

И.З. МАМБЕТОВА, К.Н. ТАЖИЕВА, В.Р. ШИМ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Амбулаторлы-емханалық педиатрия кафедрасы*

БАЛАЛАР ЕМХАНАСЫНДАҒЫ ФОНДЫҚ ПАТОЛОГИЯЛАРЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН САРАПТАУ

Теміртапшылықты анемия — жер бетінде кең тараған патологиялық үрдіс, оның саны барлық анемиялардың 80-95% құрайды. Алматы қаласындағы №4 және №8 ҚБЕ-дағы фондық патологиялармен диспансерлік бақылаудың сапасы анықталды. Фондық патологиялармен, соның ішінде теміртапшылықты анемиямен 81 бала, созылмалы тамақтанудың бұзылыстарымен 65 бала, мешел ауруымен 52 бала диспансерлік бақылауда болған. Темір тапшылық анемиямен есепте тұратын барлығы 81 баланың амбулаторлық картасы (ф-112-у) бойынша сараптама жасалды.

Тексеруге алынған диспансерлік топтағы балалардың 15-і (19 %) 1 жасқа дейінгі балалар, 31-і (38 %) 1-3 жастағы балалар, ал қалған 35-і (43 %) 3-5 жастағы балалар болды.

№4 және №8 Қалалық балалар емханасындағы диспансеризация сапасы жоғары деңгейде ұйымдастырылған.

Төмендегі шараларға аймақ дәрігерлерінің назарларын аударуға ұсынылады:

- Аналарға ана сүтімен тамақтандырудың маңызын насихаттау
- ТТА-ның антенатальді профилактикасын жүргізу
- Қосымша тамақтандыруды уақытында енгізу
- Темір тапшылық жағдайын ерте анықтап, тиімді ем – шаралар қолдану
- Тамақтану рационына темірге бай тағамдарды мезгілімен енгізу
- Диспансерлік бақылауды белсенді жүргізу.

Балаларда жиі кездесетін фондық патологияларға теміртапшылықты анемия, дистрофиялар, мешел аурулары жатады.

Түйінді сөздер: теміртапшылықты анемия, диспансеризация, қауіп қатер факторы

Анемия — қан гемоглобинінің жалпы мөлшерінің азаюымен сипатталатын патологиялық жағдай. Гемоглобиннің (Hb) жалпы мөлшерінің азаюы көбіне эритроциттер санының азаюымен қосарланады. **Теміртапшылықты анемия** (ТТА) — қан сарысуында, сүйек миында, деполарда темірдің жетіспеуінен дамиды. Темірдің тапшылығынан гемнің және құрамына темір кіретін ақуыздардың синтезі бұзылады. Темірдің тапшылығы екі түрлі бұзылысқа әкеледі — сидеропенияға және анемияға. Гемоглобин синтезінің бұзылысынан анемия дамыса, миоглобиннің және құрамына темір кіретін ферменттердің синтезінің бұзылысынан сидеропениялық синдром пайда болады. Сидеропениялық синдром анемияның көрінісінен бұрын дамиды, бірақ науқас оның белгілерін елеместен жүре береді. Теміртапшылықты анемия — жер бетінде кең тараған патологиялық үрдіс, оның саны барлық анемиялардың 80-95% құрайды.

Мешел (рахит (rhachitis)) – сәбилер мен жас балаларда кездесетін ауру. Оған бала 2 айлығынан 2 жасқа дейін, әсіресе анасының емшек сүтін ембеген жағдайда жиірек шалдығады. Бұл ауру негізінен кальций, фосфор, Д витаминінің (эргокальцийферол), минерал тұздарының жетіспеуінен және организмде зат алмасудың бұзылуынан болады. Бұл заттар организмде сәбидің қаңқа сүйектерінің дұрыс қалыптаспауына және жүйке жүйесінің қызметіне әсер етеді. Д витаминінің негізгі көздері емшек сүті, сары түсті көкөністер және олардың шырыны, балық майы, т.б. Адам организмінде, терісінде Д витамині күннің ультракүлгін сәулесінің әсерінен түзіледі.

