

# ТЕМІРТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯ



- ***Анемия*** — қан гемоглобинінің жалпы мөлшерінің азаюымен сипатталатын патологиялық жағдай. Гемоглобиннің (Hb) жалпы мөлшерінің азаюы көбіне эритроциттер санының азаюымен қосарланады.

### ***Теміртапшылықты анемия***

Теміртапшылықты анемия (ТТА) — қан сарысуында, сүйек миында, деполарда темірдің жетіспеуінен дамидын анемия.

- Темірдің тапшылығынан гемнің және құрамына темір кіретін ақуыздардың синтезі бұзылады. Темірдің тапшылығы екі түрлі бұзылысқа әкеледі — сидеропенияға және анемияға. Гемоглобин синтезінің бұзылысынан анемия дамыса, миоглобиннің және құрамына темір кіретін ферменттердің синтезінің бұзылысынан сидеропениялық синдром пайда болады. Сидеропениялық синдром анемияның көрінісінен бұрын дамиды, бірақ науқас оның белгілерін елеместен жүре береді.
- Теміртапшылықты анемия — жер бетінде кең тараған патологиялық үрдіс, оның саны барлық анемиялардың 80-95% құрайды. Онымен ауыратын көбіне әйелдер, мәселен, жүкті әйелдердің және 16-17 жастағы қыздардың 60-65% осы ауруға шалдығады.

## *Темір тапшылықты анемияның басты себептері:*

### *1. Қан жоғалтуға әкелетін жағдайлар:*

- асқорыту жолдарының аурулары (асқазан, 12-елі ішектің эрозиялары, жаралары, асқазанның, ішектің рагы; өңештің рагы; диафрагманың жарығы, жаралы колит, Крон ауруы; геморрой; асқорыту жолының ангиомалары, телеангиоэктаздары);
- өңеш, асқазан, тік ішек веналарының варикозды кеңеюі (бауыр циррозы, Бадда-Киари синдромы);
- макро-, микрогематурия (Берже ауруы, алкогольдік нефропатия, гломерулонефриттер, несептас ауруы, қуықтың рагы, бүйрек туберкулезі, т. б.);
- мұрынның жиі қанауы (гипертониялық криздер т.б.);
- геморрагиялық диатездар (тромбоцитопения, гемофилия) және гемобластоздар;
- мено -, метроррагиялар (анабезінің дисфункциясы, фибромиома, жатырдың рагы, эндометриоз, аборттар, полименоррея т.б.);
- донорлық (400-500 мл қан тапсырғанда онымен 250мг темір кетеді);

**2. Темір сіңірілуінің бұзылысына әкелетін жағдайлар:**  
асқорыту жолының аурулары (жіңішке ішектің резекциясы, созылмалы энтерит, Крон ауруы, ішек амилоидозы, өзге себептерден болатын мальабсорбция);

• қою шайға әуесқойлық (шәйдің құрамындағы танин темірдің сіңірілуін бөгейді);

• гипотиреоз.

**3. Темірдің көп мөлшерде жұмсалуына әкелетін жағдайлар:**

• улануға әкелетін аурулар (бүйректің, бауырдың шамасыздығы);

• қатерлі ісіктің барлық түрлері;

• жүктілік және лактация;

• организмнің тез өсуі.

#### **4. Темірдің туа біткен тапшылығы:**

• көп балалы, темір тапшылығы бар анадан туылу.

#### **5. Темірдің тамақпен аз түсуі:**

• ет тағамдарын тұтынбау (вегетариандықтар, дұрыс тамақтануға материалдық жағдайы келмейтіндер, тісі жоқ қариялар).

#### **6. Темірдің жалпы мөлшері жеткілікті бола тұра оның дұрыс таратылмауы**

• темірдің ферритин, гемосидерин түрінде кейбір деполарда

(гемосидероз) немесе қабыну ошақтарындағы макрофагтардың ішінде жиналуы; мұндай жағдай жедел инфекциялық ауруларда, сепсисте, туберкулезде, саркоидозда т.б. көптеген ауруларда болады.

# Жіктелуі

Созылмалы постгеморрагиялық ТТА

Ювенилді анемия

**Ауырлық дәрежесі бойынша:**

Жеңіл НЬ 90-110 г/л дейін;

Орташа НЬ- 70-90 г/л;

Ауыр НЬ < 70 г/л

**Кезеңдері бойынша:**

прелатентті, латентті, ТТА өзі

**Түсті көрсеткіш бойынша:**

нормохромды (0,85-1,05)

гипохромды (<0,8)

гиперхромды (>1,05)

**Эритроциттер өлшемдері бойынша:**

Нормоцитарлық Д- 7,2-8,0 мкм

Микроцитарлық Д < 7.2 мкм

Макроцитарлық Д > 8,1 мкм

Мегацитарлық Д > 9,1 мкм



## **Клиникалық көрінісі.**

“ Әлсіздік, бас айналуы, көз алдында щыбын-шіркейлердің көрінуі. Талмалар болуы мүмкін, ендікпе, шаштары сынғыш, түседі және тырнақтың сынғыштығы (кейде қасық тәрізді ішке ойылуы). Тәбеттің бұрмалануы, кейде науқастар жерді, шикі ет, қамыр, мұзды жейді. Иіс сезу бұрмалануы: керасин, зәр, ацетон. Түңгі диурез болуы мүмкін. Объективті : тері сары – бозғылт. Температура субфебрильді, жүрек шекарасы сол жаққа ығысуы. Кейде тілдің шырышты қабатының атрофиясы байқалады және кариес дамуы ықтимал. Сидеропениялық синдром: шаш түсуі, тырнақ сынғыштығы, тері құрғақтығы.



