

Темір тапшылықты анемия

Орындаған: Сарсенова Ұ
Қабылдаған: Абласанов А
Тобы: ЖМ-509

Анықтамасы

Анемия – шеткі қанның бірлік көлемінде Нв мен эритроциттердің төмендеуі салдарынан туындайтын симптомдар жиынтығы

Анемияның критерийлері:

әйелдерде Нв 120 г/л,

эритроциттер санының $4 \times 10^{12}/л$,

еркектерде Нв 140 г/л,

эритроциттер санының $4,5 \times 10^{12}/л$ аздығы.

Ауырлық дәрежелері

- Жеңіл- гемоглобин 90-119 г/л
- Орта - гемоглобин 70-89 г/л
- Ауыр – гемоглобин менее 70 г/л

Темір тапшылықты анемия

Организмде темірдің төмендеуімен сипатталатын патологиялық жағдай

Өзектілігі

- Жер шарының әрбір 4-ші тұрғыны темір тапшылықты анемиямен ауырады
- Қазақстанда 70% таралған

ТТА себебі

- **Темірдің түсуіне қарағанда қолданылуы жоғары жағдайлар:**
 - Қан кетулер
 - Жүктілік
 - Бойдың тез өсуі (1-2 жаста, жыныстық жетілу кезеңі)
- **Организмге жеткіліксіз түсуі**
- **Сіңірілудің бұзылуы (аш ішектегі қабынулық, тыртықтық немесе атрофиялық процесстер)**

Патогенезі

Темір гем құрамына кіретін қосылыс, ол гемоглобин құрамында оттегін байланыстыра алады, миоглобин құрамында бұлшық еттердің жиырылуын қамтамасыз етеді, тін клеткаларындағы тотығу үрдістерін қамтамасыз етеді (цитохром, каталаза және пероксидаза).

Терірдiң қорда жиналуы

- Ферритин және гемосидерин

Темiрдiң тасымалдануы

- трансферрин (сидерофилин).

ТТА даму сатылары

1. Қордағы темірдің қолданылуы (темірдің латентті тапшылығы)
2. Темірдің тіндердегі тапшылығы (ферменттер белсенділігінің және тіндердің тыныстық қызметінің бұзылуы)
3. ТТА анемия.

Клиника

• Анемиялық синдром

- Әлсіздік, енгігу, тез шаршағыштық, кейде ұйқышылдық, кардиалгиялар.
- шаршаудан кейінгі бас ауру, бас айналу.
- Анемияның ауыр түрінде талмалардың көрінуі.
- Жүрек тұйықтығының солға кеңейуі, өкпе артериясында және жүрек ұшында анемиялық систолалық шу, мойындырық венасында шудың естілуі, тахикардия және гипотензия.
- ЭКГ да реполяризация, миокардиострофии көріністерінің бұзылыстары көрінеді.

Сидеропениялық синдром (эпителий тінінің трофикалық бұзылысы және тіндік гипоксиясы):

