

## LAYIHƏ

**ANEMİYA qanazlıqdır. Bu konkret bir xəstəlik deyil. Klinik hematoloji sindromların qrupudur. Yer əhəlisinin 10-20% də anemiyaların müxtəlif növləri aşkar olunur. Daha çox qadınlar anemiyadan əziyyət çəkir. Bütün anemiyaların 90%-ni dəmir defisitli anemiyalar təşkil edir. Daha az hallarda B12, fol turşusu defisitli, hemolitik, aplastik anemiyalar müşahidə olunur.**

**Dəmirin əsas yerləşdiyi orqan qara ciyər, sümük iliği, dalaq və əzələlərdir**

Dəmir defisitli anemiya-qan zərərində, sümük iliğinde, depoda dəmirin azalması nəticəsində yaranan xəstəlikdir. Dəmirin sümük iliğində kifayət qədər daxil olmaması nəticəsində hemoqlobinin, sonradan isə, eritrositlərin sintezi pozulur. Sümük iliği kiçik, solğun eritrositlərin produksiyası edir (mikrositlər) Nəticədə hipoxrom anemiya və toxumaların trofik dəyişikliyi yaranır. Xəstələrdə anemiya yaranmamışdan əvvəl toxumalarda dəmir defisitli-latent dəmir çatışmazlığı əlamətləri müşahidə edilir.

Dəmirin əsas yerləşdiyi orqan qara ciyər, sümük iliği, dalaq və əzələlərdir. Fizioloji olaraq qidadan dəmirin sorulmasında məhdudiyatlar var. Kişilər adətən qida ilə 18 mq dəmir alır, orqanizmə ancaq 1-1,5 mq sorulur. Qadınlar qida ilə 12-15 mq dəmir alır, 1-1,3 mq isə sorulur. Dəmirə tələbat artıqda qida ilə maksimum 2-2,5 mq sorula bilər. Orqanizmin itirdiyi dəmir sutkada 2 mq-dan çox olduqda tədricən dəmir çatışmazlığı yaranır.

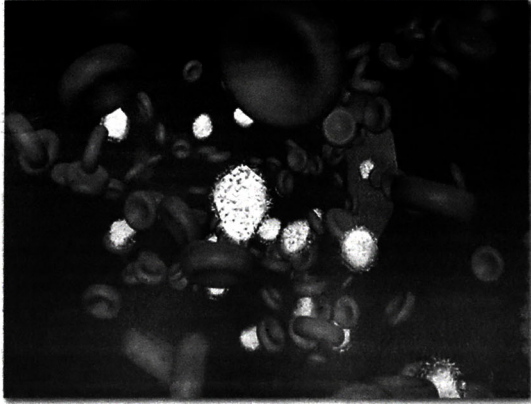
Orqanizmə daxil olan dəmir əsasən 12 barmaq və nazik bağırsağdan sorulur. Dəmirin sorulmasının intensivliyi həmişə eyni olmur. Bu proses dəmirin ehtiyatından, ona olan tələbatdan asılı olaraq arta, yaxud azala bilər.

Qeyd edək ki, qadınlarda aybaşı qanaxmaları, hamiləlik, doğuş, laktasiya dəmirə olan tələbatı artırır. Belə hallar çox zaman dəmir defisitli anemiyadan səbəbi olur. Qadınlarda anamnezdə mənsəbuasiyaya hesabına həddən artıq qan itkisi müşahidə edilə bilər. Hər hamiləlik, doğuş, laktasiya zamanı qadın 700-800 mq dəmir itirir.

Qohvə rəngli qanqasma, adi qanqasma və ya melena MBT-nin yuxarı şöbələrinə qanaxmanın olduğunu bildirir. QSIQ-lər və kortikosteroidlər peptik xora xəstəliyinə səbəb olur.

