

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік
университеті
Медицина факультеті

СӨЖ

Тақырып: Темір тапшылықты анемия

Қабылдаған: Айдарбекова Д.Н.
Орындаған: Ирискулов С.
Тобы-510

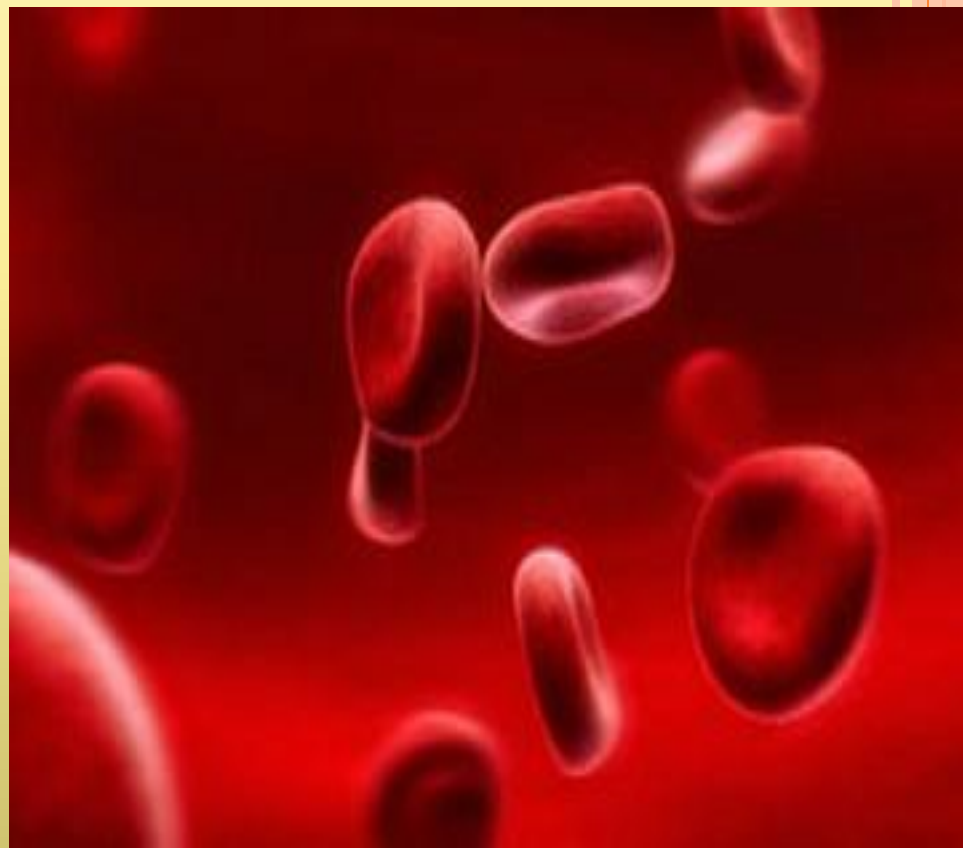
ЗЕРТТЕУ МАҚСАТЫ:

- **Теміртапшылықты анемия** клиниклық хаттамаға сәйкес емдеу және диагностика стандарттарын айту



ҚАН АУРУЛАРЫ

- Гематологиядағы жиі кездесетін аурулар:
- Агранулоцитоз
- Анемия
- Гемосидероз
- Гемофилия
- Гемохроматоз
- Лейкоздар



□ Анықтамасы

□

Теміртапшылықты анемия — қан сарысуында, сүйек кемігінде, деподағы темірдің төмендеуі, осының нәтижесінде гемоглобин, әрі қарай эритроциттер түзілуінің бұзылыстары салдарынан тіндердегі трофикалық бұзылстармен мінезделетін ауру.

□

□ **Хаттама коды:** Н-Т-030 "Теміртапшылықты анемия"

□ Терапевтикалық саладағы стационарлар үшін

АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):

D50 Теміртапшылықты анемия

□ Қосылған: анемия:

□ - Гипохромды;

□ - Сидеропениялық.