Дистрофиялар – созылмалы тамақтанудың бұзылыстары салдарынан келіп шығатын патологиялық жағдайлар. Қоректік заттардың жеткіліксіз немесе көп мөлшерде түсуіне байланысты физикалық дамудың тұрақты өзгерістері, ішкі ағзалардың және жүйелердің морфологиялық және функциялық жағдайларының өзгеруі, зат алмасудың және иммунитеттің бұзылыстары пайда болады. Ерте жастағы балалар арасында дистрофияның келесі түрлері кездеседі:

- гипотрофиялар – бойымен салыстырғанда бала салмағының кемістігі,
- гипостатура – баланың салмағы мен бойы бірдей артта қалуы,
- паратрофиялар - баланың салмағы мен бойының қалыпты жағдайдан артық болуы.

Алматы қаласындағы №4 және №8 ҚБЕ-дағы фондық патологиялармен диспансерлік бақылаудың сапасы анықталды. Фондық патологиялармен, соның ішінде теміртапшылықты анемиямен 81 бала, созылмалы тамақтанудың бұзылыстарымен 65 бала, мешел ауруымен 52 бала диспансерлік бақылауда болған. Темір тапшылық анемиямен есепте тұратын барлығы 81 баланың амбулаторлық картасы (ф-112-у) бойынша сараптама жасалды.

Тексеруге алынған диспансерлік топтағы балалардың 15-і (19 %) 1 жасқа дейінгі балалар, 31-і (38 %) 1-3 жастағы балалар, ал қалған 35-і (43 %) 3-5 жастағы балалар болды.

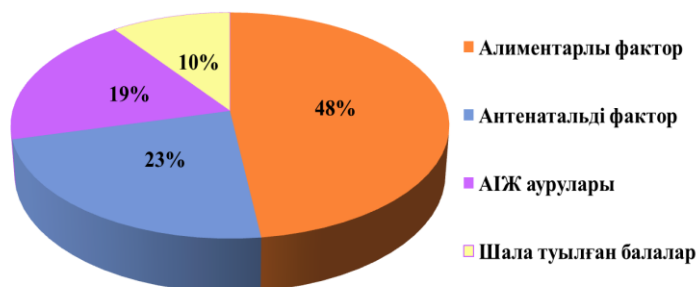


Диаграмма 1 - Темір тапшылықты анемияның жиісебептері

Кесте 1 - Теміртапшылықты анемиясына әкелген алиментарлы факторлар

Тексерілген топ	Ана сүтімен дұрыс тамақтандырылмаған		Темірі аз қосымша тағамдар		Дұрыс қосымша тамақтандырылмаған	
	Абс. саны	%	Абс. саны	%	Абс. саны	%
1 жасқа дейінгі балалар	5	33	6	40	4	27

- 1-3 жасқа дейінгі балалардың 11-де біртекті тамақтану себебінен анемия дамыды.

- 3-5 жасқа дейінгі балалардың 13-де ұтымды тамақтанбаудың себебінен анемия анықталды.

Кесте 2 - Темір тапшылықты анемияның жиі себебі болатын антенатальді факторлар

Жүктілік кезіндегі анасының аурулары	Ауырған балалардың саны		
	1 жасқа дейінгі	1-3 жасқа дейінгі	3-5 жасқа дейінгі
Анасындағы ТТА	3	4	1
Ауыр гестоз	2	2	-
Созылмалы аурулар	4	4	-
Әлеуметтік жағдайы нашар	2	6	2
Құрсақ ішіндегі инфекциялар	2	1	1
Зиянды әдеттер	2	2	1

Кесте 3 - Гематологиялық зерттеулер нәтижесіне байланысты жіктеуі

Гематологиялық зерттеу бойынша анемияның ауырлық дәрежелері	Баланың жасы		
	1 жасқа дейінгі балалар	1-3 жасқа дейінгі балалар	3-5 жасқа дейінгі балалар
I дәреже (110 – 91 г/л)	14 бала (18%)	22 (27%)	25 (31%)
II дәреже (91 – 75 г/л)	1 бала (1%)	8 (10%)	9 (11%)
III дәреже (75 г/л төмен)	-	1 (1%)	1 (1%)

