

ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

№2 Балалар аурулары кафедрасы

СӨЖ

ТАҚЫРЫБЫ: Балаларда темір жеткіліксіздік  
анемиясы

---

Орындаған: Рахманалиев.С.Р

4042-топ ЖМФ

Тексерген: Абишева Б.И.

Қарағанды 2016 жыл

# ● Жоспар

Негізгі бөлім:

- Балаларда темір жеткіліксіздік анемиясы анықтамасы
- Этиологиясы
- ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР
- Диагностика критерилері
- ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
- ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОЗ
- Емдеу тактикасы
- ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТІҢ ТІЗБЕСІ

### ● Анықтамасы

Организмде темір тапшылығынан болатын, оның келіп түсуінің бұзылыстары, сіңірілуі немесе патологиялық жоғалуынан гемоглобин концентрациясының төмендеуімен сипатталатын патологиялық жағдай.

- Клиникалық белгілер сидеропениялық синдромдармен сипатталады: эпителиалды бұзылыстар (тері, тырнақ, шаш, шырышты қабықтың трофикалық бұзылыстары), дәм сезімі мен иіс сезудің бұзылуы, астениялық-вегетативтік бұзылыстар, ішекте сіңу процестернің бұзылуы, дисфагия және диспептикалық өзгерістер, иммунитеттің төмендеуі. ДДҰ ұсыныстарына сай:
  - 6 жасқа дейінгі балалардағы гемоглобин нормасының төменгі шегін 110 г/л, Ht=33;
  - 6-12 жасар балаларда - 115 г/л, Ht=34;
  - 12-13 жасар балаларда - 12 г/л, Ht=36 болып есептелуі керек.



## ● Этиологиясы

- 1. Темірдің бастапқы жеткіліксіз деңгейінде ТТА (темір тапшылықты анемия) (шала туылған егіздердің қан аздығы).
- 2. Нутритивті (немесе алиментарлы) ТТА.
- 3. Жұқпалы немесе жұқпалы-алиментарлы генезді ТТА.
- 4. Темірдің резорбционды жеткіліксіздігіндегі ТТА (мальабсорбция синдромы және т.б синдромы);
- 5. Созылмалы қан ағудан кейінгі ТТА.
- **Ауырлық дәрежесі бойынша:** жеңіл, орта, ауыр.
- **Патогенезі бойынша:** жіті қан ағудан кейінгі, созылмалы.

# ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР

- **Қауіп-қатерлі факторлар:**
- 1. Жүкті әйелдер анемиясы.
- 2. Нәрестенің шала туылуы.
- 3. Тиімсіз тамақтану.
- 4. АІЖ аурулары.
- 5. Ішек құрттық инвазия.
- 6. Қан ағу.
- 7. Төмен әлеуметтік жағдай.

## ● **Диагностика критерилері**

- **Астеновегетативті синдром:** әлсіздік, бас айналу, талмалар, жүректің қатты соғуы, еңтікпе, бұлшықеттік әлсіздік.

**Сидеропениялық синдром:** терінің құрғақтығы мен атрофиясы, тырнақтар мен шаштың сынғыштығы, шаштың түсуі, дәм сезудің өзгеруі, тамақпен бірге бор, тіс пастасы, саз, шикі дән, шикі кофе, күнбағыстың тазартылмаған дәндерін пайдалануға құмарлық, иіс сезінудің өзгеруі, бензин, ацетон, әк иісіне құмарлық.

- **Неврологиялық бұзылыстар:** бас ауыру, параестезиялар, қатты тағамдарды жұтудың
- бұзылуы, зәрді ұстай алмау.
- **Физикалық тексеру:** тері және шырышты қабық бозандығы, терінің құрғақтығы мен сызаттары, ангулярлы стоматит, ауыз бұрыштарындағы сызаттар, тырнақтар қалыңдайды және дөңес болады, тілдің қызаруы, тіл емізіктерінің атрофиясы.
- **Инструменталдық зерттеулер:** Асқазан-ішек жолдары мен кеуде клеткалары ағзаларын рентгенологиялық зерттеу, ЭФГДС, ФКС, ректороманоскопия, құрсақ қуысын, бүйректі, қалқанша безді УДЗ.