□ D50.0 Қан жоғалу салдарынан екіншілік теміртапшылықты анемия (созылмалы)

□ Болмайды:

□ - Ұрықтан қан кету салдарынан туа біткен анемия (P61.3);

□ - Жіті постгеморрагиялық анемия (D62).

□ D50.1 Сидеропениялық дисфагия

□ D50.8 Өзге теміртапшылықты анемиялар

□ D50.9 Анықталмаған теміртапшылықты анемия



2012 ЖЫЛҒЫ СТАТИСТИКА БОЙЫНША ҚР ГЕМОТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАР КЕЗДЕСУ ЖИІЛІГІ



Распространенность анемии (в %) среди детей, женщин и мужчин в Казахстане, НИП-2008



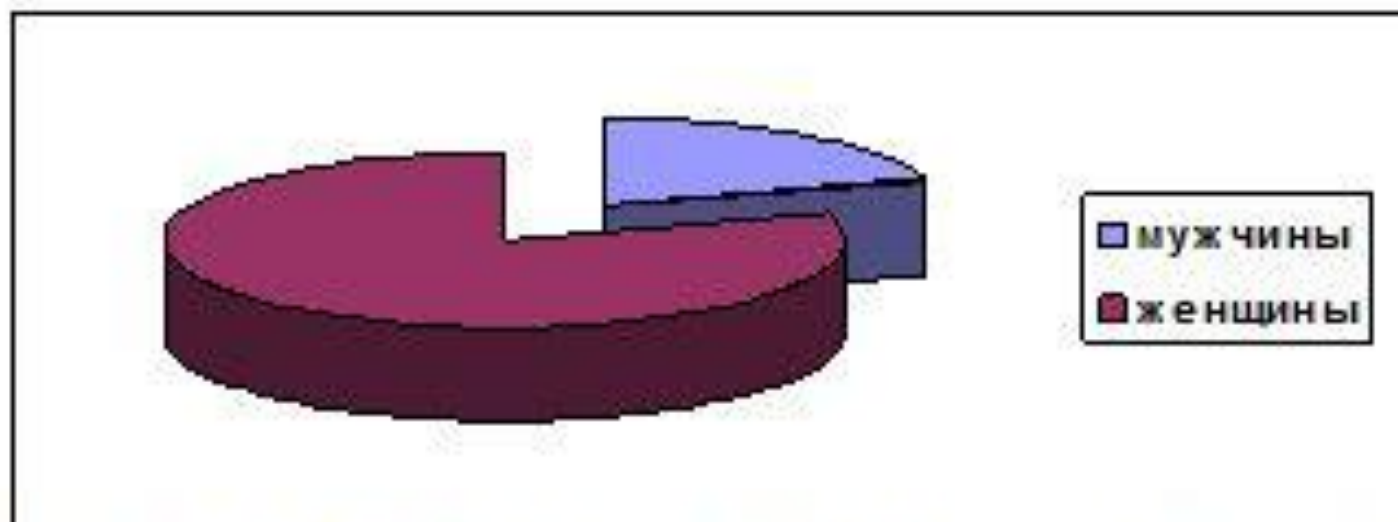


Рисунок 1 – Частота ЖДА в обследованной группе в зависимости от пола

□ **Жіктемесі:**

□ **М.П. Кончаловский жіктемесі бойынша:**

- постгеморрагиялық анемияны;
- қан түзілу бұзылыстары салдарынан анемияларды (оның ішінде теміртапшылықты);
- гемолитиздік анемияларды ажыратады.

□

□ **Орташа эритроциттік көлемге (ОЭК) байланысты ажыратады:**

- микроцитарлы (ОЭК 80 фл аз);
- нормоцитарлы (ОЭК 81-94 фл аз);
- макроцитарлы (ОЭК 95 фл көп).