Кесте 4 - Емдеу-профилактикалық шаралары

Өткізілген шаралар	1 жасқа дейінгі бала	1-3 жасқа дейінгі бала	3-5 жасқа дейінгі бала
Ұтымды тамақтандыру (ана сүтімен тамақтандыру, 6 айдан бастап қосымша тамақтандыру, құрамында темірге бай тағамдарды тағайындау,)	15 бала	31 бала	35 бала
Баланың дұрыс күтімі (күн тәртібі, таза ауада серуендеу, жұқпалы инфекциялардың алдын алу, массаж, гимнастика)	15 бала	31 бала	35 бала
Темір препараттарын тағайындау 3-5 мг/кг, ұзақтығы 4-8 апта;	9	10	-
Актиферрин тамшы	6	21	15
Ферлатум сироп	-	-	12
Ферравит таблетка	-	-	3
Мальтофер капсула	-	-	5
Тардиферон таблетка	-	-	-
Санасол сироп	4	5	4
Киндер-биовиталь сироп	5	9	6

Мульти tabs Бэби тамшы	6	-	-
Алфавит таблетка	-	9	10
Санавит таблетка	-	8	15

Кесте 5 - Сараптама нәтижелері

Диспансерлік топ	Темір препараттарының қабылдау ұзақтығы		Диспансеризацияның тиімділігі		
	2 ай	3-4 ай	6 айда есептен шығарылған	12 айда есептен шығарылған	12 айдан соң есептен шығарылған
1 жасқа дейінгі балалар	9 бала 60%	6 бала 40%	2 бала 13%	13 бала 87%	-
1-3 жасқа дейінгі балалар	8 бала 26%	23 бала 74%	2 бала 7%	28 бала 90%	1 бала 3%
3-5 жасқа дейінгі балалар	15 бала 43%	20 бала 57%	5 бала 14%	27 бала 78%	3 бала 8%

Кесте 6 – Диспансеризацияның тиімділігін анықтау

Диспансеризацияның тиімділігін анықтау	1 жасқа дейінгі балалар	1-3 жасқа дейінгі балалар	3-5 жасқа дейінгі балалар
Жүйелі бақыланған	15 (100%)	25 (81%)	28 (80%)
Жүйелі бақыланбаған - уақытша кетіп қалған - жеке медициналық орталықтарында бақыланған - бақылауға келмеген және уақытылы анализдер тапсырмағандар	-	6 (19%) 2 3 1	7 (20%) 3 2 2
Сауығып есептен шығарылғандар	15 (100%)	30 (97%)	32 (91%)
12 айдан кейін бақылауда жүргендер	-	1 (3%)	3 (9%)

Арудың алдын алуда ең қажетті шарт: баланы 1 – 2 жасқа жеткенше, әсіресе, 6 айға дейін міндетті түрде емізу қажет. Жаңа туған нәрестелерде алғашқы алты айында ана сүті негізгі темір көзі болып табылады. Сәби тез өсетіндіктен оған тек қана сүт жеткіліксіз болады, сондықтан алты айдан соң қосымша тамақтандыруда тағам рационына темірге бай тағам өнімдерін енгізуге назар аударған жөн (бауыр, ет, балық, бұршақ тұқымдас немесе қосымша тамақтандыруға арналған қажетті витаминдер мен темірмен байытылған өнімдер). Алғашқы екі жас аралығында балаларға шәйдің барлық түрі мен кофе беруге болмайды. Оның орнына табиғи сусындар, кисель, сары түсті көкөністердің, жемістердің (сәбіз, асқабақ, сары өрік, т.б.) шырынын беруге болады. Осы өнімдерді емшектегі сәбиі бар аналар да кеңінен пайдаланғаны жөн. Баланы таза ауаға жиі шығару қажет. Қауіп-қатер тобындағы балаларға құрамында витаминдердің кең жинағы және микроэлементтері, соның ішінде темірі бар витаминдік препараттарды тағайындауға болады.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Н.А. Коровина. Железодефицитная анемия у детей. Клин. Мед., М, 2006; 84(12):13-19.
- 2 Клеменов А.В. Железодефицитная анемия у детей: клиника, диагностика, лечение. М., 2005. 136 с.
- 3 Земцовский Э.В. Анемии у детей. СПб.: изд-во «Ольга», 2007. 80 с.
- 4 Рахимова К.В., Стафиевская З.И. Железодефицитная анемия у детей. Медицина, № 3, Алматы, 2013 г. 77-80.
- 5 Рахимова К.В., Стафиевская З.И. Питание детей с ЖДА. Медицина, № 3, Алматы, 2013 г. 81-86.

