

«Астана медицина университеті» АҚ



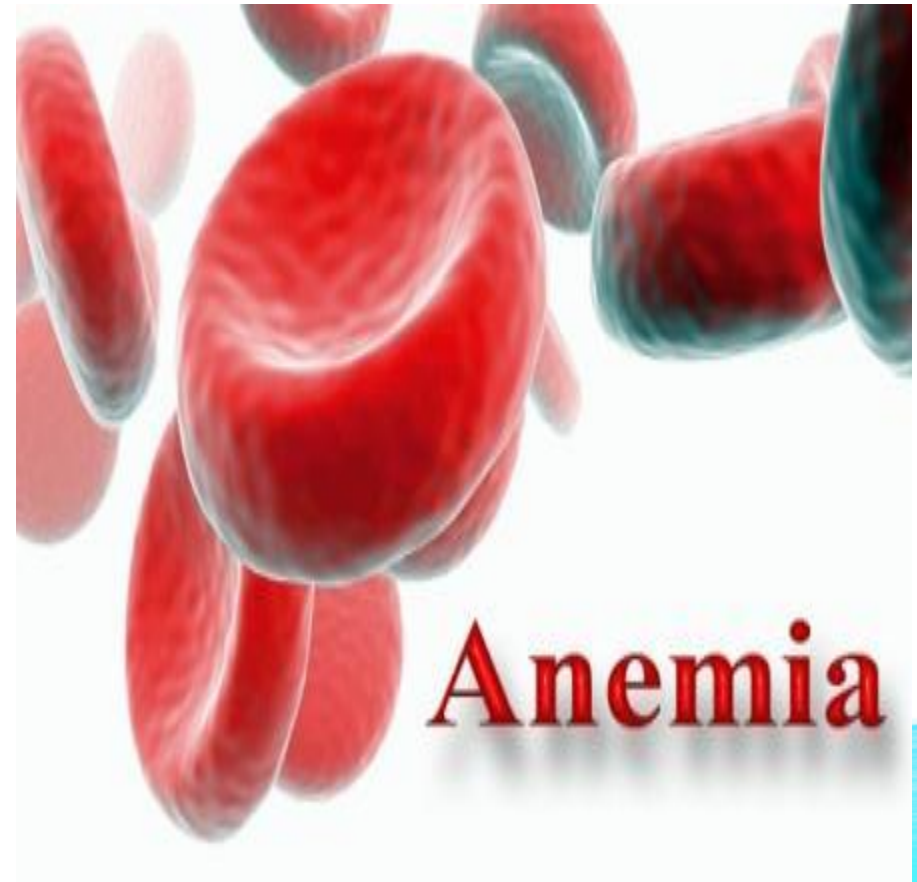
Мегалобластты анемия

Орындаған: Жәнібекова Әйкен
414 ЖМ
Тексерген: БАйдурын С.А.

