

Г.Т. Асилбекова

Қ.А. Яссауи атындағы халықаралық Қазақ-Түрік университеті

БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ТЕМІР ТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Темір жеткіліксіздігі кезінде ағзадағы тіндерге тек қана оттегіні жеткізу бұзылысы емес, сонымен қатар тіндердің тыныс алу ферменттерінің белсенділігі төмендейді, яғни іс жүзінде барлық клеткалар зардап шегеді, бұл темір тапшылығының күйін клиникалық көріністердің «өзгеруіне» әкеп соғады [1]. Темір тапшылығы анемиясының клиникалық көріністерін алғаш рет 1554 жылы неміс дәрігері Йоханн Лангпен науқас қыздың мысалында сипаттады: «әлсіздік, төмен көңіл-күй, тахикардия, баспалдаққа көтерілу кезіндегі ентігу». 1615 жылы «хлороз» анықтамасы тері түсінің жасыл түстерін сипаттау кезінде пайда болды [2]. Ересектер мен балалардағы темір тапшылығының клиникалық көрінісі анемиялық синдромға қарағанда сидропенияның (темір жетіспеушілігінің) болуымен сипатталады [3]. Өмірінің алғашқы жылындағы балаларда темір тапшылық анемиясының қысқа мерзіміне байланысты аурудың клиникалық симптомдары ересек балаларға қарағанда ерекшеленеді [4]. Темір құрамындағы ферменттердің жетіспеушілігінен дененің жасушаларында жасалатын редоксидтердің бұзылыстарынан туындаған жас балаларда сидропенияның белгілері ересектерге қарағанда әртүрлі.
Түйінді сөздер: анемия, балалар, теміржеткіліксіздік, әлеуметтік, медицина.

Өзектілігі: Баланы ерте жастан олардың сезімдері туралы ақпарат алу мүмкін емес. Олардың ата-анасының шағымдары бойынша есте сақтау, интеллект, білім беру процесстеріне негізделеді.

Темір тапшылық анемиясы (ТТА) Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) өзекті мәселелерінің бірі ретінде қабылданған. ДДҰ сарапшыларының мәліметтері бойынша Жер шарының 3,6 млрд тұрғынында жасырын темір тапшылығы және 1,8 млрд тұрғынында ТТА анықталады екен. Әлемнің дамушы елдерінде, әсіресе Африка және Оңтүстік-Шығыс Азия халықтарында 60 % жуық балалар және құрсақ көтеретін жастағы әйелдердің жартысы анемиядан зардап шегеді. Экономикасы дамыған елдерде ТТА таралуы анағұрлым төмен. Мысалы, АҚШ пен Еуропада бұл көрсеткіш 7 % бен 12 % аралығында болса, Ресейде бала босанатын жастағы әйелдер арасында 30 % дейін жетеді.

Соңғы онжылдықта темір тапшылық күйлердің (ТТК) мәселесі Қазақстан Республикасы мен Орталық Азия елдерінде де өте өзекті. Қазақстан, Қырғызстан және Өзбекстан Республикаларында жүргізілген медициналық-демографиялық зерттеу нәтижелеріне сүйенсек, құрсақ көтеретін жастағы әйелдер арасында анемияның таралуы 35,5 %, 38,2 % және 60,4 % сәйкес келген. Бұл патология балалар, жасөспірімдер, ұрпақ беретін жастағы әйелдер мен қарттар арасында кең таралған[5].

Жалпы темір тапшылығы және сонымен қатар темір тапшылық анемиясы да ағзаның барлық жүйелері мен қызметтеріне әсер ететін аз симптомдар деп аталатын бірқатар өзгерістерді туындатады. Адам ағзасындағы темір тапшылығы балалардағы физикалық және танымдық дамудың тежелуін, ересектердегі ой мен жұмыс істеу қызметінің нашарлауын, инфекциялық ауруларды жеңіл жұқтырудың артуын, диареяның және жедел респираторлық инфекциялардың өте ауыр өтуін, аналар өлімінің жоғары деңгейде жүруін, балалардың аз салмақпен туылуын және басқа да мәселелерді туындататын жағымсыз әсерлермен көрінеді.

