

В. А. Кувшинников, А. И. Дакмак, В. Б. Рыжко, О. А. Платонова,  
А. П. Стадник, С. Г. Шенец

## ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Г. МИНСКА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «3 детская городская клиническая больница»

---

*Статья содержит анализ распространённости и осуществления профилактики железодефицитной анемии у детей раннего возраста в г. Минске. В статье показаны недостатки профилактики железодефицитной анемии у беременных, кормящих матерей и детей раннего возраста в г. Минске.*

**Ключевые слова:** беременные, кормящие матери, дети раннего возраста, железодефицитная анемия.

**V. A. Kuvshinnikov, A. I. Dakmak, V. B. Rizhko, O. A. Platonova, A. P. Stadnik, S. G. Sheneth**

### **THE REALIZATION OF PREVENTION OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN EARLY AGE CHILDREN IN MINSK**

*This article contains an analysis prevalence of anemia and realisation of prevention iron deficiency anemia in early age children in Minsk. In the present paper we have been observed the shortages of prevention of iron deficiency anemia in pregnant women, nursing mothers and in early age children in Minsk.*

**Key words:** pregnant women, nursing mothers, early age children, iron deficiency anemia.

---

Как известно, чрезвычайно велика распространённость в мире железодефицитных состояний. Латентный дефицит железа (ЛДЖ), по данным ВОЗ, констатируется у 3,6 млрд жителей Земли, а железодефицитная анемия (ЖДА) – у 1,8 млрд (13). Согласно данным литературы, распространённость анемий у детей также значительна, особенно у детей раннего возраста. Так, по данным Л.И.Дворецкого и А.В.Папаяна в России она составляет 50% у детей раннего возраста, и около 20% у детей старшего возраста (1,4). Общеизвестно, что 80% всех анемий являются железодефицитными (4).

Весьма существенна роль железа в развивающемся детском организме. Это и перенос гемоглобином (Hb) кислорода к тканям и органам, и участие в процессах роста, физического и интеллектуального развития детей, в становлении и функционировании иммунной системы, в резистентности организма ребёнка к неблагоприятным условиям окружающей среды, в накоплении токсикантов (свинца) в организме растущих детей (3,4,6,7,9,10,11).

Целью исследования было выявление распространённости анемий у детей различного возраста, а также анализ осуществления профилактики ЖДА у детей раннего возраста.

#### **Материал и методы**

Обследовано 9052 анализа крови ребёнка в возрасте до 18 лет одной из детских поликлиник г. Минска за 2010 год. Анемией считали, согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, снижение Hb ниже 110г/л у детей до 6 лет, и ниже 120г/л у детей старше 6 лет(8). Постановка профилактики изучалась с помощью анкетно-опросного метода. Анкета включала 18 вопросов о постановке профилактики ЖДА у беременных и кормящих матерей. Было опрошено 100 матерей детей первого года жизни, лечившихся в УЗ 3 ГДКБ Минска с различными заболеваниями (неонатальная желтуха, омфалит, ОРИ, бронхит, пневмония, отит и др.) Во время беременности эти женщины наблюдались в 30 женских консультациях или отделениях поликлиник города.

#### **Результаты и обсуждение**

В результате проведенных исследований удалось уста-

новить, что встречается анемией у детей г. Минска, по данным поликлиники, оказалась значительной, особенно у детей раннего возраста. Так, из 9052 обследованных детей и подростков до 18 лет анемия выявилась у 657 (7,25%), а пограничное снижение Нв, приравняваемое к ЛДЖ – ещё у 1152 детей (12,7%). Наибольшая же частота анемий выявилась у детей первого года жизни, и составила 21,4% (у 352 из 1651 обследованных), и ЛДЖ ещё у 27% (у 445 из 1651 обследованных). Подитоживая эти данные, констатируем, что распространённость железодефицитных состояний (около 50%) сопоставима с данными литературы (1). Анемия и ЛДЖ у детей более старшего возраста встречалась реже. Так, анемия у детей 1-6 лет выявлена у 3,81%, а в возрасте 7-17 лет – у 4,4%. Соответственно ЛДЖ отмечен у 11% и 8,35% соответственно. Представляло интерес выяснить выявляемость анемии в различное время года. Оказалось, что чаще анемии выявляются осенью (см.таблицу).

Общеизвестно, что дефицит железа у ребёнка раннего возраста напрямую зависит от наличия железодефицитного состояния у групп риска – женщин детородного возраста, беременных и кормящих матерей, и от профилактики дефицита железа у этого контингента (2,5,6,12). Согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, а также принятым в РФ рекомендациям, и разработкам проф. Л.А.Смирновой, всем беременным во второй половине беременности и в течение всего периода лактации рекомендуется приём препаратов железа в дозах 60 – 100 мг элементарного железа в сутки.