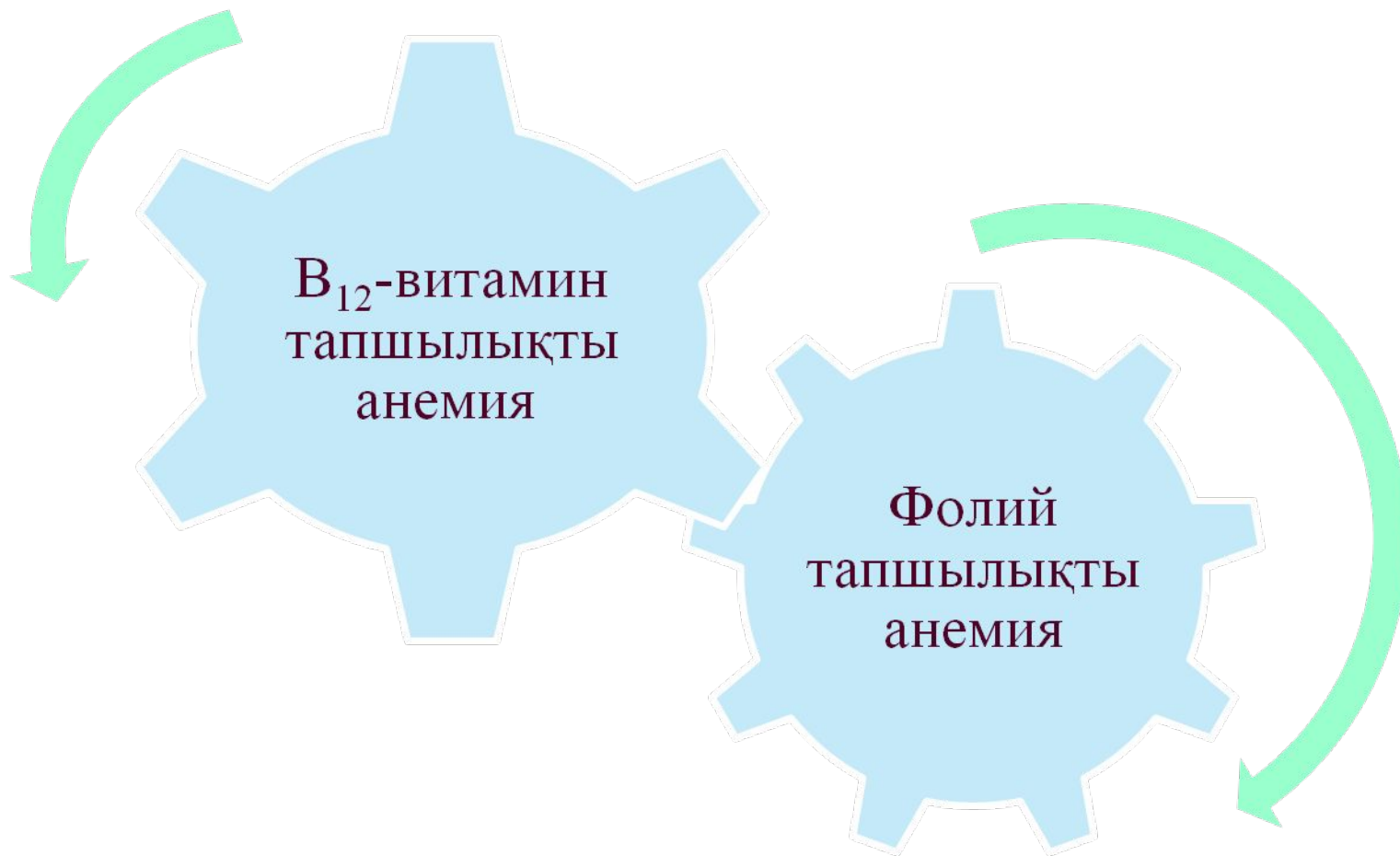
Астана 2015 ж.

Мегалобластты анемия

Мегалобластты анемия – ДНК синтезінің бұзылуы мен клеткалардың жетілуінің тежелуі салдарынан сүйек кемігіндегі қан түзілуінің мегалобластты түрге ауысуымен сипатталатын аурулар тобы.