Kişilər arasında dəmir defisitli anemiyanın yaranmasının əsas səbəbi mədə-bağırsaq traktından olan qanaxmalardır. Düz bağırsağdan toza qırmızı qanın gəlməsi MBT-nin aşağı şöbələrinin qanaxmasını göstərir. Qadınlarda işə bu ikinci yerə düşür. Anamnezdə mədə əməliyyatı, qlütten enteropatiyası və ya nazik bağırsağın əhəmiyyətli bir hissəsinin rezeksiyası olarsa, bu məlalsobor.

# Anemiya –qanazlığının fəsadları, müalicəsi



yadan şübhələnməyə əsas verir. Yaşlı kişilər arasında dəmir defisitli anemiyanın rast gəlmə tezliyi qadınlara nisbətən daha yüksəkdir. Bunun səbəbi mədə-bağırsaq qanaxmaları, hemorroy, mədə-12 barmaq bağırsaq xorası, mədə və bağırsaq şişləri, müxtəlif lokalizasiyalı divertikullar, qurd invazyaları diafraqma yırtığı zamanı mədinin selikli qişasının neroziyası, yemək borusunun venoz genişlənmələri-dir.

Sidik yollarından qanaxmalar nadir hallarda dəmirin çatışmazlığına səbəb olur. Lakin daimi eritrosituriya, hemoqlobinuriya, hemosiderinuriya (paroksizmal gəcə hemoqlobinuriyası, autoimmün hemolitik anemiya-hemolizin forması) xəstədə dəmir defisitini yaradır. Spirtli içki istifadəsi və siroz laxtalanma pozğunluqları və qida borusunun varikozuna tokan verir.

Bəzən qapalı boşluqlara qanaxmalar və dəmirin təkrar istifadəsinin pozulması da dəmirin çatışmazlığına səbəb olur. Belə hala əgər ciyər toxumasına daimi qanaxma nəticəsində yaranan əgər ciyər sidərində rast gəlinir.

Donorlar arasında da dəmir defisitli anemiya rast gəlinir. Hər qanvermə zamanı 200-250 mq dəmir itirilir. Kişi donörülər itərdə 950-1400 ml, qadınlar isə bu miqdarın yarısı qədər qan verə bilərlər.

Kiçik yaşlı uşaqlarda anemiyanın səbəbi ana bətnində olarkən dəmirin kifayət qədər alınmaması, çoxdöllü hamiləlik və onların düzgün qidalanmamasıdır. Qeyri-qanazlıq sosial iqtisadi şəraitdə yaşayan, ilk 6 ay ərzində inək südü ilə qidalanan, az çəkili və vaxtından əvvəl doğulan uşaqlarda dəmir defisitinin yaranma riski daha yüksəkdir. Cinsi yetkinlik dövründə, xüsusən

qızlarda aybaşı qanaxmaları, inkişafın sürətlənməsidəmirə olan tələbatı artır. Bu dövrdə yeniyetmə pis qidalansa, iş-təhəsi zəifdirsə, at və at məhsullarından imtina edərsə, bu dəmir defisitli anemiya-yə gətirib çıxarır. Çox güman ki, burada hormonal faktorların da əhəmiyyəti var. Belə ki, androgenlər dəmirin sorulmasını və eritropoezi sürətləndirir, estrogenlər isə bu xüsusiyyətə malik deyil.

Tərkibində at ət olan qida rasionu dəmir defisitinə səbəb olur. Generalizə olunmuş az qidalanma tez-tez kombinə olunmuş vitamin B12 və/və ya fol turşusu defisitinə səbəb olur və bu zaman normosit anemiya baş verir. Uşaqlarda paroreksiya ola bilər.

Eritropoetin sintezinin pozulması zamanı (böyrək, endokrin və digər patoloji) eritropoetin preparatları ilə müalicə dəmir defisitini yaradır. Çünki müalicə zamanı hematokritin artması üçün eritroid hüceyrələrə çox miqdarda dəmir tələb olunur. Əgər ehtiyat dəmir azdırsa və ya tükənsə, bu dəmir defisitini və hemopoezin zəifləməsi ilə nəticələndirəcək. Uzun müddət süd-biçki pəhrizində olan insanlar dəmir defisitinin yaranması üçün risk qrupuna aiddirlər.

