

Анемиясы бар балаларды диспансерлік бақылау

Орындаған: Ергенбай Ж

Қабылдаған: Мұханқызы Г

ЖМҚ-504



Кіріспе

Негізгі бөлім

- ▣ Балалардың анемия себептері
- ▣ Балалардың анемия жіктелуі
- ▣ Балалардың анемия белгілері
- ▣ Балалардың анемия диагностикасы
- ▣ Балалардың анемия емдеу
- ▣ Балалардың анемия болжау және алдын алу
- ▣ Балаларды диспансерлік бақылау

Қорытынды

Пайдаланған әдебиеттер



- ▣ Балалардағы анемия (анемия) - Баланың қанындағы төмендеді гемоглобин мен эритроциттердің байланысты патологиялық жағдайы. Балалардың Анемия - педиатриялық науқастарды өте таралған бұзылуы. 3 жасқа дейінгі балалар диагнозы анемия жағдайларды шамамен 40%; 30% - Жыныстық жетілу барысында; басқа - балалар әр түрлі жастағы.
- ▣ олардың күшті өсуі, эритроциттер қызметін, прогрессивті қалыптасқан элементтерінің санының артуына және ЦКБ байланысты балалардың анемия жиі пайда . Алайда, балалардың гемопоэз бірлігі әсер әр түрлі функционалды жетілмеген және өте осал болып табылады . Балалардағы қан қалыптастыру қалыпты ағыны темір, ақуыз, дәрумендер мен минералдардың көп мөлшерде, сондықтан кез келген қате азықтандыру, жұқпаны талап, сүйек кемігін улы әсер баланың анемия тудыруы мүмкін





- **Анемия — қан гемоглобинінің жалпы мөлшерінің азаюымен сипатталатын патологиялық жағдай. Гемоглобиннің (Hb) жалпы мөлшерінің азаюы көбіне эритроциттер санының азаюымен қосарланады. Темір тапшылықты анемия (ТТА) — қан сарысуында, сүйек миында, деполарда темірдің жетіспеуінен дамиды анемия. 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. Темір тапшылықты анемия — жер бетінде кең тараған патологиялық үрдіс, оның саны барлық анемиялардың 80-95% құрайды.**
- **Мешел (рахит (rhabdomyositis)) – 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 заттардын 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 темір тапшылықты 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