Мегалобластты анемия



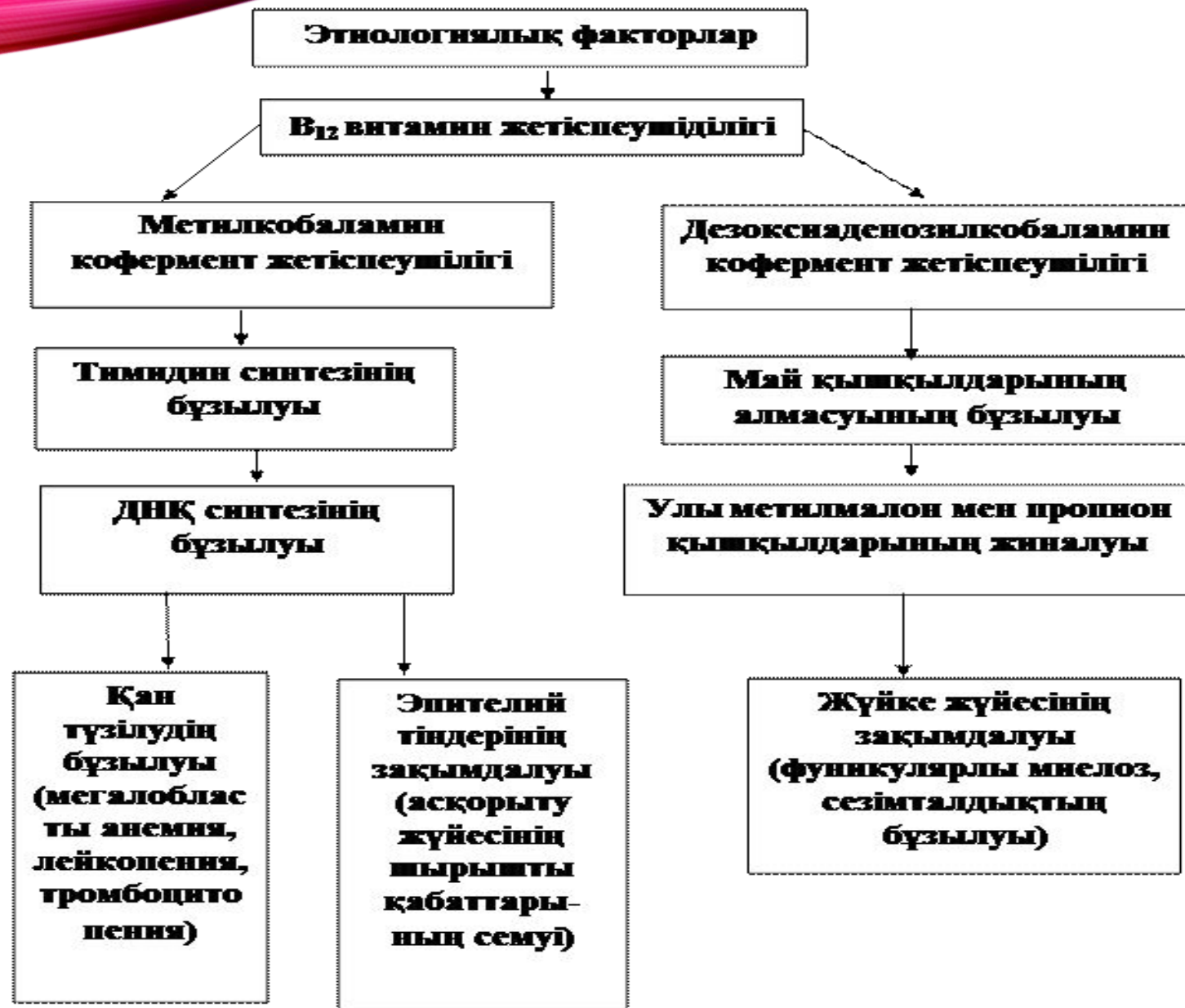
ЭТИОЛОГИЯСЫ

тағаммен түскен кобаламиннің қанға сіңірілмеуінен;

кобаламинге организмнің мұқтажы артып кетуінен; мәселен жүкті әйелдерде (ұрық дамуының 4-5 айлық мерзімінде қан өндірілу ұрықтық түрден эритробластық түрге ауысуына байланысты ұрық анасының кобаламині мен фоллий қышқылын көп пайдаланады);

тағамда кобаламиннің (қатаң тек өсімдіктерден тұратын тағаммен қоректенетін вегетериандарда, балаларды ешкі сүтімен, құрғақ сүт қосын-дыларымен тамақтандырғанда) жеткіліксіздігінен.

бауыр аурулары (гепатит, цирроз) кездерінде витаминдердің қорға жиналуы бұзылуынан;



Патогенезі.

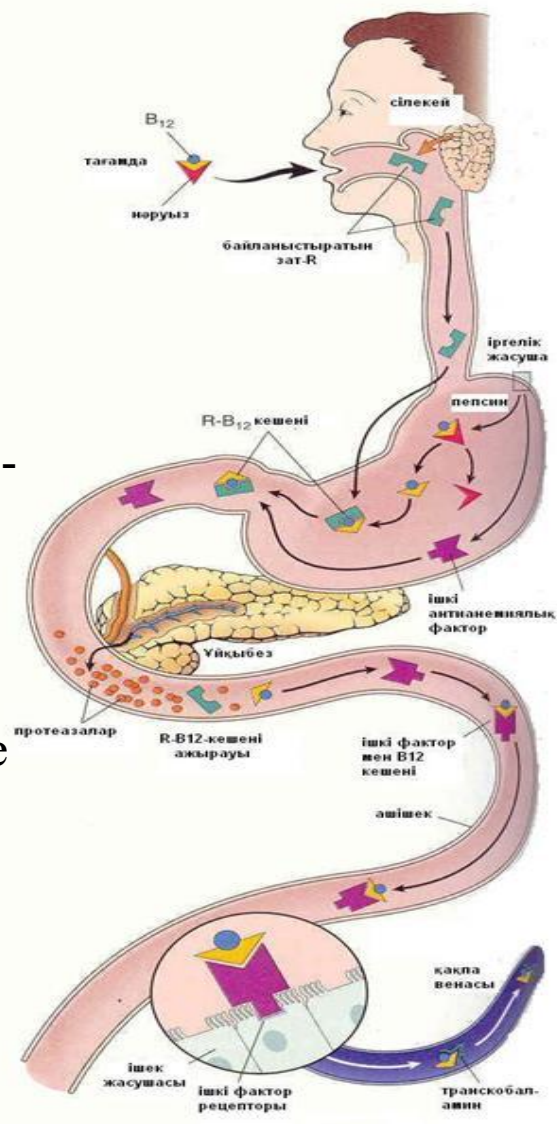
кобаламин жасушалардың ішінде болатын екі түрлі ферменттердің белсенділігін көтеретін коферменті болып саналады:

біріншіден,
метионин түзілуіне
қажетті
метионинсинтаза
ферментінің;

екіншіден, метилмалонил-
коэнзим А-ны сукцинил-
коэнзим А-ға ауыс-
тыратын метилмалонил-
коэнзим А-мутаза
ферментінің коферменті.

V_{12} -витамині (кобаламин) етте, жұмыртқада, бауырда, сүтте, бүйректе, ірімшікте көп болады және оны **Кастлдың сыртқы антианемиялық факторы** дейді. Асқазанның кілегей қабығының іргелі жасушаларында **Кастлдың ішкі антианемиялық факторы - гастропротейн** өндіріледі.

Ішкі антианемиялық фактор кобаламин-транскобаламин-1-мен бірге ұлтабардың төменгі бөліктеріне түседі. Содан ұйқы безінің протеолиттік ферменттерінің әсерлерінен кобаламин транскобаламин-1-ден ажырап, ішкі антианемиялық фактормен тасымалданады. «Ішкі антианемиялық фактор- кобаламин» кешені мықын ішекте қанға сіңіріледі. Қанда кобаламин транскобаламин-2 нәруызымен тасымалданады (-сурет). Қанға түскен V_{12} -витамині бауырда жинақталады. Оның жалпы қоры мөлшермен 2-5 мг болады. Ол организмнен сыртқа мардымсыз мөлшерлерде шығарылады. Сондықтан тағаммен V_{12} -витамині түспегеннің өзінде оның қоры 2-3 жылға жетеді.



```
graph LR; A[Синдромдар:] --- B[Циркуляторлы-гипоксиялық синдром]; A --- C[Гастроэнтерологиялық синдром]; A --- D[Нейропсихикалық синдром]; A --- E[Гематологиялық синдром];
```

Синдромдар:

Циркуляторлы-
гипоксиялық синдром

Гастроэнтерологиялық
синдром

Нейропсихикалық синдром

Гематологиялық синдром

Циркуляторлы-гипоксиялық синдром

Терінің бозаруы;

Әлсіздік, тез шаршау;

Бас айналу

Физикалық күштемеде еңтігу;

;

Тахикардия
Систолалық шуыл

АСҚОРЫТУ ЖҮЙЕСІ ЗАҚЫМДАНУЫНЫҢ БЕЛГІЛЕРІ:



- Тәбеттің төмендеуі
- Тілдің ұшы, қызыл иек, еріндер, тік ішек күйдіріп, ашып ауырады;
- Афталық стоматит;
- Эпигастрий аймағында тамақтанғаннан кейін салмақ бату сезімі, кекіру пайда болады;
- Дәретке отыру жиілейді.

Естің
бұзылысы

Сандырақ,
елестер;