И.З. МАМБЕТОВА, К.Н. ТАЖИЕВА, В.Р. ШИМ
*Кафедра Амбулаторно-поликлинической педиатрии
КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова.*

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ФОНОВЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Резюме: Среди фоновых заболеваний в мировом масштабе железодефицитная анемия занимает лидирующую роль и составляет 80-95%.

На базах ГДП № 4 и 8 г. Алматы был проведен анализ эффективности диспансеризации детей с железодефицитной анемией. Был проведен ретроспективный анализ историй развития детей (ф. № 112/у) методом случайной выборки у 81 ребенка в возрасте до 5-ти лет с железодефицитной анемией.

Из них 15 человек (19 %) – это дети 1 года жизни, 1-3 лет - 31 детей (38 %) и 3-5 лет - 35 детей (43 %).

Диспансерное наблюдение за детьми с данной патологией согласно результатам анализа поставлен на высоком уровне и полностью соответствует стандартам ведения.

Нами предложено обратить внимание участковым врачам на пути решения проблем профилактики железодефицитной анемии у детей раннего возраста:

- Проводить регулярные беседы среди матерей о значении грудного вскармливания;
- Проводить антенатальную профилактику железодефицитной анемии;
- Своевременное введение прикорма детям первого года жизни в декретированные сроки;
- Ранняя диагностика и своевременное лечение железодефицитных состояний у детей.
- Вводить в рацион питания продукты обогащенные железом;
- Проводить своевременную диспансеризацию детей.

Ключевые слова: Железодефицитная анемия, диспансеризация, факторы риска.

I.Z. MAMBETOVA, K.N. TAZHIEVA, V.R. SHIM
*Kazakh National Medicine University of S. Asfendiyarov
Department: Policlinic pediatriya*

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF PROPHYLACTIC MEDICAL EXAMINATION OF CHILDREN WITH UNDERLYING PATHOLOGIES IN OUTPATIENT

Resume: Among the background diseases worldwide iron deficiency anemia has a leading role and is 80-95%.

Bases City Children's polyclinics number 4 and 8 fromAlmaty analyzed the effectiveness of clinical examination of children with iron deficiency anemia. Conducted a retrospective analysis of case histories of children (p. № 112 / y) randomized 81 children aged up to 5 years with iron deficiency anemia.

Of these, 15 (19%) - children one year of life, 1-3 years - 31 children (38%) and 5.3 - 35 children (43%).Policlinical supervision for children with this disorder according to the analysis delivered at a high level and fully complies with the standards of reference.

We have invited local doctors to pay attention to solving the problems of prevention of iron deficiency anemia in young children:

- Conduct regugyarnye conversation among mothers about the importance of breastfeeding;
- Provide antenatal prevention of iron deficiency anemia;
- Timely introduction of complementary foods to children in the first year of life decreed period of time;
- Early diagnosis and prompt treatment of iron deficiency in children.
- Enter in the diet of foods rich in iron;
- Provide timely medical examination of children.

Keywords: iron deficiency anemia, dispanserisatiya, risk factors