## Диагностикасы:

- “ қанның толық морфологиялық зерттеу әдісі (ретикулоциттердің, тромбоциттердің, лейкоциттердің саны және лейкограмма).
- “ сүйек миының пункциясы немесе трепанобиопсиясы.
- “ қан сарысуындағы бос гемоглобиннің мөлшерін, билирубиннің деңгейін, несептің құрамындағы уробилиногеннің, өт пигменттерінің концентрациясын зерттеу.
- “ сарысудағы темірдің мөлшерін және плазманың темірді байланыстыру қасиетін зерттеу.
- “ антиэритроцитарлық антиденелердің болуын анықтау.

**Емі.**

**Диетотерапия:**

Тағамдар темірге бай болуы тиіс. Темірге бай өнімдер: сиыр еті, балық, бауыр, өкпе, бүйрек, жұмыртқа; қарақұмық жармалары, бұршақ, алма, шабдалы және т.б.



# Витаминдер



**Дәрі-дәрмектік ем (темірі бар препараттар):**

***Ішке қабылдауға арналған Fe<sup>2+</sup> препараттары:***

Ферроплекс (күніне 10-15 драже)

Ферроградумент (күніне 1-2 табл.)

Тардиферон (күніне 2 табл)

Конферон (1-2 капс.х 3 рет күніне)

Актиферрин (1 капсх 2-3 рет күніне)

***Парентеральді енгізуге арналған препараттар (преоральді препараттарды көтермегенде, асқазан-ішек жолының ауруларында, Fe сіңірілуінің бұзылыстарында):***

Феррумлек (күніне 5,0 мл)

Фербитол

Эктофер

Гемотрансфузиялар (тек өмірлік көрсеткіштер бойынша: гипоксимиялық кома, гемодинамиканың ауыр бұзылыстары, операцияға дайындық)  
Ферротерапия:  $(Fe^{2+})=100-300$ мг эківалентті темір препараттарының екі күндік дозасы.



## Жүктілік кезіндегі анемия

Жүктілік кезінде айналымдағы қан көлемі жоғарылап, оның ішіндегі плазма және эритроциттер жоғарылайды. Соның ішінде эритроциттерге қарағанда плазма мөлшері айтарлықтай жоғары болады. Яғни эритроциттердің саны плазмаға шаққанда азайып, олардың мөлшері айтарлықтай аз болады. Бұл жағдай гидремия деп аталады. Қанның қызыл түйіршіктері азайса да, бірақ бұл жағдай анемия болып саналмайды.



# Жүктілердегі анемияның клиникалық көрінісі:

Жүкті әйелдер анемиясы бар болғанда айтарлықтай шағым айтпайды. Бірақ кез кездерде әлсіздік, бас айналу, талма (обморок) байқалуы мүмкін. Трофикалық өзгерістер байқалуы мүмкін, ол ағзаға арнайы ферменттердің жетіспеуі салдарынан болады. Мұның көрінісі болып: шаш түсуі, тырнақтың сынғыш болуы, ауыздың шеткі жақтарында тыртық іздердің (трещина) болуы жатады. Жүктілердің анемиясында қанда гемоглобин деңгейінің төмендеуін (115 г/л және одан төмен), эритроциттер ( $3,7 * 10^{12}$  л), түсті көрсеткіш (0,85 төмен) болуын байқайқалады. Жүктілердегі нақты анемия деген диагноз қан жағындысында өзгерген эритроциттер анықталғанда қойылады. Оларға: пойкилоциттер және анизоциттер жатады. Анемияның жеңіл, орташа, ауыр түрлерін ажыратады. Жеңіл түрінде гемоглобин деңгейі 90-115 г/л, орташада -80-90 г/л, ауыр түрінде -80 г/л төмен болады.

# Жүктілердегі анемияның емі:

Жүкті әйелдердегі көрініс берген анемияны емдеуде маңызды орынды диета алады. Жүктіге күніне 120 г аз емес белок қабылдау керек. Жеген еттен тек 6% темір, ал өсімдік текті тағамдардан 0,2% ғана ағзаға сіңеді. Анемияны темір препараттарымен емдейді. Олар ішке таблетка немесе капсула түрінде ішіледі. Темір препараттарын бұлшықетке немесе вена ішіне салу тиімсіз, себебі бұл кезде ауыр асқынулар пайда болуы мүмкін. Емге феррокаль және ферроплекс секілді препараттарды үлкен дозада күніне 3-4 рет 2 таблеткадан қабылдайды. Конферон құрамында бұдан қарағанда 4 есе темірді көп болғандықтан, оны аз мөлшерде тағайындайды, 1 капсула 3 рет күніне. Тардиферон –пролонгирленген әсері бар препарат, күніне 2 реттен 1 таблеткадан қабылдау ұсынылады. Жүктілер анемиясын емдеу ұзақ уақытқа бағытталған болуы керек. Қандағы гемоглобин деңгейі көп жағдайда емнің 3 аптасынан бастап жоғарылай бастайды. Ал нормаға жетіп, қалыпты болуы 9-10 аптаға таман іске асады. Дәл осы кезден бастап жүкті әйел жағдайы жақсара бастайды. Жүкті әйелдің анемиядан айығып шыққаннан кейін емді 3 ай бойы тоқтатпаудың маңызы зор. Себебі алда әлі де босану үрдісі бар. Ал бұл көп қан жоғалтумен, баланы емізумен жүретіндіктен анемияның қайта дамуына алып келуі мүмкін.