## Мамандардың консультациясы үшін көрсетімдер

- - гастроэнтеролог - асқазан-ішек жолдары ағзаларынан қан кету;
- стоматолог - қызыл иектен, мұрыннан қан кету;
- онколог - қан кету себебі болып табылатын қатерлі зақымданулар;
- нефролог - бүйрек ауруларын алып тастау;
- фтизиатр - туберкулез кезіндегі қан кетулер;
- пульмонолог - бронх-өкпе жүйесінің аурулары кезінде қан жоғалту;
- гинеколог - жыныс ағзаларынан қан кету, гиперполименорея, жиі жүктілік;
- эндокринолог - қалқанша без функциясының төмендеуі, диабеттік нефропатияның болуы;
- проктолог - ректальді қан ағу;
- инфекционист - гельминтоз белгілері болса.





# Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

- **Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:**
  - 1. Жалпы қан анализі (6 параметр).
  - 2. Гемоглобинді анықтау.
  - 3. Ретикулоциттерді анықтау.
- **Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:**
  - 1. ЭКГ.
  - 2. Жалпы темірмен байланыстыратын қабілетті анықтау.
  - 3. Гастроэнтеролог консультациясы.

## ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

- **Лабораторлық зерттеулер:** 5 жастан кіші балаларда, ТТА қандағы гемоглобин концентрациясында 110 г/л-ден аз немесе гематокрит деңгейінде 33%-тен аз анықталады.



## ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОЗ

### ● Дифференциалды диагноз

Теміртапшылық анемиясы гемоглобин синтезінің бұзылыстарымен шақырылған басқа гипохромдық анемиялармен жүргізіледі.

Оларға порфирин синтезінің бұзылыстарымен байланысты анемиялар (қорғасындық уланулар кезіндегі анемия, порфириндердің туа пайда болған бұзылыстары кезінде), сонымен қатар талассемия жатады

### ● Гипохромдық анемиялардың, теміртапшылық анемиялардан айырмашылығы – олар гем (сидероахрезия) түзу үшін пайдаланылмайтын, қандағы және деподағы темірдің жоғары құрамымен жүреді, бұл аурулар кезінде темірдің тіндік тапшылық белгілері болмайды.

### ● Порфириндердің синтезі бұзылыстарымен шартталған анемияның дифференциалды белгілері болып, эритроциттердің, ретикулоциттердің базофильді пунктациясымен, сидеробласттардың көптеген сандарымен сүйек кемігіндегі күшейген эритропоэзбен гипохромды анемия болып табылады. Талассемия үшін эритроциттердің нысана тәрізді формасы мен базофильді пунктациясы, ретикулоцитоз және жоғарылаған гемолиз белгілері тән.

## Емдеу тактикасы

- **Ем мақсаты:** гемоглобин және гематокрит деңгейін қалыпты деңгейіне көтеру.  
Темір дәрі-дәрмегін қабылдап жатқан науқасқа әр 10-14 күн сайын серпінді бақылау жүргізеді.  
Гемограмманы қалыпқа келтіргеннен соң, ферротерапия қолдаушы дозада (1-2 мг/кг/тәу) депонириленген темірдің (реабилитациялық ем) пулын толтыру үшін тағы да 2-3 ай жалғастырылады.  
Мұнымен бірге, диспансерлік бақылау айына 1 рет, содан кейін тоқсан сайын жүргізіледі. 6-12 айдан кейін клиникалық-зертханалық көрсеткіштердің қалпына келгеннен соң, бала диспансерлік бақылаудан шығарылып, бірінші денсаулық тобынан екіншісіне ауыстырылады.

## Дәрі-дәрмексіз ем

6 айына дейін нәрестені тек емшек сүтімен тамақтандыру ұснылады.

