

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ
АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Кафедра: Тері және венерология

СӨЖ

Тақырыбы: Теміртаншылықты анемия

Қабылдаған: Усипбекова М.
Орындаған: Анапиянова Ақерке.
Факультет: ЖМ
Тобы: 12-018-01



Жоспары:

I. Кіріспе

1.1. Анықтама. Жіктелуі.

II. Негізгі бөлім

2.1. Диагностикасы

2.5. Емі және диагностикасы

III. Қорытынды.



Анықтамасы

Темір тапшылықты анемия (ТТА) – түрлі патологиялық (физиологиялық) процесстер фонында дамидын және анемия мен сидеропения белгілерімен көрініс табатын, темір тапшылығы нәтижесінде гемоглобин синтезінің бұзылуымен мінезделетін патологиялық жағдай.

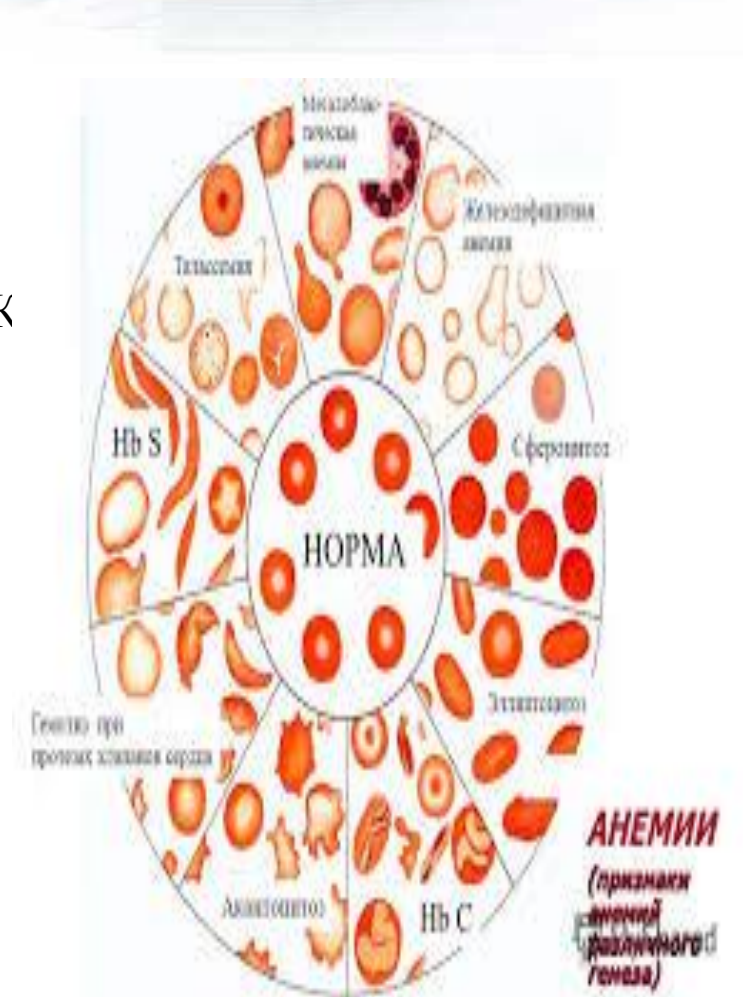
ТТА – ауру емес синдром және оны туындатқан патогенездік механизмдер анықталуы қажет, бірқатар ауыр ауруларда дамуы мүмкін.





Анемияның жіктемесі

- М.П. Кончаловский жіктемесі бойынша постгеморрагиялық, қантүзілу бұзылыстары салдарынан анемия (оның ішінде теміртпашылықты), гемолиттік анемияларды ажыратады.
- Орташа эритроцитарлық көлемге байланысты ажыратады (ОЭК): микроцитарлық (ОЭК 80 фл аз), нормоцитарлық (ОЭК 81-94 фл аз) және макроцитарлық (ОЭК 95 фл жоғары).
- Эритроциттердегі Hb құрамына байланысты ажыратады: гипохромдық (эритроциттердегі Hb орташа құрамы [ЭГОҚ] 27 пг аз) нормохромдық (ЭГОҚ 27-33 пг) және гиперхромдық (ЭГОҚ 33 пг жоғары).
- Патогенез бойынша: жіті, постгеморрагиялық және созылмалы.
- Ауырлық дәрежесі бойынша: жеңіл, орташа дәрежелі ауырлықта және ауыр.