## Dəmir defisitli anemiyanın diaqnozu və müalicəsi

**Diaqnozu:** Qan zərərində dəmirin, ferritinin və transferinin konsentrasiyası təyin edilir. Xüsusi göstərici olduqda sümük iliğinin aspirasion biopsiyası edilir. Anemiya dəmir preparatları və dəmir tərkibli qidalarla müalicə edilir.

Qeyd etdiyimiz kimi qan zərərində dəmirin miqdarının az, total dəmir birləşdirmə qabiliyyətinin (TDBQ) yüksək və

ferritin səviyyəsinin aşağı olması dəmir defisitli anemiyayı göstərir. Dəmir defisitli reaktiv trombozitoza səbəb olur ki, bunun özü də daha bir göstəricidir. Dəmir defisitini ayrıca diaqnoz deyil, əsasında duran səbəbin aydınlaşdırılması üçün əlavə müayinələr tələb olunur. Onun diaqnozunda qan zərərində dəmirin, ferritinin və transferinin konsentrasiyası təyin edilir. Xüsusi göstərici olduqda sümük iliğinin aspirasion biopsiyası edilir. Anemiya dəmir preparatları və dəmir tərkibli qidalarla müalicə edilir.

Dəmir defisit anemiyanın müalicəsi etiotrop və patogenetik istiqamətlərdə aparılır. Etiotrop müalicə qanaxmanın mənbəyinin həg edilməsi, infeksiya ilə mübarizə, şiş əleyhinə müalicə, dəmirin anadangəlmə defisitinin profilaktikası aiddir. Patogenetik müalicəyə isə dəmir defisitinin aradan qaldırılması və hemodinamik pozğunluqlar aiddir.

Dəmir defisitli anemiyası olan xəstələrdə diyetaya dəmirə zəngin olan qida məhsulları daxil edilməlidir. Diyetaya təkcə hər məhsulda olan dəmirin miqdarı deyil, eyni zamanda bu məhsullarda olan dəmirin sorula biləcəyi dərəcəsi də nəzərə alınmalıdır.

Ən çox dəmir at (mal eti, qoyun eti) məhsullarında olur. Balıq məhsullarında olan dəmirin 10%-i, bitki məhsullarında olan dəmirin isə 5%-i orqanizmə tərəfindən mənsəbu edilir. Ona görə də dəmir defisitini aradan qaldırmaq üçün dəmir preparatlarından mütləq istifadə edilməlidir. Dəmir preparatlarının yaxşı mənsəbulması üçün onları mütləq yeməkdən əvvəl qəbul etmək lazımdır. Dəmir defisitli anemiyanın müalicəsində əsas məqsəd dəmir preparatlarının yüksək dozada uzun müddət qəbul edilməsindən ibarətdir. Xəstəlik zamanı dəmir defisitini aradan qaldırmaq üçün dəmir defisitli qidaların dərmanların dozaları düzgün seçildikdə 7-10 gün sonra müayinə zamanı irəliləyişin olması mütləqdir. Tam müalicə əldə etmək üçün dərmanlar ən azı 3 ay qəbul edilməlidir.

Bəzən dəmir defisitli anemiyaların müalicəsi zamanı qəbul edilən dərman maddələri xəstələrdə ürəkbulanmaya, qusmaya səbəb olur. Bəzən isə xəstələrin nazik bağırsaqlarında xəstəliklərin olması səbəbi dərmanların bağırsaqlardan sorulmasını ləngiyir və çətinləşir. Bu zaman xəstələrə dərman preparatları parenterl yolla tətbiq edilir.

Yaxı "Lejkeza Uşaqlara Destək" İctimai Birliyinin Prezident yanında Qeyri-Hökumət Təşkilatlarına Dövlət Dəstəyi Şurasının maliyyə dəstəyi ilə icra etdiyi "Qan xəstəlikləri və koronavirusdan cəsarət çəkənlərə destək və məsrəfləndirmə" layihəsi çərçivəsində hazırlanmışdır.