Проведенное анкетирование 100 матерей детей первого года жизни показало следующее. Во время беременности все они наблюдались в 30 женских консультациях или отделениях поликлиник Минска. Среди них до 20 лет было 3, до 25 лет – 31, до 30 лет – 41, до 35 лет – 19, и старше 35 лет – 6 женщин. Первородящих было 55, рожавших 2 раза – 37 и три раза – 8

До беременности снижение Нв в крови было у 13 женщин. В возрасте до 20 лет – ни у одной из 3, до 25 лет-у 5 из 31 (16,1%), до 30 лет-у 5 из 41 (12,2%), до 35 лет-у 2 из 19 (10,5%) и старше 35 – у 1 из 6 (26,7%). Эти женщины, по совету врача, периодически получали препараты железа.

В результате опроса удалось установить, что снижение Нв в крови во время беременности при обследовании в женской консультации было обнаружено у 62 женщин из 100 опрошенных (62%). Из 54 первородящих снижение Нв во время беременности было выявлено у 34 (63%), из 27 рожавших повторно – у 20 (54%) и из 9 рожавших 3 раза – у 8 (89%). Снижение Нв только в первом триместре отмечалось у 6 из 62 (10%), только во втором триместре у 11 из 62 (17,7%), только в третьем триместре-у 23 (37,1%), в первом и втором триместре – у 2 (3,5%), в трёх триместрах у 12 (19,4%), и во 2 и 3 триместрах – у 7 (11,3%). Все 12 жен-

щин, у которых снижение Нв отмечалось во всех трёх триместрах беременности, были из группы женщин, имевших низкий гемоглобин до беременности.

Во время наблюдения за беременными в женских консультациях одной группе женщин со снижением Нв назначались: только препараты железа (сорбифер, тардиферон, и др.)-22 женщинам из 62 (35,5%); второй группе препараты железа чередовались с поливитаминами комплексами с микроэлементами и железом (элевит, теравит, гравитус и др.)-28 женщинам из 62 (45,1%); третья группа-9 женщин-получали только поливитаминовые комплексы с железом (14,5%), и 3 женщины не получали ни того, ни другого, несмотря на обнаруженное у них снижение Нв во время беременности.

Из 38 (из 100 опрошенных беременных), у которых не было выявлено снижения Нв во время беременности, комплекс витаминов с минералами и железом получали, по рекомендациям акушеров-гинекологов, 21 женщина (55,3%), а одной назначили и препараты железа.

Подводя итоги, следует констатировать, что из 100 опрошенных беременных, 19 женщин не получали во время беременности ни препаратов железа, ни поливитаминовых комплексов с железом. В то же время, обнаружение снижения Нв во всех трёх триместрах беременности (у 12 из 62 – 19,4%), и во втором и третьем (у 7 из 62 – 11,3%), может свидетельствовать о нерациональной коррекции дефицита железа у этих 19 беременных из 62 ( 30,7% из группы с выявленным снижением Нв во время беременности).

При расспросе беременных можно восстановить преобладающую тактику проведения профилактики ЖДА в женской консультации. При обнаружении снижения Нв во время планового обследования беременной назначался какой – либо препарат железа; через 10 – 15 дней производился повторный анализ крови. При нормализации Нв препарат железа отменялся. Если в дальнейшем Нв опять снижался, препараты железа назначались повторно. Препараты железа беременные прекращали принимать: за неделю до родов 3 женщины, за 2 недели-1, за 1 месяц-7, за 2 и более месяцев – 9. Получали препараты железа в течение 1 недели беременности – 8 женщин, 2 недели-8, 3 недели-1, 1 месяц-1, 2 месяца-7, 3 месяца-2 (всего 52). Получали препараты железа весь срок беременности с перерывами – 1 женщина; приём и витаминов с железом и препаратов железа чередовали весь срок беременности 11 женщин. Подсчитать курсовую дозу железа, полученную каждой беременной за весь срок беременности не представляется возможным.

Что касается периода лактации, то только 1 кормящей матери педиатр рекомендовал принимать препараты железа во время лактации. В то же время, 15 женщинам из 100 это рекомендовали акушеры-гинекологи.

Таким образом, профилактика ЖДА у детей раннего возраста в Минске проводится неудовлетворительно. Далеко не все акушеры – гинекологи придерживаются разработанных проф. Л.А.Смирновой рекомендаций по профилактике и лечению ЖДА беременных (5,6) и рекомендаций экспертов ВОЗ (12,13), а педиатры практически не дают этих рекомендаций кормящим матерям. Результатом этой недоработки является выявленная нами высокая распространённость анемии у детей раннего возраста.