ТТА диагнозында себеп және анемия ауырлық дәрежесі көрсетіледі

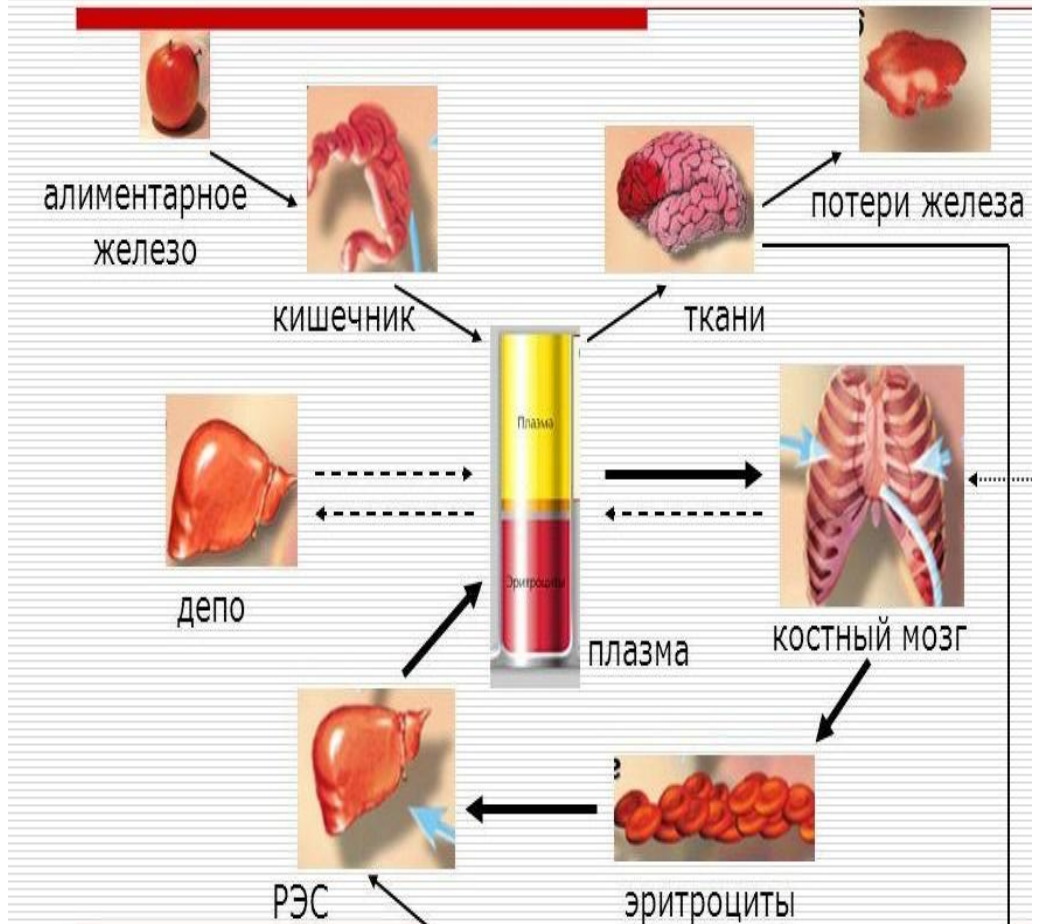
ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР

Қауіп-қатерлі факторлар

Қан кетулер, созылмалы энтериттер, кейбір глисттік инвазиялар, соқылмалы аурулар маңызды этиологиялық факторлар болып табылады – ТТА көп жағдайда тамақтану рационында қол жетімді биологиялық темірдің тапшылығы ең көп таралған себебі болып табылады.

Әйелдерде қауіп қатарлі факторлар – көлемді етеккірлер, асқазан ішек қан кетулері, жеткіліксіз тамақтану, асқазан ішек жолдарында сіңірілудің бұзылуы, асқазан резекциясы, ісіктер, созылмалы экзогендік улану, ферменттердің тұқымқуалаушылық ақауы.