## Дәрі-дәрмектік ем

- Емшекпен емізілетін ТТА ауыратын балаларға 6 айдан бастпа темір дәрі-дәрмегін қабылдау ұсынылады.
- Жасанды жолмен тамақтанатын көп балаларға қатты тамақ қабылдағанға дейін (12 айға дейін) темірмен байытылған қоспамен тамақтандыру керек. ТТА алдын алу үшін ата-анамен тиімді тамақтану бойынша оқыту мен кеңес беруді жүргізу қажет.
- Мерзіміне жетіп туылған балалар ТТА ауруына (НЬ и Нt деңгейін тексеру) 6 айдан, ал шала туылған балалар 3 айдан кешікпей тексерілуі керек. ТТА анықталған балалар темір-тұз\* темірінің, бір компонентті және комбинациялардың, 20 мг/мл темір тұзы мен аскорбин қышқылы бар оралды ерітінділерді 1 бал-дан, немесе күніне 1-2 дражеден, фольй қышқылымен күніне 1 табл. 3 реттен қабылдау керек.
- Темір дәрі-дәрмегі тәулігіне 3 мг/кг салмағы есебінен гемоглобиннің қалпына келгеніне дейін, реабилитациялық ем- 1-2 мг/кг салмағы 2-3 айдан кем емес уақытқа тағайындалады.
- Пероральді препараттарға тұрақтылық кезде, сонымен қатар темір деңгейін тез және тиімді қалпына келтіру мақсатында күніне 1 рет жеке таңдаумен темір декстраны III (100 мг / 2 мл) тағайындалады

## Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі

- 1. \*\*Тұздың темірі, біркомпонентті дәрі-дәрмектер және тұз темірінің 20 мг/мл – дан артық құрамы бар комбинирленген дәрі-дәрмектер.
- 2. Сульфат моногидрат темірі 325 мг, табл.
- 3. \*\*Аскорбин қышқылы 50 мг, 100 мг, 500 мг табл.; 50 мг драже;
- 4. Фоль қышқылы 1 мг табл.
- 5. Темір декстраны III (100 мг / 2 мл) бұлшықет ішіне енгізу үшін, амп.
- **Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:** Элементарлы темір дәрі-дәрмегі 30-60 мг табл.

## Ем тиімділігінің индикаторлары

- клиникалық белгілердің регрессі, гемоглобин деңгейінің, эритроциттердің, түсті көрсеткіштің, сарысулық темірдің артуы.
  - Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар.
- - Амбулаторлық ем кезіндегі рецепт бойынша дәрілік заттар тегін және жеңілдікпен берілетін ауру түрлерінің тізіміне кіреді.



# Профилактикалық шаралар

- Емдік курс аяқталғаннан кейін, элементарлы темір дәрі-дәрмегін ауруды алдын алу мақсатымен, 6 ай бойы аптасына бір рет қабылдау ұсынылады:

Жасы	Элементарлы темір дәрі-дәрмегінің Дозасы (мг)
6-12 ай	Элементарлы темірдің 30 мг сиропы немесе 3 мг/кг
12-18 ай	60 мг

## Әрі қарай жүргізу, диспансерлеу принциптері

- Темірмен байытылған тамақтану (қоспа). Тағайындалған емнің нәтижелігін растау үшін, ТТА ауыратын барлық кіші жастағы балаларда ТТА ауруын емдегеннен 4 аптадан кейін НЬ и Нt қайта анықталуы керек. Тағайындалған емге оң нәтиже байқалса (гемоглобиннің 10 г/л жоғары немесе тең, Нt 3%-ке немесе одан көп ұлғаюы), немесе бұл көрсеткіштер қалыпқа сай болса, ем тағы 2 айға жалғастырылып, содан кейін темірдің тағайындалуы тоқтатылуы тиіс.
- Жүргізілетін емнің оң нәтижесінің болмауы немесе 10 г/л төмен гемоглобиннің ұлғайылуында, ал Нt 3%-тен төмен ұлғаюын, дәрігер қан аздықтың басқа мүмкін болатын себептерін науқасты гематологқа жіберуі арқылы анықтауы тиіс.
- Орташа немесе ауыр түрдегі ТТА ауыратын төмен жастағы балалар (НЬ 90 г/л төмен немесе 27% аз Нt) гематологтан кеңес алуы керек.
- ТТА ауруына шалдығу қауіп факторлары бар 6-дан 12-ге дейінгі жастағы балалар (өмір сүрудің немесе тамақтанудың нашар жағдайы) қайталамалы скринингті талап етеді.
- Жасөспірім қыздар ТТА-ға зерттелуі керек, тегі болмаса, бір рет 15 және 25 жас арасында зерттелуі керек. Қауіп-қатерлі факторлар болмағанда (нашар тамақтану, етеккірдің көп мөлшерде келуі, донорлық және т.б) немесе ТТА диагнозының анамнезде болуы едәуір жиі срининг қажет (әр жыл).
- Саусақтан алынған перифириялық қан анализінің негізінде ТТА-на күдік туса, ТТА болуын венадан алынған қанның анализімен растау керек. Жасөспірім қыздарға қан аздық 120 г/л төмен гемоглобин деңгейінде, Нt-36% төмен анықталады.

