

Мақалада артериалды гипертониялы науқастарды оқытудың маңызы және ауруларды емдеудің негізгі көзі ретінде осындай оқыту бағдарламаларын тәжірибеге енгізу өте пайдалы екендігі дәлелденген. Оқыту барысында науқастарда ауруы жайында дұрыс көзқарасы қалыптасады. Артериалдық гипертониялы науқастарды дұрыс емдеу үшін науқастардың өз ауруы жайында толық мәліметтерге ие болуы, салауатты өмір салтын ұстануы, күнделікті дәрілік заттарды қабылдауы өте маңызды.

*Түйінді сөздер:* артериалдық қысым, артериалды гипертония, сауалнама, науқастарға арналған мектеп

### Summary

In article the role of training sick of an arterial hypertension and introduction of educational programs for increase of adherence of patients is described. Participation of patients with an arterial hypertension in educational process forms correct representation about disease. For achievement of favorable success in treatment and preventive maintenance of an arterial hypertension by the patient it is necessary to have accurate idea about the illness, intelligently to carry out recommendations about normalisation and change of a way of life, to adhere to correct regular treatment, to be able to supervise independently a disease current.

*Key words:* arterial pressure, an arterial hypertensia, a questionnaire, school for patients

**УДК 616.155.194.8-085.9**

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА ПО АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Л.Н. Черябкина

КГКП «Поликлиника №1», г. Темиртау

В статье описывается определение групп риска по анемии у детей. Выделены основные клинические синдромы железодефицитной анемии. Вопросы диспансерного наблюдения и сроки.

*Ключевые слова:* анемия, здоровье ребенка, группы риска

Во всем мире самой частой причиной анемии у детей и подростков являются железодефицитные состояния. К сожалению, недостаточное внимание к вопросам диагностики этой патологии в детском возрасте привело к тому, что, согласно официальной статистике, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) распространенность железодефицитной анемии (ЖДА) среди детского населения достигает 60-80%. Причины развития дефицита железа у детей разнообразны. Среди них можно выделить:

- недостаточные запасы железа при рождении. Недоношенные дети, а также дети от матерей, страдавших во время беременности анемией, относятся к группе риска по развитию ЖДА. Состояние плаценты также имеет огромное значение, поскольку положительный баланс железа у плода обусловлен совершенными транспортными механизмами плаценты;

- недостаточное поступление железа с пищей и нарушение всасывания в желудочно-кишечном тракте. Имеет значение не столько содержание железа в продукте, сколько эффективность его всасывания и усвоения. Железо всасывается в двенадцатиперстной и тощей кишках, поэтому при различных заболеваниях пищеварительного тракта (хронический энтерит, синдром мальабсорбции) также может развиваться дефицит железа в силу нарушения его всасывания;

- повышенная потребность в железе в связи с ростом, интенсивными процессами дифференцировки тканей, созревания различных органов и систем, увеличением объема циркулирующей крови. Особенно высока потребность в железе в период вытяжения, пубертатный период и во время становления менструальной функции у девочек-подростков;

- избыточная потеря железа организмом. Это прежде всего кровопотеря: кровотечения различной локализации (при заболеваниях пищеварительного тракта - язвенные процессы, полипы, сосудистые аномалии, носовые), глистная инвазия, менструации у девочек-подростков. Избыточная потеря железа может быть при выраженных аллергических проявлениях на коже за счет потери микроэлемента со слущивающимся эпителием, при частых ОРВИ у детей, поскольку вирусы и бактерии используют железо ребенка для своих метаболических процессов [1,2].

**Цель исследования.** Определение группы риска по анемии у детей на амбулаторном уровне.

**Материалы и методы.** Проанализированы 112 амбулаторных карт детей в возрасте от 0 до 12 лет КГКП «Поликлиника №1» г. Темиртау. Состояние здоровья детей определены по критериям, согласно учебно-методического пособия для врачей-педиатров [1] и приказа МЗ РК №794 от 26.11.2009г. [2]. Диагностика и лечение проводилось согласно протоколам диагностики и лечения (Приказ МЗ РК №764 от 28.12.2007г. «Об утверждении протоколов диагностики и лечения заболеваний»).

Из всех возрастных групп наибольший риск развития железодефицитных состояний имеют: прежде всего плод и новорожденный, в виду интенсивного роста и обмена веществ, а также вследствие широкой распространенности анемии у матерей, чей организм для них является естественной средой обитания, а также предрасположены к развитию анемии дети раннего и пубертатного возраста.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1989г.), обследование детей с целью подтверждения диагноза ЖДА включало: исследование клинического анализа крови (уровень гемоглобина, число эритроцитов, их морфология, цветовой показатель, число ретикулоцитов); исследование сыворотки крови (сывороточное железо, желе-

зосвязывающая способность сыворотки крови) и тест Грегерикуса. ЖДА диагностировали по общепринятым критериям, в частности по уровню гемоглобина (менее 110 г/л), по значениям цветового показателя ниже 0,85, эритроцитов менее  $3,5 \times 10^{12}/л$  и по содержанию сывороточного железа менее 10 мкмоль/л.