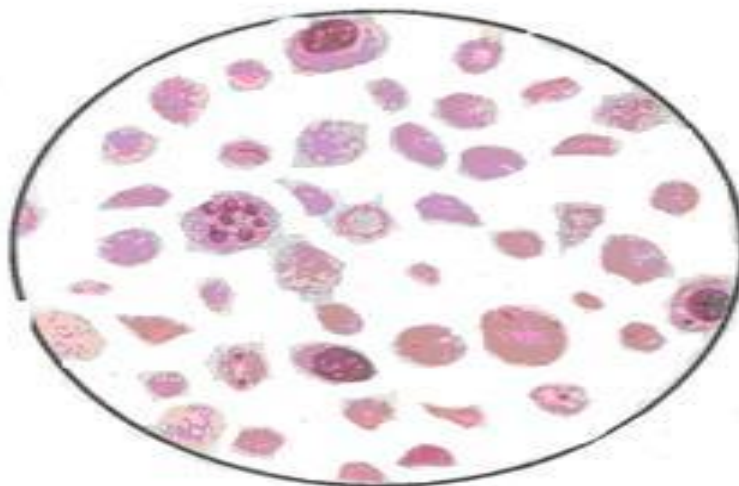
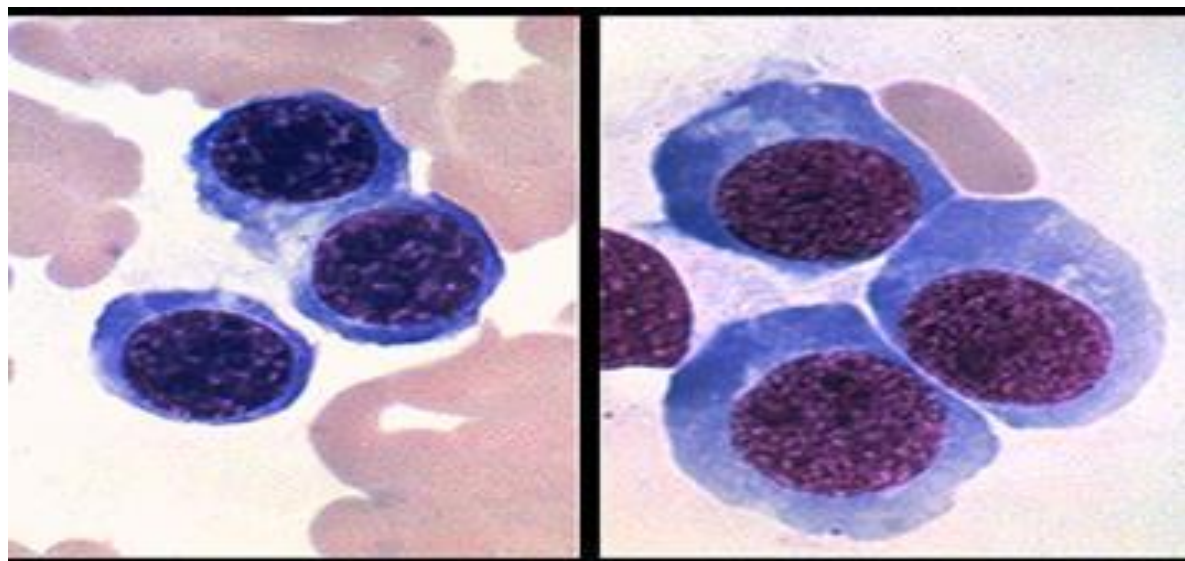
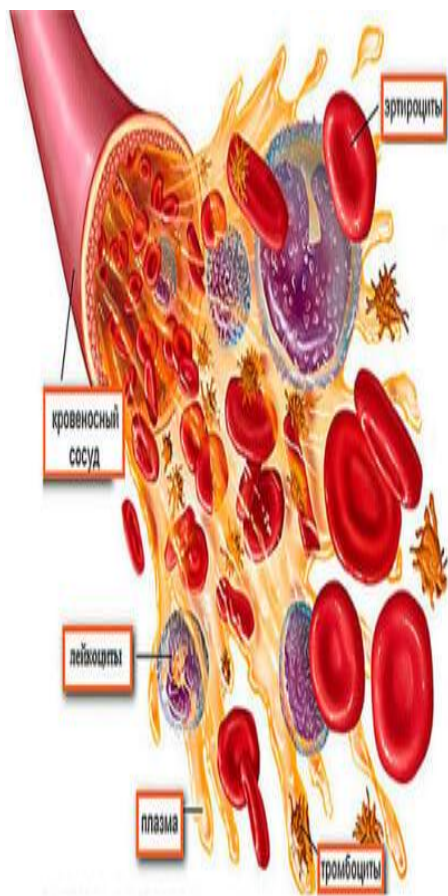
**ПСИХИКАЛЫҚ
БҰЗЫЛЫСТАР**

Депрессиялық
немесе
маниакальдік
психоздар

Иісті, дәмді
сезуі, естуі
төмендейді
(кейбір
науқастарда).