□

Эритроциттердегі Hb құрамы бойынша:

- гипохромды (эритроциттердегі Hb орташа құрамы [ЭГОҚ] 27 пг аз);
- нормохромды (ЭГОҚ 27-33 пг);
- гиперхромды (ЭГОҚ 33 пг көп).

□ **Патогенез бойынша:**

- жіті;
- постгеморрагиялық;
- созылмалы.

□ **Ауырлық дәрежесі бойынша:**

- жеңіл; Hb 110-90
- орташа ауыр; Hb 90-70
- ауыр дәреже. Hb 70 төмен



□ 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.



□ **Диагностикалық критерийлері**

Әйелдерде Hb < 120 г/л деңгейінің төмендеуі, < 130 г/л - ерлерде; бұл кезде анемия пойкилоцитоз, анизоцитоз, сарысулық темірдің төмен деңгейі және жалпы жоғары платентті темірбайланыстырушы қабілетімен қосарланған эритроциттердің полихромазиясымен жүретін гипохромды гиперрегенераторлы мінезде болады.

- 1. Гемоглобин деңгейінің төмендеуі (110 г/л төмен).
- 2. Эритроциттер деңгейінің төмендеуі ($4 \cdot 10^9$ литрге төмен).
- 3. Түсті көрсеткіштің төмендеуі (0.85 төмен).
- 4. Қан сарысуындағы темірдің саны (гемоглобиндік емес темір), қалыпта сағатына 12-30 мкмоль. Темірді бета-фенантронинмен қосу әдістемесімен анықталады.
- 5. Сарысудың жалпы темірбайланыстырушы қабілеті: 100 мл немесе 1 л қан сарысуын байланыстыра алатын темір санымен өлшенеді, қалыпта ол 1 литрге 30 - 80 мкмоль тең.
- 6. Сарысудың темірді байланыстыратын абсолюттік қабілеті, қалыпта бос сидероферрин $\frac{2}{3}$ - $\frac{3}{4}$ құрайды.



□ **Шағымдар және анамнез:**

- Астеновегетативті синдром: әлсіздік, бас айналу, талмалар, жүректің қатты соғуы, ендікпе, бұлшықеттік әлсіздік;

- Сидеропениялық синдром: терінің құрғақтығы мен атрофиясы, тырнақтар мен шаштың сынғыштығы, шаштың түсуі, дәм сезудің өзгеруі, тамақпен бірге бор, тіс пастасы, саз, шикі дән, шикі кофе, күнбағыстың тазартылмаған дәндерін пайдалануға құмарлық, иіс сезінудің өзгеруі, бензин, ацетон, әк иісіне құмарлық;



- Неврологиялық бұзылыстар: бас ауыру, параестезиялар, қатты тағамдарды жұтудың бұзылуы, зәрді ұстай алмау.



□ **Физикалық тексеру:**

- Тері және шырышты қабық бозандығы;
- Терінің құрғақтығы мен сызаттары;
- Ангулярлы стоматит;
- Ауыз бұрыштарындағы сызаттар;
- Тырнақтар қалындайды және дөңес болады;
- Тілдің қызаруы;
- Тіл емізіктерінің атрофиясы.

□ **Инструменталдық зерттеулер:**

- Асқазан-ішек жолдары мен кеуде клеткалары ағзаларын рентгенологиялық зерттеу;
- ЭФГДС;
- ФКС;
- Ректороманоскопия;
- Гистероскопия;
- - Құрсақ қуысын УДЗ.



- **Мамандардың 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.



□ Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

□ Ауруханаға дейінгі кезең:

- 1. Қанның жалпы анализі.
- 2. Зәрдің жалпы анализі.
- 3. АЛТ, АСТ анықтаумен қанның биохимиялық анализі, жалпы ақуыз, билирубин, қанның қант, ферритин анализдері.
- 4. Глисттердің жұмыртқасына нәжіс.
- 5. Тиреотроптық гормон деңгейі.
- 6. ЭКГ.
- 7. ЭХОКГ.
- 8. Кеуде клеткалары ағзаларының рентгенографиясы.