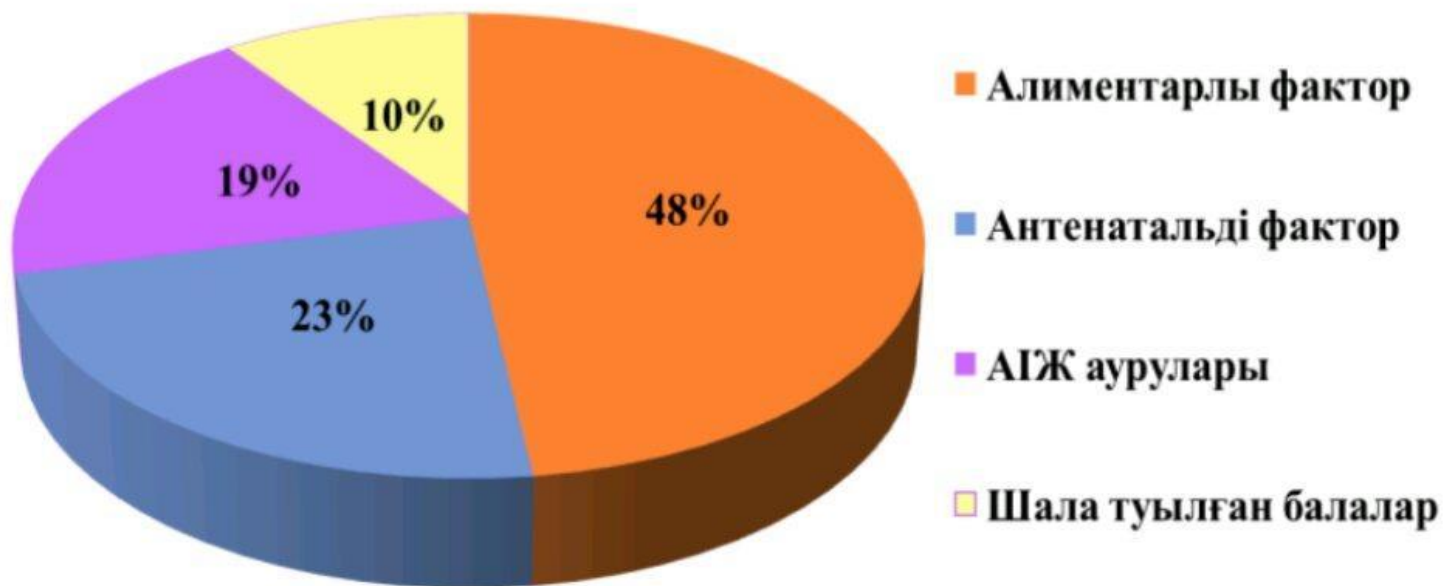


Диаграмма 1 - Темір тапшылықты анемияның жиісебептері



▣ **Балалардың анемия себептері**

- ▣ Босанғанға дейінгі, Intrapartum және босанғаннан кейінгі бөлінеді балалардың анемия дамуына ықпал ететін факторлар.
- ▣ Ұрықтың даму кезінде жұмыс істейтін босанғанға дейінгі факторлар. Жүктілік кезінде оның дене баланың гемопозз қалыпты процестер анадан алуға және темір жеткілікті мөлшерін (300 мг) жинақталады тиіс. жүкті әйелдің темір ең қарқынды беру және ұрықтың тұндыру жүктілік мерзімі 28-32 апта жүреді. Осы кезеңде қалыпты жүктілік бұзу (Гестоздар елу проценттен, fetoplacental жеткіліксіздігі, өздігінен аборт қаупі, плацента ерте жасағының, қан кету, ана жұқпалы аурулар, созылмалы процестерді асқынуы) темір зат алмасу мен баланың денесінің жинақтау оның болмауына бұзылуына әкеледі.
- ▣ Әйелдер, сондай-ақ жүктілік кезінде қан аздықтан зардап шегеді кезде балаларда анемия пайда болады. Мерзімінен бұрын босану анемия туған кезде немесе өмір 3 ай туралы барлық емшектегі балаларға шала анықталса, бұл шын мәнінде әкеледі. Нәрестелердегі Анемия бірнеше жүктілік жеңілдетеді.



- ▣ Балалардың анемия Intrapartum факторлар босану кезінде қан жоғалту негізінен байланысты. Қан жоғалту босану, кіндік ерте немесе кеш перевязкой, Кіндік қалған кезде дұрыс өңдеу қан ағыны, травматикалық акушерлік жәрдемақы пайдалану кезінде плацентаның мерзімінен бұрын отрядының жағдайда мүмкін болады.
- ▣ Балалардың анемия босанғаннан факторлар дүниеге қамтиды және эндогенді немесе экзогенді болуы мүмкін. балалардың эндогенді анемия себептері салдарынан гемоглобин синтезі, бастапқы конституциялық сүйек кемігі орындамаған жаңа туылған, ауытқулар гемолитикалық ауруы қызыл қан жасушаларын залал ретінде қызмет ете алады.
- ▣ Ең жиі алиментарлы себептері балалар экзогендік анемия. Бұл жағдайда, анемия рынды сүт беріледі сәбилер негізінен орын алады. Ерте жастағы балаларда Анемия емшек сүтімен төмен темір мазмұны орын алуы мүмкін; жасанды немесе аралас қоректендіру баланың ерте және негізсіз беру; азықтандыру үшін сиыр немесе ешкі сүтінің unadapted қоспалары пайдалану; Баланың диеталар толықтыратын тамақ өнімдерін кеш енгізу. ағзадағы темір жоғары қабылдау жоғары туу салмағы туған, шала нәрестелер мен сәбилер керек. Сондықтан, темір кірістер мен шығыстар арасындағы сәйкессіздік, сондай-ақ өмірінің бірінші жылы балалардың анемия тудыруы мүмкін.