Признак	Дефицит витамина В12	Дефицит фолиевой кислоты
Возраст	Пожилой	Любой
Гистаминорезистентная ахилия	Часто	Редко (может иметь место понижение желудочной секреции)
Плнота, одутловатость лица	Характерно	Не характерно
Глоссит	Характерно	Крайне редко
Фуникулярный миелоз	Часто	Не наблюдается
Назначение витамина В12	Повышает уровень ретикулоцитов в периферической крови	Не влияет на уровень ретикулоцитов в периферической крови
Назначение фолиевой кислоты	Повышает уровень ретикулоцитов в периферической крови	Повышает уровень ретикулоцитов в периферической крови
Содержание фолиевой кислоты в сыворотке и эритроцитах	В сыворотке часто повышено, в эритроцитах незначительно снижено или в норме	Понижено
Наличие метилмалоновой кислоты в моче	Характерно	Отсутствует

Объективті:	Қан анализінде
Көгеру, кей жағдайларда тері жамылғыларының сарғаюы;	Гиперхромды анемия ;
Тілінде: қабыну процесі, афталарды ұлғайғанын көреміз;	Эритроциттерде: Макроцитоз, Жолли денешігі, кебот сақинасы, лейкопения, нейтрофилдердің гиперсегментациясы;
Аускультацияда: систолалық шу, тахикардия;	Сүйек кемігінде мегалобласттардың көп болуы;
Пальпацияда: көкбауырдың ұлғайғанын, спленомегалия;	Тромбоцитопения
Неврологиялық: фуникулярлы миелоздың белгілерін көреміз;	Қан сарысуында В12 төмендеуі. Зәрде метиламинды қышқылдардың болуын;



-сурет. В12, фолииталшылықты анемия, мегалобластар, мегалоциттер. Жолли денешіктері, Кебот жүзіктері.

Емі.

- Мүмкіндігіне қарай этиотропты ем (мальабсорбция синдромын, дисбактериозды, дифиллоботриозды, т.б.).*
- Патогенездікемі – цианкобаламин 200-500 мг күніне 1 рет тері астына 4-6 апта бойы. 8-10 күндері қанда ретикулоциттік криз пайда болады да, сүйек кемігінде мегалобластоз жоғалады.*
- Содан соң цианкобаламин аптасына 1 рет 2-3 ай бойы және айына 2 реттен жарты жыл бойы егіледі.*

Содан кейін алдын алу мақсатында жылына 1-2 курстық ем (5-6 рет егу) қолданылуы тиіс.

1.3. Аплазиялық анемия.

Фолий тапшылықты анемия- В 12 витаминінің ДНҚ синтезіне әсерінің бұзылуына болады. Сондықтан ол сүйек кемігінде , қанда да морфологиялық өзгерістер болады.



Этиологиялық
факторлардың
әсерінен, тимидинфо-
сфат пен
уродинмонофосфатт
ың түзілуіне қажетті
фолий қышқылының
түзілуін төмендетеді.

Қан өндіруші
ДНҚ
түзілісінің
бқзылуы

Фолий
тапшылықты
анемия пайда
болады.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

- Әлсіздік, тез шаршау;
- Бас айналу;
- Физикалық күштемеде ентігу;
- Тахикардия
- Жұмысқа қабілетінің төмендеуі;

Сарысулық құрамында фолийдің төмендеуі	N- 3—25 нг/мл;
Эритроциттерде фолийді құрамы төмендеуі	N — 100—415 нг/мл);
Макроцитарлы дисплазиялық анемия	
анизоцитоз, пойкилоцитоз, макроциттер	
Мегалобластты сүйек кемігі;	
Қан сарысуында B12 төмендеуі	
Гемограмма және миелограммада B12 мен ұқсас	

Емі

```
graph TD; A[Емі] --- B[Фолий қышқылын]; A --- C[5 -15мг]; A --- D[Тәулігіне 3-4 рет]; A --- E[1,5-2 апталық емнен соң, ретикулоцитарлы криз пайда болса, диагностикалық дұрыстығын тексереді.];
```

Фолий
қышқылын

5 -15мг

Тәулігіне 3-4 рет

1,5-2 апталық емнен соң, ретикулоцитарлы криз пайда болса, диагностикалық дұрыстығын тексереді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- Қалимұрзина «Ішкі аурулар»
- С.А. Байдурын “Қан жүйесінің аурулары”
- Н.А.Мухин В.С.Моисеев Пропедевтика внутренних болезней I том
- Методические рекомендации для студентов «Анемии» Харьков 2008 1-15 беттер <http://userdocs.ru/himiya/103564/index.html>
- Петербургский журнал о здоровье <http://doctorpiter.ru/diseases/32/>