**Результаты исследования.** Согласно результатам исследования анемия легкой степени составила 64,3 % (у 72 детей), средней степени – 34,8% (у 39 детей), тяжелой степени – 0,9 (у 1). Железодефицитную анемию у детей определяли по основным 2 клиническим синдромам: анемический и сидеропенический. Анемический синдром сопровождался бледностью кожи (100%), тахикардией (22%), систолическим шумом (22%). Как уже известно, основным признаком анемии – бледность кожных покровов. Однако его информативность ограничена другими факторами, определяющими цвет кожи. Поэтому наиболее информативным признаком анемии является бледность видимых слизистых - слизистой оболочки полости рта, ногтевого ложа и конъюнктивы век. Информативным также считается цвет кожи на сгибах ладонной поверхности - если по цвету они не отличаются от окружающей кожи, то уровень гемоглобина у больного, как правило, менее 80 г/л. Развитие бледности кожных покровов при анемии объясняется двумя факторами: первый - это, несомненно, уменьшение уровня гемоглобина в крови, второй – шунтирование крови в обход сосудов кожи и других периферических тканей, способствующее усиленному кровоснабжению жизненно важных органов. Перераспределение кровотока представляет собой один из важных механизмов компенсации анемии.

Типичными среди сидеропенических симптомов, является снижение аппетита (100%), изменение вкуса (72%), затруднение глотания сухой и твердой пищи (32%), вздутие живота (56%), мышечная гипотония (52%), сухость кожи (100%), сухость и ломкость волос (43%), ангулярный стоматит (15%). Такой важный и характерный для взрослых и детей старшего возраста признак сидеропении, как ломкость и слоистость ногтей и их поперечная исчерченность наблюдалось только у одного ребенка 12 лет.

Существенную роль среди факторов риска развития ЖДА у обследованных пациенток имел не только неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез, но и наличие у матерей вредных привычек и хронических заболеваний. Из них, курящие составили - 17%, 62% имели различной степени железодефицитную анемию во время беременности, у 12% - заболевания желудочно-кишечного тракта, у 15% - заболевания мочеполовой системы. ОРВИ и гриппом переболела почти каждая третья.

Таким образом, создавшееся железодефицитное состояние в последующем может привести к нарушениям на клеточном, органном и тканевом уровнях, клинические проявления которого могут сопровождаться задержкой умственного, так и моторного развития. А также снижением активности иммунной системы, что приводит к высокой заболеваемости детей и хронизации процессов. Дальнейшая тактика врача-педиатра - это диспансерное наблюдение за детьми больными ЖДА, получающими препараты железа, которое проводится 1 раз в 10-14 дней (осмотр, ана-

лиз крови с подсчетом эритроцитов, гемоглобина, ретикулоцитов, оценивается морфология эритроцитов и лейкоцитарная формула). Диспансерный осмотр ежемесячно, гемограмма ежеквартально. В течении 6 месяцев от нормализации клинических и лабораторных показателей ребенок снимается с учета и переводится из второй группы здоровья в первую. Не следует забывать, что ЖДА - это заболевание, при правильной терапии которого наступает полное выздоровление.

### Литература

1. Куанышбекова Р.Т., Садыкова В.Б., Мырзабекова Г.Т. Работа участкового врача с детьми раннего возраста здоровыми и из групп риска // Руководство для врачей. 2-е издание, переработанное и дополненное. - Алматы, 2003. – 128 с.
2. Приказ МЗ РК №794 от 26.11.2009 г. «Об утверждении правил оказания первичной медико-санитарной помощи и прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи».

### Тұжырым

Мақалада балаларда анемия бойынша қауіп-қатер топтарын анықтау қарастырылды. Теміртапшылық анемияның негізгі клиникалық синдромдары және оларды диспансерлі бақылау, мерзімдері көрсетілді.

*Түйінді сөздер:* анемия, бала денсаулығы, қауіп-қатер топтары

### Summary

In article definition of groups of risk on an anaemia at children is described. The basic clinical syndromes iron-deficient anemias are allocated. Questions dispensaries supervision and terms.

*Key words:* an anaemia, health of the child, risk group

УДК 613.62:616-071.1

## ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ АНАМНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ И СТАЖА У ГОРНОРАБОЧИХ ТОО «КОРПОРАЦИЯ КАЗАХМЫС»

Б.С. Шрайманов

Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний МЗ РК, г. Караганда

Проведен анализ оценки профессионального риска у работников Жезказганского горно-металлургического комбината ТОО «Корпорация Казахмыс» имеющие  
ISSN 1727-9712

Гигиена труда и медицинская экология. №3 (28), 2010