- Көрсетілген шектен 20 г/л төмен гемоглобин концентрациясында, жасөспірімдер элементарлы темірдің емдік дозасын - күніне екі рет 60 мг алуы керек (жалпы доза темірдің 120 мг), бұдан басқа, дұрыс тамақтануды үйрету қажет. Дәрігер тағайындалған емнің нәтижелігін 1 айдан кейін тексеруі керек. Егер нәтиже болымсыз немесе тіптен болмаса (гемоглабиннің ұлғаюы 10 г/л-ден аз; немесе Ht 3 бірліктен аз ұлғаюы), клиницист қан аздықтың басқа мүмкін болатын себептерін науқасты гематологқа жіберу арқылы анықтауы керек. Қабынулық немесе жұқпалық процестердің болу кезінде төмен концентрациясы немесе гематокриттің көлемі организмде темірдің таратылуының бұзылу нәтижесі ТТА дамуын дәлелдей алады, және де қосымша емді қажет етеді.
- Темір дәрі-дәрмегі тағайындалуының оң нәтижесін алғанда, ем гемоглобин концентрациясының 120 г/л жетуіне дейін жалғастырылуы керек, бұдан кейін темір дозасы аптасына 120 мг дейін төмендетіліп, 6 айға созылуы қажет.
- Ауыр түрдегі ТТА көбінесе жасөспірім қыздарға тән емес және темір тапшылығы мұндай қан аздықтың себебі сирек болады. Аурудың дамуы туралы толық ақпарат, оның ішінде, тамақтану сипты, тереңірек зерттеу мен қосымша зертханалық анализдер (жалпы қан анализі, Сарысулық темір, трансферрин құрамы, ферритин концентрациясы, ретикулоциттер саны, жалпы белок, жалпы билирубин және оның фракциялары) толық ТТА дәлелдеу үшін керек.
- Жасөспірім қыздарға ТТА алдын алу үшін теңгерілген тамақтану ТТА дамуын тоқтатып, темір дәрі-дәрмегінің тағайындалуының алдын алады. Сондықтан, ет пен аскорбин қышқылына бай азық-түлікті (азық түліктен алынатын темірдің сіңірілуін ұлғайту үшін) тұтынуға ерекше көңіл беру керек, тамақтанғанда, шай мен кофені ішпеу қажет.
- Жасөспірім қыздарда көптеген микроэлементтік жеткіліксіздігінің жоғары қауіптілігінде таблетка құрамында 30 г-ге жуық темір бар темірмультивитаминдік- минералдық дәрі - дәрмекті тағайындау керек.

# ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТИҢ ТІЗБЕСІ

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
- Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер: 1. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии. Ташкент 2004, 68 с. 2. PRODIGY Guidance - Anaemia - iron deficiency Clinical Practice Guidelines, 2005 3. Screening for Iron Deficiency. Anemia—Including Iron Prophylaxis. Clinical guidelines 4. Iron Deficiency Anaemia. Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers.



*НАЗАР  
АУДАРҒАНДАРЫҢЫЗ  
ҮШІН РАХМЕТ!!!*