Зерттеу мақсаты. Балалар мен жасөспірімдердегі темір жетіспеушілік анемияның клиникалық негіздеріне сүйене отырып, медициналық-әлеуметтік себептерін айқындау.

Темір тапшылығы осы биометалдың сіңірілу, тасымалдау және қорға жиналу қызметтерінің жүре пайда болған немесе тұқым қуалайтын бұзылыстары нәтижесінен дамиды. ТТА-ның ең жиі себебіне созылмалы қан жоғалтулар жатады. Науқасқа білінбейтін, көп емес, бірақ ұзақ уақытқа созылған қан жоғалту (асқазан-ішек жолдарының аурулары) темір қорын үнемі және біртіндеп азайтып, анемияның дамуына алып келеді. Мысалы, 1мл қанда 0,5 мг темір болса, онда қанталайтын геморройы бар адамда күніне 2 шай қасық қан (5 мг темір) жоғалту нәтижесінде физиологиялық тәуліктік жоғалту деңгейі артып, ал ішектен сіңірілетін темір оның орнын толтыра алмауы салдарынан ТТА дамиды. Қалыпты жағдайда етеккірінің бір айналымы кезінде 30-60 мл қан (15-30 мг темір) кетеді. Әйелдің тамағы құнарлы (ет, балық және басқа да темірге бай өнімдер) болса, ішектен күніне 2 мг темір барынша сіңіріледі де, ол бір айда – 60 мг жетіп, анемия дамымайды. Егер әйел айналым сайын 80-120 мл қанмен 40-60 мг темір жоғалтса, оған қосымша физиологиялық жоғалтуларын ескерсек (1 мг/тәу), онда тағаммен түскен темірдің барынша сіңірілуіне қарамастан биометалдың тапшылығы туындап, анемияға алып келеді. Гиперполименорреяның себептері: жатырдан әр түрлі дисфункциялық қан кетулер (әсіресе пре- және климакс кезеңдері), эндометриоз, жатыр миомасы, жатырдың қатерлі ісігі, геморрагиялық диатездер, жатыр ішілік кофнтрацептердің болуы және т.б. Анемия балалардың өсуіне және дамуына әсерін тигізеді:

- Қазақстанда жыл сайын 1000-ға жуық бала туу алдында немесе тумай жатып бақилық болады – себебі анасында анемияның асқынған түрі болғандықтан;
- Қазақстанда 6-24 айлық әрбір екінші балада интеллектуалдық немесе жеке қабілеттерінің дамулары бұзылады;
- 20 жасқа жеткенде шамамен 1,5 млн. жуық балалар жоғары кірістер алуға және өз қабілеттерін жүзеге асыра алмайды.

Анемия ата-аналардың денсаулығына әсерін тигізеді:

- 1) 22,6% аналар босану кезінде немесе босанғаннан кейін қайтыс болып жатады, себебі анемияның ауыр түрінен;
- 2) әрбір төртінші еркек анемиядан зардап шегеді;
- 3) Физикалық әлсіздік, төзімділіктің төмендеуі, тұрғындардың 20-40% бала туу функцияларының төмендеуі байқалады;
- 4) тұрғындардың 17-20% еңбек өнімділігінің төмендеуі байқалады.

Павлодар облысында жыл сайын темір тапшылығы анемиясының 6 мың жағдайлары тіркеледі, 2014 жылы ауру көрсеткіші -100 мың тұрғынға 1082,9 құрады, 2015 жылы 100 мың тұрғынға - 832,7 құрады. Қазақстан Республикасының аумағында анемия проблемасы маңыздылығын ескере отыра және оны жою үшін қажетті шараларды қолдану үшін Қазақстанда анемияның алдын алу бойынша Стратегия әзірленді:

- 2004 жылы жоғары және бірінші сортты бидай ұнын міндетті түрде микронутриенттермен фортификациялау (байыту) туралы ҚР заңының баптары қабылданды, оған бірінші кезекте жататындар «В» тобындағы дәрумендер, ниацин, фолий қышқылы және макро, микро элементтері - кальций, калий, темір, йод;

- 2005 жылы Қазақстан Республикасы Үкіметінің бидай ұнын міндетті түрде фортификациялау (байыту) туралы қаулысы шықты;

- 2008 жылы Қазақстан Республикасы Үкіметінің «Санитарлық-эпидемиологиялық қадағалауға жататын тамақ өнімдерін байыту (фортификациялау) ережесі» 19 қаңтардағы N32 Қаулысы бекітілді;

- 2009 жылғы 18 қыркүйекте жоғарғы және бірінші сұрыптағы ұндарды міндетті түрде байыту «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР Кодексі шеңберінде бап қабылданды.