□ **Стационарлық кезеңде:**

- 1. Қанның жалпы анализі.
- 2. Ретикулоциты.
- 3. Тромбоциты.
- 4. Эритроциттер морфологиясы.
- 5. Зәрдің жалпы анализі*.
- 6. АЛТ, АСТ анықтаумен қанның биохимиялық анализі, жалпы ақуыз, билирубин, қанның қант, ферритин, сарысулық темір анализдері.
- 7. ЭКГ.
- 8. ЭХОКГ.
- 9. Кеуде клеткалары ағзаларының рентгенографиясы.
- 10. АШЖ рентгенографиясы.
- 11. ЭФГДС.
- 12.ФКС.
- 13. Ректороманоскопия.
- 14. Гистероскопия.
- 15. Құрсақ қуысы ағзаларын УДЗ.
- 16. Бүйрек УДЗ.
- 17. Гельминттер жұмыртқасына нәжісті зерттеу.
- 18. Сүйек кемігін зерттеу.



□ **Лабораторлық зерттеулер:**

- - Эритроциттердің саны;
- - Ретикулоциттердің саны;
- - Гемоглобиннің;
- - Гематокрит;
- - Эритроциттердің орташа көлемінің (MCV);
- - Эритроциттердің көлем бойынша таралу ені (RDW);
- - Эритроциттердегі гемоглобиннің орташа құрамы (MCH);
- - Эритроциттердегі гемоглобиннің орташа мөлшері (MCHC);
- - Лейкоциттердің саны;
- - Тромбоциттердің саны;
- - Определение Ферритин, темірді байланыстыруға қабілетті, қан сарысуындағы темірді анықтау;
- - Сүйек кемігін анықтау;
- - Гельминттер жұмыртқасына нәжіс;
- - Креатинин.



Возраст	Уровень гемоглобина (в г/л)
1–2 дня	145–225
3–7 дней	135–215
8–14 дней	125–205
15–30 дней	100–180
2 месяца	90–140
3–6 месяцев	95–135
6–12 месяцев	100–140
1–2 года	105–145
3–6 лет	110–150
7–12 лет	115–150
16–18 лет	120–160

□ 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.





Емдеу тактикасы:

- 1. Этиологиялық факторларды жою.
 - 2. Емдік тағам.
 - 3. Құрамында темір бар препараттармен емдеу:
 - - Темір тапшылығы мен анемияны жою;
 - - Темір қорын толтыру (қаныққан терапия);
 - - Рецидивке қарсы терапия.
 - 4. Симптоматикалық терапия.
-
- **Дәрі-дәрмексіз ем:** режим 1, 2.
 - **Этиологиялық факторларды жою:** темір тапшылығын жетісті жою және үнемі темір тапшылығына алып келетін себептерді жойғаннан кейін ғана теміртапшылық анемияны емдеу жазу мүмкін.



□ **Теміртапшылық анемияның негізгі себептері болып табылады:**

- - созылмалы қан жоғалтулармен көрініс табатын, асқазан-ішек жолдарының аурулары (асқазан мен ұлтабардың ойық жаралары; асқазан мен ішек қатерлі ісігі; өңеш қатерлі ісігі; эрозивті эзофагит пен гастрит; диафрагмалды жарықтар; ішек дивертикулезі мен полипозы; өзіндік ерекшеліксіз ойық жаралы колит; Крон ауруы; геморрагиялық васкулиттің абдоминалды формасы; көтеу, тік ішек сызаты; асқазан - ішек жолдарының ангиомалары мен телеангиэктазиялары);
- - темірді сорып алу бұзылыстарымен өтетін, асқазан-ішек жолдарының ауруы (ащы ішек айтарлықтай бөлімінің резекциясы; созылмалы энтерит, мальабсорбция синдромының дамуына алып келетін ішек амилоидозы және басқа аурулар; ұйқы безінің сыртқы секреторлық функциялары бұзылыстарымен созылмалы панкреатит);
- - бауыр мен порталды жолдар аурулары (өңештің кеңейген көктамырларынан қан кетулермен Бадда-Киари синдромы; өңеш, асқазан көтеу түйіндерінен қан кетулермен асқынған, бауыр циррозы мен бауырдан тыс порталды гипертензия);
- микро - және макрогематуриямен асқынған бүйрек аурулары, (IgA-нефропатия немесе Бурже ауруы; алкогольдік нефропатия; геморрагиялық васкулиттің бүйректік формасы; созылмалы нефрит пен пиелонефриттің гематуриялық нұсқалары; қуық полиптері мен қатерлі ісіктері; гипернефроидты қатерлі ісік; зэртас ауруы; бүйрек
- туберкулезі);



- - жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары (мұрыннан қан кетулермен гипертониялық ауру; қолқаның қабатталған аневризмасы);
- - тыныс алу ағзаларының аурулары (қан кетулермен жүретін - өкпе қатерлі ісігі, туберкулез, бронхоэктаздармен бронх аурулары);
- - қан жүйесі аурулары (қан кетулермен асқынған гемобластоздар мен гипопластиялық анемиялар, гемосидеринуриямен және гемоглобинуриямен Маркиафав-Микель ауруы);
- - геморрагиялық диатез (тромбоцитопениялар, гемофилия, Рандю-Ослер ауруы, коагулопатиялар, ДВС-синдромының геморрагиялық фазасы, геморрагиялық васкулит);
- - гипотиреоз;
- - уыттанумен қатар жүретін аурулар (созылмалы бүйрек жеткіліксіздігімен бүйрек аурулары; созылмалы бүйрек жеткіліксіздігімен бауыр аурулары және т.б.);
- - анылық без функциясының бұзылыстары, фибромиома, жатыр денесі мен мойнының қатерлі ісігі, эндометриоз, босану, түсіктер, көлемді және ұзақ етеккір кезіндегі меноррагиялар мен метроррагиялар;
- - жүктілік пен сүттену кезеңі;
- - тағаммен бірге темірді жеткіліксіз пайдалану;
- - кез-келген орналасудағы қатерлі ісік;
- - глисттік инвазиялар;
- - өте көп қан беру (донорлық).



□ Емдік тамақтану:

- Теміртапшылық анемия кезінде, науқасқа темірге бай диета көрсетілген. Тамақтан асқазан-ішек жолдарына сіңірілетін темірдің максималды саны — тәулігіне 2 г.
- Науқасқа құрамында темір бар келесі өнімдер ұсынылады: сиыр еті, балық, бауыр, бүйрек, өкпе, жұмыртқа, қарамұмық ұнтағы, ас бұршақ, ақ саңырауқұлақ, какао, шоколад, көкөністер, бұршақ, фасоль, алма, бидайық, шабдалы, жүзім, алқоры, сельдь, гематоген. 0.75-1 л тәуліктік дозада, ал жақсы көтерген жағдайда 1.5 л дейін қымыз ішу. Алғашқы екі күнде науқасқа әр ішкенде 100 мл қымыздан артық бермейді, үшінші күннен бастап науқаса 250 мл күніне 3-4 рет қабылдайды. Дұрысы қымызды таңертеңгілік ас алдында 1 сағат бұрын және 1 сағат кейін, түскі және кешкі ас алдында 2 сағат бұрын және 1 сағат кейін қабылдау.
- Қарсы көрсетімдер болмаған кезде (қант диабеті, семіздік, аллергия, диарея) науқасқа бал тағайындау қажет. Бал құрамында ішекте темірдің сіңірілуін арттыруға жағдай жасайтын 40% дейін фруктоза бар. Мұнан басқа бал құрамында сіңірілу үшін аса ыңғайлы формадағы микроэлементтер бар. Ақ балдан гөрі, қара бал сұрыптарына көңіл бөлінеді, олардың құрамында темір 4 есе, мыс 2 есе, марганец 14 есе көп. Балдың тәуліктік дозасы 100 г құрайды (3-4 қабылдауға). Асқазанның секреторлық функциясының төмендеу жағдайында, бал тамақ алдында, ал жоғары қышқылдық кезінде тамаққа дейін 1.5-2 сағат алдын қабылданады.