- Жеке мұрыннан қан, қан аурулары (гемофилия, Виллебранда ауру), меноррһаgіа, операциядан кейін асқазан-ішек қан: балалардың анемия салдарынан тұрақты қан жоғалту болуы мүмкін. Азық-түлік аллергия, экссудативті диатез, нейродермит бар балалар тері эпителиі арқылы темір көбейтілген жоғалту, сондықтан бұл балалар темір тапшылығы анемиясының даму тәуекелі болып табылады.
- Темір жоғалту Сонымен қатар, балалардың анемия дамуына өз сіңіру және зат алмасудың бұзылуына әкелуі мүмкін. Мұндай бұзылулар, әдетте мальабсорбция синдромы табылған (асқа жарымай, рахит, лактазы тапшылығы, целиакия, муковисцидоз және т.б. ішек нысаны.) Балаларға Анемия кез келген жұқпалы немесе созылмалы дене ауру себеп болуы мүмкін (туберкулез, бактериялық эндокардите, бронхоэктазы, пиелонефрит, және басқалар.) , лейкоздар, бактериялардың, глистных шапқыншылығы, коллаген (SLE, ревматоидты артрит, және басқалар.)
- 5-6 ай бойы нәрестеге жатқан балалардың анемия дамуы витаминдер В белгілі мәні тапшылығы бар жылы элементтер (магний, мыс, кобальт) бақылауға, кедей гигиеналық жағдайлары, эндогенді темір сарқылуы,.



▣ Балалардың анемия жіктелуі

- ▣ Анемияның этиопатогенезі, мынадай топтарға сәйкес:
- ▣ Өткір немесе созылмалы қан жоғалту салдарынан балалардың I. геморрагиялық анемия.
- ▣ II. Гемопозез бұзу салдарынан балалардың анемия:
 - ▣ zhelezodifitsitnye (гипохромных)
 - ▣ тұқым қуалайтын және жүре пайда zhelezonasyschennye (sideroahresticheskaуа - порфирине синтездеу ақауларды байланысты)
 - ▣ Megaloblastic (B12-тапшы және folievodefitsitnoy)
 - ▣ тұқым қуалайтын және жүре пайда dizeritropoeticheskie
 - ▣ апластикалық және (иммунодепрессию байланысты)
 - ▣ hypoplastic тұқым қуалайтын және жүре пайда
- ▣ III. Тұқымқуалайтын және артуына байланысты эритроциттердің жою және қан қалыптастыру процесін астам krovorazrusheniya басым үшін балалардың гемолитикалық анемия сатып (membranopatii, fermentopathy, гемоглобин бұзылуы, аутоиммундық анемия, нәрестелердің гемолитикалық ауру, және басқалар.).