Метаболизм железа





Диагностика критерилері

ТТА келесі клиникалық формаларын ажыратады:

- постгеморрагиялық теміртапшылықты анемия;
- агастральді немесе анэнтеральді теміртапшылықты анемия;
- жүктілер ТТА;
- ерте хлороз;
- кеш хлороз.

Шағымдар мен анамнез

Науқастар әлсіздікке, бас айналуға, жүректің соғуына, бас ауыруына, көз алдында бұлыңғырлануға, кейде жүктеме кезінде ентікпеге, талмаларға, тексеру кезінде: трофикалық бұзылыстарға, сидеропениялық глоссит көріністеріне, дәм сезудің бұзылуына, иістерге шағымдануы мүмкін.

Инструменталық зерттеулер

ФГДС те: өңеш сілемейінде мүйіздену, асқазан сілемейлі қабатында атрофиялық өзгерістер ахилиямен.





Мамандар 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 диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Қанның жалпы анализі, тромбоциттер, ретикулоциттерді анықтаумен.
- 2. Қан сарысуындағы темір.
- 3. Қан сарысуындағы ферритин.
- 4. Зәрдің жалпы анализі - дифференциалды диагноз үшін.
- 5. Жасырын қанға нәжіс - ішкі қан кетулерді алып тастау үшін.
- 6. ЭФГДС - асқазан сілемейін тексеру үшін, қан кетулерді алып тастау үшін.
- 7. Гематолог консультациясы.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Қанның биохимиялық анализдері: жалпы билирубин, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, жалпы ақуыз, қанның қанты.
- 2. Флюорография.
- 3. Колоноскопия.
- 4. Гинеколог консультациясы.
- 5. Гастроэнтеролог консультациясы.
- 6. Уролог консультациясы.
- 7. Хирург консультациясы.

ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

Лабораторлық зерттеулер

Темір тапшылығының манифестті декомпенсацияланған формасының негізгі көріністері:

1. НВ синтезінің бұзылыстарынан туындаған гипохромды анемия.
2. Құрамында темір бар ферменттердің белсенділігін төмендету, ол ағзалар мен тіндердегі дистрофиялық өзгерістерді ауырлатып, клеткалық метаболизм өзгерістеріне алып келеді, миоглобин синтезінің бұзылуы миастенияға алып келеді, коллаген синтезінің бұзылуы есебінен өңеш пен асқазан сілемейінде атрофиялық процесстердің қалыптасуы мен үдеуі байқалуы мүмкін.

Базалық диагностикалық зерттеулер – гемоглобин концентрациясы, ОЭҚ, эритроциттегі гемоглобиннің орташа құрамы, гематокрит деңгейі, ОЭҚ, лейкоциттер мен ретикулоциттер санғы.

Альтернативті жол – оның концентрациясын және қан сарысуындағы ферритинді анықтау көмегімен темір тапшылығының бар екендігін растау. Темір тапшылығына трансфериннің темірмен 15% қанығуы мен ферритин құрамының 12 мкг/л⁴ екендігі көрсетеді. “трансферрин/ферритиннің ерігіштік рецепторы” (TfR) индексін анықтау кезінде TfR мәні $> 2/3$ мг/л болса, темір тапшылығының дәл көрсеткіші болып табылады.

Емханалық кезеңде емдеу үшін көрсетімдер: жеңіл және орта ауырлықтағы анемия (НВ 70г/л дейін).



ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОЗ

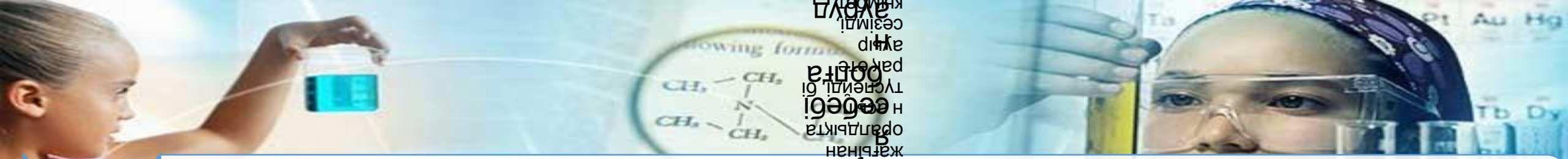
Дифференциалды диагноз

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 нысанатәрізді формасы мен базофильді пунктациясы, ретикулоцитоз және жоғарылаған гемолиз белгілері тән.