При обследовании 9052 детей в одной из детских поликлиник г. Минска распространённость анемий у детей первого года жизни составила 21,4%, а «пограничное» снижение Нв (ЛДЖ) выявилось ещё у 27%, итого – 48,4%, что согласуется с данными по Российской Федерации (1). Анемия у детей 1 – 6 лет была выявлена в 3,81%, а в возрасте 7-17 лет – в 4,4% (ЛДЖ, соответственно, в 11% и 8,35%).

**Таблица 1. Распространённость анемии и ЛДЖ у детей в различные периоды года.**

Сезон года		осень		зима		весна		лето		За год по возрасту		
Стадия анемии	Возраст	Всего детей	абс %	Всего детей	абс	%						
<b>ЖДА</b>	0-12 мес.	350	96 27,4	483	93 19,3	359	73 20,4	459	90 19,6	1651	352	21,42
	1-6 лет	1108	68 6,13	868	26 2,99	644	12 1,86	711	21 2,95	3331	127	3,81
	7 лет и старше	1206	52 4,31	1256	50 3,98	994	46 4,62	614	30 4,88	4070	178	4,37
<b>ЛДЖ</b>	0-12 мес.	350	93 26,5	483	120 24,8	359	111 30,9	459	121 26,4	1651	445	26,95
	1-6 лет	1108	142 12,8	868	89 10,3	644	59 9,16	711	77 10,9	3331	367	11,01
	7 лет и старше	1206	107 8,87	1256	89 7,1	994	87 8,75	614	57 9,28	4070	340	8,35
За год по сезонности	ЖДА	2664	216 8,1	2607	169 6,5	1997	131 6,55	1784	141 7,9	<b>Итого:9052</b>		
	ЛДЖ	2664	342 12,8	2607	298 11,5	1997	257 12,9	1784	255 14,2	ЖДА:657 (7,25%) ЛДЖ:1152 (12,7%)		

В результате опроса 100 кормящих матерей детей первого года жизни удалось установить, что с целью профилактики ЖДА женщинам во время беременности акушеры – гинекологи рекомендовали приём препаратов железа или витаминно-минеральных комплексов с железом (элевит, теравит и др.) в основном, при обнаружении снижения Hb крови. По нормализации содержания Hb препараты отменялись. Если в дальнейшем течении беременности Hb в крови вновь снижался, препараты железа назначались вновь, до нормализации уровня Hb. Эта тактика профилактики и лечения ЖДА у беременных отличается от существующих рекомендаций (5,6,12).

Из 100 опрошенных кормящих матерей педиатры рекомендовали принимать им препараты железа в период лактации для профилактики ЖДА у их детей только в 1 случае, а акушеры-гинекологи в-15.

### Литература

1. Дворецкий, Л. И. Железодефицитные анемии / Л. И. Дворецкий // Русский мед. журнал. 1997. № 19. С. 1234 – 1242.
2. Информационно-аналитические материалы Министерства Здравоохранения РБ. Минск, 2000. С. 17 – 19.
3. Коровина, Н. А. Железодефицитные анемии у детей: метод. рек. / Н. А. Коровина, А. П. Заплатников, И. Н. Захарова. М., 1999.

4. Папаян, А. В. Анемии у детей / А. В. Папаян, Л. Ю. Жукова. Изд. Питер. 2001.

5. Смирнова, Л. А. Дефицит железа у беременных / Л. А. Смирнова, Л. М. Минайчева // Охрана материнства и детства. 2000. № 1. С. 62 – 71.

6. Смирнова, Л. А. Объективная оценка эффективности различных препаратов железа в режимах профилактики / Л. А. Смирнова, Н. И. Лакотко // Медицинские новости. 2003. № 11. С. 68 – 73.

7. Стадник, А. П. Влияние сидеропении у кормящих матерей на состав грудного молока / А. П. Стадник // Мед. журн. 2006. № 3 (17). С. 96 – 98.

8. Детские болезни / цит. по: Н. П. Шабалов. Изд. Питер, 1999. С. 721.

9. Шенец, С. Г. Роль свинцовой интоксикации в структуре и патогенезе анемического синдрома у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. Г. Шенец. Минск, 2002.

10. Yip, R. Declining prevalence of anemia in the United States / R. Yip [et al.] // JAMA. 1987, 258: 1619 – 1623.

11. Lozoff. Long-term developmental outcome of infants with iron deficiency / Lozoff [et al.] // N Engl. J. Med. 1991. V. 325. P. 687 – 694.

12. WHO/UNICEF., Guidelines for iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia / Report of International Anemia Consultative Group, 1998.

13. WHO, UNICEF, UNU. IDA: prevention, assessment and control: report of a joint WHO/UNICEF/UNU consultation. Geneva: WHO; 1998.

Поступила 01.06.2011 г.