□ Балалардың анемия белгілері

- жасы 6 жасқа дейінгі балалардың гемоглобин деңгейі 125-135 г / л; баланың анемия бұл көрсеткіш 110 г (5 жасқа дейінгі балаларға жылы) / L төменде және 120 г (5 жастан асқан балалар) / L төмен болса дейді.
- Балалардың анемия көрініп тұрған өзгерістерін тері және оның қосалқыларының тарапынан байқалады: терінің бозғылт, құрғақ, қабыршақты болып; Шегелер сынғыш және деформациялануы; шашыңыздың сауыққан жылтыл жоғалтып. Бозғылт мочки ушей берілетін жарық қаралған - балалардың анемия тән ерекшелігі симптом Филатов болып табылады. Балалардың анемия ауыр түрлерімен аузынан бұрыштарындағы алақан және үтік бойынша жарықтар бар; arthous стоматит дамып, глоссит. Анемиямен Балалар, әлсіреген, adynamic, жиі, ЖРВЖ, бронхит және пневмония өткір ішек инфекцияларының зардап шегеді.
- Гипоксия бастан жүйке жүйесінің бастап, адинамия, слезливости, жылдам сарқылуы, бас айналу, таяз ұйқы, энурез бар. Анықталған нәресте тез шаршайды, жаттығу ұшыраса емес, бұлшықет тонусын төмендеді. өмір балалар бірінші жылы ашқұрсақтыққа атап өтіледі, психомоторлы даму регрессиялық бар.
- Балалардың анемия жылы гипотензия түрінде жүрек-қантaмыр жүйесі, ортостатикалық коллапс, синкопы, тахикардия, систолалық шу анықталған бұзушылықтары.
- Азықтандыру және құсу, кебулерге, диарея немесе запор кейін жиі құсу байқалады анемия бар балалардың Ас қорыту жүйесінің тарапынан, тәбетті, көкбауыр және бауыр ықтимал кеңеюін төмендеді.



□ Балалардың анемия диагностикасы

- зертханалық зерттеулер дейінгі балалардың анемия диагностикасының негізі. Жалпы алғанда, балалардың анемия үшін қан сынақ төмендегенін Hb (кемінде 120-110 г / л) анықталды, төмендеуі Er (< 12 CPU азайтылған / л), $< 0,85$.
- < 12 CPU азайтылған / л, $< 0,85$.
- зерттеуге және сүйек кемігін зерттеу.

- Диагностика процесінде балалардың анемия пішіні мен ауырлығына анықталады. Соңғы қызыл қан жасушалары және гемоглобин мазмұны бойынша бағаланады:

- Жұмсақ анемия - 110-90 г гемоглобин / л, Er - $3, 5 \times 10^{12}$ / L;
- қоңыржай анемия - гемоглобин 90-70 г / л, Er - $2, 5 \times 10^{12}$ / L;
- ауыр анемия - гемоглобин аз 70 г / л, Er - 2-ден кем, 5×10^{12} / Л.

- Анемия бар балаларға куәлігі бойынша (педиатриялық гастроэнтеролог, педиатриялық ревматолог, балалар Нефрология, балалар гинеколог және басқалар) Кеңес



□ Таблица 3. Лабораторные критерии анемии

- Возраст Нв (г/л)
- 0—14 дней <145
- 15-28 дней <120
- 1 мес. — 5 лет <110
- 6-11 лет <115
- Старше 12 лет < 120 у девочек
- < 130 у мальчиков



- ▣ **Таблица 4. Значения эритроцитарных индексов, характерные для ЖДА**
- ▣ Эритроцитарный индекс Значение
- ▣ Средний объем эритроцита (MCV), fL Младше 2 лет < 67
- ▣ 2-5 лет < 73
- ▣ 5-12 лет < 75
- ▣ Старше 12 лет < 80
- ▣ Среднее содержание Hb в эритроците (MCH), пг
- ▣ < 26
- ▣ Средняя концентрация Hb в эритроците (MCHC), г/л
- ▣ < 300
- ▣ Ширина распределения эритроцитов по объему (RDW), %
- ▣ > 14,5
- ▣ Количество ретикулоцитов (RET), ‰ 5-20 (N)
- ▣ Содержание Hb в ретикулоците (CHr)*, пг < 27,5



- ▣ Темір тапшылықты анемияның жиі себебі болатын антенатальді факторлар Жүктілік кезіндегі анасының аурулары Ауырған балалардың саны
- ▣ 1 жасқа дейінгі 1-3 жасқа дейінгі 3-5 жасқадейінгі
- ▣ 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 Баланыңжасы
- 1 жасқа дейінгі балалар 1-3 жасқа дейінгі балалар
3-5 жасқадейінгібалалар
- 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 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%)



□ Аурудың 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



- Н.А. Коровина. Железодефицитная анемия у детей. Клини. 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.