Әрбір
АКТИКАСЫ:
Емдеу

М мақсаты

Әрбір
Әрмексіз ем

Әрбір
Әрмектік ем

CONYMEH
katar
katar
TEMIP
ГЛЮКОЗАТЫ
Мен
фумараты
да
ТИМДІ. АСК
орбин
Қышқылды
TEMIP AДCO
Толумен
жасқартад
3. Түрлі
жаман
диета
Ушын
ескерілуі
Қауіп
• Табиғат
Таманжа
КЕМ
Етіюлу
онның
препаратт
арти
кезде
кезінде қол
Данын
ҚАМА
Пәлендерә
Лінің ең жау
ТІЛІМІНІ
Жатынан
оралдықта
не
едебі
Тәуелді о
паркәте
ayrip
сезімді



Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

Негізгі дәрі дәрмектер тізімі:

1. **Құрамында 30 мг кем емес темір бар, темір тұздарының біркөпөментті және қосылған препараттары, капсула, драже, таблетка.
2. *Темір сульфат моногидрат 325 мг, табл.
3. **Аскорбин қышқылы, таблетка, драже 50 мг.
4. **Фоли қышқылы, таблетка 1 мг.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі: Поливитаминдер.

Ем тиімділігінің индикаторлары: симптоматиканы төмендету және гемоглобиннің қалыпты көрсеткіштеріне қол жеткізу.

* - Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар.

** - Амбулаторлық ем кезіндегі рецепт бойынша дәрілік заттар тегін және жеңілдікпен берілетін ауру түрлерінің тізіміне кіреді.





Біріншілік профилактика:

- Құрамында темірі көп диета (ет, бауыр және басқалар).
- Темір препараттарын ұзақ уақыт қабылдау (4-6 ай).

Профилактикалық шаралар:

1. Темір тапшылығын шақырған себептерді жою.
2. Темірдің парентералды препараттары (көрсетімдер бойынша).
3. Ауыр анемия кезінде эритроцитарлық масса құю.
4. Қауіп-қатер тобындағыларға темір препараттарын профилактикалық қабылдау.

Науқастарға темір тапшылық анемиясын емдегеннен кейін, ұзақтылығы 6 апта профилактикалық курс ұсынылады (темірдің тәуліктік дозасы — 40 мг), сонан соң жылына 6 апталық екі курс жүргізіледі немесе етеккірден соң 7-10 күн бойы күн сайын 30-40 мг темір қабылдау. Күнделікті 100 г. кем емес ет пайдалану қажет.

Терапевтте тұрғылықты жері бойынша диспансерлік есеп. Жылына 2 рет тексеру, жалпы қан анализін зерттеу, сарысулық темір мөлшерін анықтау. Мұнымен қоса, темір тапшылық анемиясының этиологиясын ескеріп, диспансерлік бақылауды жүзеге асыру, яғни науқас темір тапшылық анемиясын шақырған ауру себебі бойынша диспансерлік есепте тұрады.

Әрі қарай жүргізу, диспансерлеу принциптері:

“Д” есепте тұрған науқастар жылына 1-2 рет темірмен қайталама курстар алады, қауіп қатер тобындағы науқастарға жылына 2-4 рет қанның жалпы анализін қайталау қажет.



Пайдаланылган адабиёттер.

1. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии. Ташкент 2004.
2. Iron deficiency anemia. EBM Guidelines. 17.04.2005.
3. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. “ГЭОТАР-МЕД”, 2004.
4. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЭОТАР-МЕД, 2002.
5. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. Gut, 2000.v.46, p.1. Goddard A.F., Mcintyre A.S., Scott B.B.
6. Основы клинической гематологии. Справочное пособие. Под редакцией проф. В.Г.Градченко ,2003г.