□ Дәрі-дәрмектік ем

- Темір препараттары: ішке қабылдау үшін (ferrous chloride, ferrous monohydratis, ferrous fumarate+ folic acidі, ferrous gluconate, ferrous sulfate, ferrous sulfate 320 мг + ascorbic acidі 60 мг, non appropriated) парентералды қабылдау үшін (non appropriated).
- Микроэлементтер қосылған витаминдер қоспасы: триовит, три-ви-плюс.
- Макроэлементтер қосылған витаминдер қоспасы: кальциферол, кальций карбонаты.
- Эритропозді стимулдейтін препараттар: эпоэтин альфа инъекция үшін ерітінді 10 000 МЕ және 40 000МЕ алдын ала толтырылған шприцтерде.
- Антигеморрагиялық және гемостатикалық заттар: менадион, фитоменадион, аprotинин, аминокапрон қышқылы, этамзилат, протионамин сульфаты, терлипрессин, тахокомб, кальций хлориді, кальций глюконаты.***
- Протондық насос ингибиторлары: омепрозол, пантопразол, рабепразол, лансопразол.***
- Гистаминдік H₂- рецепторларын бөгейіштер: Фамотидин, Цимитидин, Ранитидин, Низатидин, Роксатидин.***
- Көбінесе асқазан рецепторларына әсер ететін M₁- холинорецепторлардың бөгейіштері: пирензипин.***
- Асқазан мен ішек шырышты қабығына қорғаныштық әсер ететін заттар: диосмектит, сукральфат, висмут субсалицилат.***



- НР бактериоцидті әсер ететін заттар: кларитромицин.
- Ферменттік заттар: панкреатин.***
- Допаминдік рецепторлар антагонисттері: метоклопрамид.
- Нейролептиктер: левомепромазин.***
- Миотроптық спазмолитиктер: дротаверин, папаверин гидрохлориді.***
- М - холинорецепторлардың бөгейіштері: атропин.***
- Метеоризмді төмендететін заттар: симетикон.***
- Асқазан-ішек жолдарының моторикасын реттейтін препараттар: лоперамид.***
- Бактериялық биологиялық препараттар: хилак форте.***
- Өт айдағыш заттар: гимекромон.***
- Гепатопротекторлар: метионин, лецитин.***
- Қалқанша без гормондарының туындылары: натрий левотироксин.***



□ Қорытынды:

- · Темір тапшылығын шақырған себептерді жою.
- · Құрамында темір көп диета (ет, бауыр және басқалар.).
- · Темір препараттарын ұзақ қабылдау (4-6 ай).
- · Темірдің парентералды препараттары (көрсетімдер бойынша).
- · Ауыр анемия кезінде эритроцитарлық масса құю.
- · Қауіп-қатер тобындағыларға темір препараттарын профилактикалық қабылдау

□

Науқастарға теміртапшылық 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, теміртапшылық анемиясының этиологиясын ескеріп, диспансерлік бақылауды жүзеге асыру, яғни науқас теміртапшылық анемиясын шақырған ауру себебі бойынша диспансерлік есепте тұрады.



□ Пайдаланган адабиеттің тізбесі

- 1. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии. Ташкент 2009.
- 2. Iron deficiency anemia. EBM Guidelines. 17.04.2014.
- 3. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. “ГЭОТАР-МЕД”, 2004.
- 4. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЭОТАР-МЕД, 2007.
- 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 ,2005г.



КЕРІ БАЙЛАНЫС

- ▣ Теміртапшылық анемияның негізгі себептері
- ▣ Профлактика