Күнделікті тамақтану барысында байқалатын негізгі дәрумендер мен минералдардың жетіспеушілігі фортификацияланған ұнды (байытылған) пайдаланғанда денсаулықты нығайтуға ықпалын тигізеді.

Бидай ұнын байыту (дәрумендеу) не үшін қолданылады?

1. Бірінші және жоғарғы сортты бидай ұнын өндіру кезінде 65-90 % микронутриенттер және дәрумендер жоғалады;

2. Бірінші сортты бидай ұны Қазақстандағы қол жетімді және арзан негізгі азық-түлік өнімі болып табылады, оны міндетті байытылуы анемия деңгейін және 15-25% барлық тұрғындар арасында дәрумендер тапшылығын төмендетеді.

3. Ұнды міндетті фортификациялаудағы 57 әлем елдері тәжірибесі көрсеткендей, бұл стратегияның табысты мәселесі барлық тұрғындар арасында микронутриенттер тапшылығының алдын алу болып табылады.

Біздің Республикамызда дәруменді-минералды кешен әзірленді және бекітілді. 2010 жылдан бастап Степногорск қаласында перемикс өндірісі басталды. 70% - ға дейін ұнды ішкі тұтынудағы 20-ға жуық ірі диірмен тәжірибемен және қажетті құрал-жабдықтармен қамтамасыз етілген. Құнарландырылған ұн және нан тұтынушыларға қолайлы, өйткені бұл өңдеу процесінде жоғалған микроэлементтерді қалпына келтіреді. ҚР ДМ МСЭҚК 2011 жылғы 6 сәуірдегі «Жоғары және бірінші сортты бидай ұнын міндетті түрде фортификациялауға бақылауды күшейту туралы» №70 бұйрығы негізінде, Қазақстан Республикасы мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау органдарымен жоғары және бірінші сортты бидай ұнын міндетті түрде фортификациялануға бақылау мен қадағалау жүргізіліп отырылады.

Мониторинг қорытындысы бойынша, 2016 жылы Павлодар облысында бірінші және жоғарғы сұрыптағы 16176 тонна ұн өндірілген, оның ішінде 6233 тонна ұн жоғарғы сұрыптағы, 9943 тонна ұн бірінші сұрыптағы. 49 тонна жоғарғы сұрыптағы және 1 сұрыптағы ұн – 205 тонна байытылған ұн өндірілді, ол 0,7% және 2% құрады.

Павлодар облысында жоғары және бірінші сорттағы бидай ұнын байытумен (фортификациялау) жеті кәсіпорын айналысады: ЖК Главацкий «Лоза» ФШ, Павлодар қаласы «Аслан» ЖШС, «Павлодар қаласы «Группа Интер» ЖШС, Павлодар қаласы ЖК Тетенева, Павлодар қаласы «Аквamarin-PV» ЖШС, «Лейла» дейірмен кешені «Еркен» ШҚ Екібастұз қаласы, Ертіс ауданы «Уразбаев» ШҚ.

Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» N 193-IV Кодексінің 160-бабына сәйкес, жеке және заңды тұлғалар азық-түлік өнімдерін өндіру барысында, темір тапшылығы жағдайларының алдын алу мақсатында өндірісте тек қана құрамында темір бар дәрумендермен, минералдармен және басқа да заттармен байытылған ұнды және өзге де тамақ өнімдерін пайдалануға міндетті.

