**А.О.Момынкулов, К.Н.Надиров, А.Р.Ким, Г.Н.Нигай, З.К.Сапабекова**  
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова  
Детская городская клиническая больница №1, г. Алматы

Инородные тела (*corpora aliena*) — чужеродные для организма предметы, внедрившиеся в его ткани, органы или полости через поврежденные покровы или через естественные отверстия [1].

Ведение пациентов с инородными телами пищеварительного тракта, дыхательных путей, мочевых путей требует участия в лечебно-диагностическом процессе врачей разных специальностей – хирургов, эндоскопистов, гастроэнтерологов, урологов, проктологов, торакальных хирургов, психиатров, в связи с чем, появилась настоятельная необходимость подготовки данного сообщения [1,2].

Инородные тела верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в детском возрасте встречаются довольно часто. Причиной всему стремление детей глотать любые попавшиеся предметы. Даже значительные по размерам предметы проходят через пищевод, привратник и баугиниеву заслонку без повреждения пищеварительного канала у 80-90% , но у 10-20% больных требуется проведение лечения, чаще эндоскопического их удаления и только у 1% — хирургического вмешательства [3].

Алгоритм работы врача – детского хирурга приемного отделения начинается с осмотра, тщатель-



Рисунок 1