

DOI 10.36074/logos-08.07.2022.099

НОВЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Каримкулов Н.А.

*Ташкентская Медицинская академия, кафедра хирургических болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

Садыков Р.Р.

*Ташкентская Медицинская академия, кафедра хирургических болезней
Андижанский государственный медицинский институт*

РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН

Актуальность

В детской патологии гемангиомы занимают ведущее место по частоте встречаемости. Они характеризуются быстрым ростом, поражением близлежащих тканей и структур. Активный рост гемангиом наблюдается в первые 18 месяцев. В период роста гемангиома имеет ярко красный цвет, мягкую консистенцию, обычно температура над опухолью повышена. Гемангиома – сосудистая опухоль доброкачественного генеза, которая проявляется быстрым ростом и инвазией в окружающие ткани, особенно в первые 18 месяцев жизни ребенка. В Узбекистане частота встречаемости гемангиом достигает до 10-15. В большинстве случаев у детей с гемангиомами сопутствует анемия различной степени тяжести, что ограничивает возможности хирургических вмешательств.

В целом оперативное лечение гемангиом связано с меньшим риском кровотечения, чем другие крупные операции, тем не менее, она повышает риск развития анемии и дефицита железа после операции. Кроме того, наличие анемии или дефицита железа является распространенным явлением, которое связано с повышенным риском периоперационных осложнений и развитием анемии в средне- и долгосрочном послеоперационном периоде.

Результаты и обсуждения

Наиболее частый дефицит затрагивает витамин В₁₂, кальций и витамин D, а также железо. Что касается железа, то обычно рекомендуется доза 45-60 мг элементарного железа, в том числе содержащегося в поливитаминах 25. Следует помнить, что толерантность к железу в первые недели после операции может быть нарушен пероральный прием пищи из-за повышенного риска побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта. В любом случае, время начала приема добавок и доза будут зависеть от таких факторов, как предыдущие отложения железа, периоперационная кровопотеря, особенности операции (более высокие требования при методах, исключая двенадцатиперстную кишку и первые петли тощей кишки), переносимость диеты (с продуктами, содержащими железо) и наличие кровопотери.

Если лечение железом необходимо в первые несколько недель, рекомендуется использовать жидкий препарат или пакетики и избегать приема добавок железа. Если лечение железом необходимо в первые несколько недель, рекомендуется использовать жидкий препарат или препарат в саше и

избегать больших таблеток. Если анемия отсутствует в раннем послеоперационном периоде, можно рассмотреть возможность приема 40-65 мг элементарного железа, включенного или связанного с поливитаминным комплексом, обычно назначаемым при выписке, в зависимости от толерантности пищеварения пациента.

Пациенты со значительной послеоперационной анемией ($Hb < 10$ г/дл) будут оцениваться на предмет критериев трансфузии в соответствии с текущими рекомендациями, которые советуют ограничительную стратегию трансфузии ($Hb < 7$ г/дл или $Hb 7-9$ г/дл с сопутствующими факторами риска, или гемодинамическая нестабильность) 26. Помимо возможной трансфузионной поддержки в описанных выше ситуациях, всем этим пациентам может быть полезно быстрое восполнение запасов железа с помощью внутривенной ферротерапии в соответствии с рассчитанным дефицитом железа.

В дополнение к рекомендациям по предварительному приему витаминов рекомендуется специальный мониторинг дефицита железа и железodefицитной анемии, что позволяет выявить изменения на ранней стадии. Через один-два месяца после вмешательства рекомендуется провести клинико-аналитическую оценку, включая анализ крови и обмен железа 36. У пациентов, которые перенесли операцию несколько месяцев, при обнаружении анемии и/или дефицита железа необходимо возобновить наблюдение. Очень важно, особенно в случаях с потерей наблюдения, изучить причину анемии и исключить заболевания со специфическим лечением, такие как дефицит витамина B_{12} или фолатов, или другие менее частые дефициты, такие как дефицит меди 11.

Если в ходе этой оценки через несколько месяцев после вмешательства обнаруживается абсолютный (ферритин < 30 нг/мл) или функциональный (ферритин 30-100 и/или $IST < 20\%$) дефицит железа, с анемией или без нее, рекомендуется лечение пероральным препаратом железа 100-200 мг/день и повторная оценка его эффективности через 8-12 недель лечения. В случае $Hb < 10$ г/дл, при предшествующей непереносимости или неэффективности перорального железа, сопутствующих значительных кровопотерях, или методах мальабсорбции, рекомендуется проводить терапию железом внутривенно до достижения расчетного дефицита железа, особенно если анемия симптоматическая. У таких пациентов может быть выявлена тяжелая степень железodefицитной анемии ($Hb < 8$ г/дл), обычно хроническое течение в течение нескольких недель или месяцев и, как правило, с хорошей клинической переносимостью, поскольку развиваются компенсаторные механизмы, обеспечивающие в нормальных условиях адекватную оксигенацию тканей, оставаясь практически без симптомов даже при очень низком уровне Hb (5 г/дл). Пациентам с тяжелой железodefицитной анемией рекомендуется лечение железом внутривенно, чтобы свести к минимуму возможность получения переливания крови. У пациентов, у которых не было анемии или дефицита железа в послеоперационном контроле (ферритин > 30 нг/мл и $IST > 20\%$), или у тех, кому лечение было назначено для восстановления, рекомендуется продолжать наблюдение с ежеквартальными анализами и продолжать обычный прием микроэлементов, включающих железо. Выявление и лечение предоперационной анемии может помочь снизить заболеваемость и смертность, а также потребность в периоперационном переливании крови. В послеоперационном периоде пациентам, перенесшим операцию,

рекомендуется оценка и раннее начало приема специальных пероральных добавок железа, особенно тем, кто подвержен повышенному риску дефицита железа.

Заключение

Эффективность лечения пероральными препаратами железа может быть ограничена появлением побочных эффектов, плохой приверженностью или изменениями в его всасывании, которые обуславливают некоторые методы. В этих случаях лечение с помощью внутривенного введения железа является удобной и эффективной альтернативой, и иногда его следует поддерживать в долгосрочной перспективе. Кроме того, пациентам с тяжелой железодефицитной анемией особенно рекомендуется лечение железом внутривенно, чтобы свести к минимуму возможность получения аллогенного переливания крови. В любом случае, необходимы дальнейшие исследования для определения наиболее подходящей схемы профилактики и лечения дефицита железа с анемией или без нее у этих пациентов.