Қорытынды: Егер ағзадағы темір қоры азайса, гемоглобин деңгейі де қарқынды түрде төмендейді, бұл қан эритроциттерінің тіндерге оттегін тасымалдау қабілетін төмендетеді. Бұл жағдай ағзаның барлық жүйесінің, мүшелерінің, тіндерінің және жасаушаларының тыныс алу бұзылыстарына әкеліп соғады. Әсіресе бізге қозғалып жұмыс істеуге мүмкіндік беретін, кез-келген жастағы адамдарға кері әсерін тигізетін ми және бұлшықет мәселелері өте маңызды. Гемоглобиннің қажетті деңгейі іштегі нәрестенің толық дамуы үшін жүктілік кезінде өте қажет. Гемоглобин түзілуі темір ғана емес, сонымен бірге темірдің сіңірілуі мен фолий қышқылының белсенділігін қамтамасыз ететін цинк, мыс, марганец, никель, В6 және В12 дәрумендері, С дәрумені қатысуы арқылы жүзеге асатын көп сатылы процесс. Егер ағзадағы темір қоры азайса, гемоглобин деңгейі де қарқынды түрде төмендейді, бұл қан эритроциттерінің тіндерге оттегін тасымалдау қабілетін төмендетеді. Бұл жағдай ағзаның барлық жүйесінің, мүшелерінің, тіндерінің және жасаушаларының тыныс алу бұзылыстарына әкеліп соғады. Әсіресе бізге қозғалып жұмыс істеуге мүмкіндік беретін, кез-келген жастағы адамдарға кері әсерін тигізетін ми және бұлшықет мәселелері өте маңызды. Гемоглобиннің қажетті деңгейі іштегі нәрестенің толық дамуы үшін жүктілік кезінде өте қажет. Гемоглобин түзілуі темір ғана емес, сонымен бірге темірдің сіңірілуі мен фолий қышқылының белсенділігін қамтамасыз ететін цинк, мыс, марганец, никель, В6 және В12 дәрумендері, С дәрумені қатысуы арқылы жүзеге асатын көп сатылы процесс.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 А.Е. Абатуров, И.Л. Высочина, О.Н. Герасименко. Рациональная терапия железодефицитных анемий у детей препаратами железа для применения внутрь // Здоровье ребенка. – 2006. - №3(3). – С. 16-24.
- 2 Л. А. Анастасевич, А. В. Малкоч. Железодефицитная анемия у детей грудного и младшего возраста // Лечащий врач. - 2006. - №7. - С. 66-70.
- 3 Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А.Л., Малова Н.Е. Профилактика и лечение железодефицитных состояний у детей // Лечащий врач. - 2004. - №1. - С. 24-28.
- 4 А.Г. Румянцев, Т.В. Казюкова. Профилактика дефицита железа у детей раннего возраста // Трудный пациент. – 2007. - №5(2). - С.38-42.
- 5 Н. М. Богданова Дефицит железа и его отрицательное влияние на развитие детей раннего возраста. Диетологические возможности постнатальной коррекции дефицита железа // Лечащий врач. — 2011. — №8. — С. 38-45.

Г.Т. Асилбекова

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А.Яссауи

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме: При ЖДА дети бледные, вялые, ко всему безразличны. Появляется головная боль, головокружение, потемнение в глазах, могут возникать обмороки. Характерны для этой болезни одышка и учащенное сердцебиение, появляющиеся или усиливающиеся при физической нагрузке. Может возникать боль в области сердца, мышечная слабость. Кожа становится сухой, ногти слоятся и ломаются, часто возникают проблемы с волосами – они начинают выпадать, секутся. Появляются изменения вкуса и обоняния, дети часто и длительно болеют.

Ключевые слова: анемия, дети, железодефицитная анемия, социальный, медицина.

G.T. Asilbekova

International Kazakh-Turkish University them. H.A. Yassau

SOCIO-MEDICAL PROBLEMS OF IRON-DEFICIENCY ANEMIA AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS (LITERATURE REVIEW)

Resume: When IDA children are pale, languid, to all indifferent. There is a headache, dizziness, darkening in the eyes, there may be fainting. Characteristic for this disease, dyspnea and heart palpitations appearing or intensifying with physical exertion. There may be pain in the region of the heart, muscle weakness. The skin becomes dry, the nails break and break, often there are problems with the hair - they begin to fall out, split. There are changes in taste and smell, children often get sick for a long time.

Keywords: anemia, children, iron deficiency anemia, social, medicine.