

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Кувшинников В.А., Шенец С.Г.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

sg.shenets@gmail.com

Профилактика дефицита железа – актуальная проблема здравоохранения. В различные периоды (в 1995–1997 гг. и в 2018–2019 гг.) исследовалась частота железодефицитных состояний (ЖДС) у детей. В 1995–1997 гг. была выявлена высокая частота ЖДС у детей раннего возраста и подростков. В 2018–2019 гг. установлено снижение частоты ЖДС у подростков и сохранение высокой частоты ЖДС у детей раннего возраста. Выявлены недостатки профилактики дефицита железа у беременных, кормящих женщин и детей раннего возраста.

Ключевые слова: распространённость, железодефицитные состояния, медицинская профилактика.

DYNAMICS OF PREVALENCE OF IRON DEFICIENCY IN CHILDREN IN THE REPUBLIC OF BELARUS

Kuvshinnikov V.A., Shenets S.G.

Belarusian State Medical University

Minsk, Belarus

Prevention of iron deficiency (ID) is a pressing problem of public health. At different times (1995–1997 and 2018–2019) the occurrence of iron-deficient states in children was examined. In 1995–1997 a high frequency of iron-deficient states in infants and adolescents was identified. In 2018–2019 a decrease in the incidence of IDS in adolescents and a high rate of IDS in young children were found. Disadvantages of iron deficiency prevention in pregnant women, lactating women and young children have been found.

Key words: prevalence, iron-deficient states, prevention.

Железодефицитные состояния (ЖДС) – железодефицитная анемия (ЖДА) и латентный дефицит железа (ЛДЖ) – широко распространённая патология среди населения Земли. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), дефицит железа (ДЖ) занимает первое место среди 38 наиболее распространённых заболеваний человека [4]. Группами риска по развитию ДЖ являются женщины детородного возраста, беременные, кормящие, дети раннего возраста, подростки [4, 6]. ДЖ негативно влияет на когнитивное развитие детей, сопровождается иммунодефицитом [5]. Распространённость ДЖ зависит от пола, возраста, физиологических особенностей, социально-экономических условий, питания и др. [3].

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и основные причины ЖДС у детей различного возраста в различные временные периоды.

Материал и методы исследования. В 1995–1997 гг. были проанализированы 3805 историй развития детей г. Минска и двух районов РБ [1]. Исследовался уровень гемоглобина, показатели MCV, MCH, RDW,

определялся уровень сывороточного ферритина. В 2018–2019 гг. повторно изучили показатели крови у 2088 детей различного возраста одной из детских поликлиник г. Минска. Проведен также опрос свыше 300 матерей детей первых 3 лет жизни, находившихся на лечении в 3 ГДКБ и ГДИКБ г. Минска. Проведен анализ эффективности профилактики ЖДА у женщин в период беременности и лактации, а также у детей на первом году жизни.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования частоты ЖДС в 90-е годы показал, что чаще всего ЖДА и ЛДЖ встречались на первом году жизни: ЖДА – у 25–43%, и ЛДЖ – до 50%. У детей от 3 до 7 лет ЖДА выявлена у 6,3%, а ЛДЖ – у 43,8%, у детей от 7 до 12 лет ЖДА – 9%, ЛДЖ – 20,7%. В возрасте 13–15 лет выявлялись половые различия: если ЖДА у мальчиков-подростков встречалась в 7–11%, и ЛДЖ в 31%, то у девочек – подростков ЖДА выявлялась в 10,5–20%, а ЛДЖ – в 37% случаев [1].

В 2018–2019 гг. повторно провели исследование распространённости ЖДС у детей. Было обследовано 2088 детей различного возраста одной из детских поликлиник г. Минска. Результаты исследования были следующими. У детей возраста старше 4 месяцев – 1 года – ЖДА выявилась у 13,8% обследованных, ЛДЖ – у 37,9%; от 1 года до 2 лет – ЖДА – 32,1%, ЛДЖ – 52,4%; у детей 2–3 лет ЖДА – 3,6%, ЛДЖ – 35,5%, в 4–6 лет – ЖДА – 0,4%, ЛДЖ – 7,2%; в 7–11 лет – ЖДА – 0,4%, ЛДЖ – 0,4%; в 12–14 лет – ЖДА – 0,9%, ЛДЖ – 6,7. У мальчиков этой возрастной группы ЖДА встречалась в 1% случаев, а ЛДЖ в 3% случаев, у девочек, соответственно, ЖДА в 0,9% и ЛДЖ в 10,5%. Таким образом, половые различия начинают проявляться уже в 12–14 лет, но достигают максимума в возрасте 15–17 лет: если у юношей этого возраста ЖДС не встречались, то у девушек ЖДА выявилась в 2,1% случаев, а ЛДЖ – в 6,5% случаев. Анализируя полученные данные, следует констатировать, что у детей, начиная с 4–6 лет и старше частота встречаемости ЖДА и ЛДЖ снизилась по сравнению с данными 90 гг. Особенно характерно отличие величины ЖДС у подростков – снижение в несколько раз. Это мы связываем с улучшением социально-экономического положения в стране и улучшением питания населения. Однако, у детей первого – второго года жизни частота ЖДС остаётся по-прежнему высокой. При том, что основная масса опрошенных матерей (свыше 80%) кормили своих детей грудным молоком. При проведенном опросе удалось выяснить, что препараты железа беременным женщинам назначали краткосрочно и только при снижении гемоглобина в крови ниже 100–110 г/л. В то же время, в период лактации кормящим женщинам в 99% не назначались препараты железа, и детям первого года жизни также не назначаются профилактически препараты железа. Как показали результаты нашего опроса, рекомендации по профилактике ЖДА или вообще не реализуются, или реализуются не в полном объёме. Именно с этими недоработками мы связываем сохраняющуюся высокую распространённость ЖДС у детей первых лет жизни и связанную с этим высокую частоту заболеваемости ОРВИ, отитом [2] детей раннего возраста.

Заключение. На распространённость ЖДС влияет, прежде всего, социально-экономическое положение страны и непосредственно связанное с этим, достаточное, сбалансированное питание населения, в том числе детского,

что и показывают результаты нашего исследования. На втором месте находится профилактика ЖДС, явные недоработки которой выявлены нашим исследованием. Это определяет необходимость проведения общеизвестной профилактики, строгой оценки её выполнимости и эффективности.

Список литературы

1. Кувшинников В.А., Шенец С.Г., Стадник А.П., и др. Проблема железодефицитной анемии и преданемических состояний у населения РБ и пути её решения. Актуальные проблемы гематологии и трансфузиологии. Сб. материалов Международной научно-практической конференции. Минск, 2000. С. 24-27.
2. Кувшинников В.А., Самудинова С.Т., Шенец С.Г., и др. Заболеваемость и рецидивирование острого среднего отита у детей раннего возраста. Медицинский Журнал. 2019. №3. С. 67-70.
3. Румянцев А.Г., Захарова И.Н., Чернов В.М., и др. Распространённость железодефицитных состояний и факторы, на неё влияющие. Медицинский Совет. 2015. №6. С. 62-66.
4. Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries. WHU Region Publications, European Series, 87. WHU 2000, updated reprint 2003.
5. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. - Geneva: World Health Organization, 2001 (document WHO/NHD/01.3).
6. Osendarp S.J., Murray-Colb L.E., Black M.M. Case study on iron mental development - in memory of John Beard (1947-2009). Nutr. Rev. 2010, V.68, №1, P. 48-52.