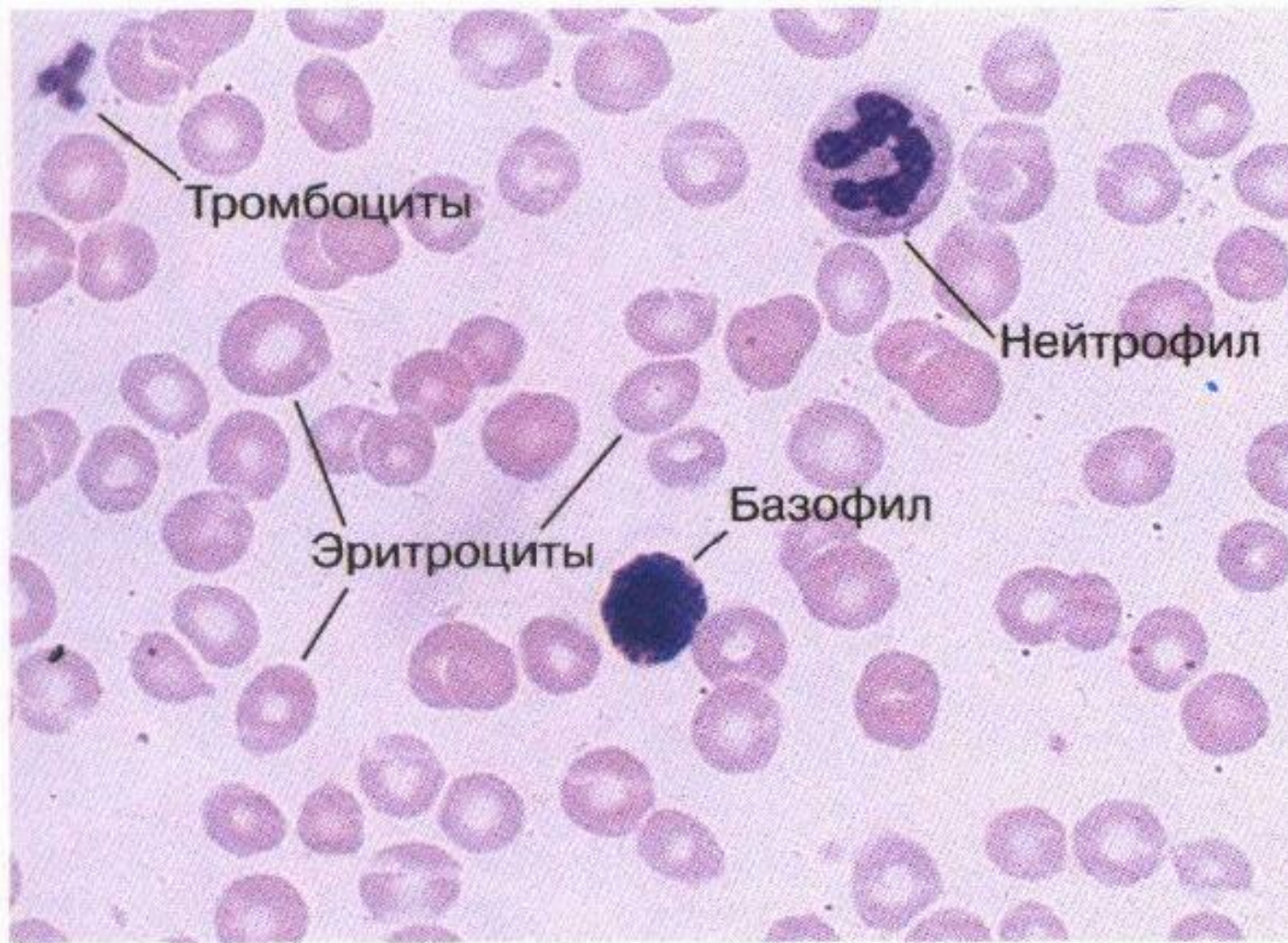
- бұлшықет әлсіздігі (тек қана ТТА)
- қышқыл, өткір, тұзды тағамға әуестену, дәм сезудің бұрмалануы
- ауыз қуысында өзгерістер: дәм сезудің төмендеуі, тілде ашып күйдіру сезімдері, атрофиялық өзгерістер, тіл ұшында және жиегінде жарықтардың болуы, ауыр жағдайларда қызару аймақтары дұрыс емес қалыпта болуы (географиялық тіл) және афтозды өзгерістер, тіс эмалының өзгерістері.

- Еріннің шырышты қабатында атрофиялық өзгерістер: ауыз бұрышында жарылулар (хейлоз).
- Жұтқыншақта бөгде дененің тұрғаны тәрізді жұтынудың бұзылысы (синдром Пламмера - Винсона)
- Терінің және шаштың құрғауы: бозғылттану, кейде жеңіл жасыл түсті (хлороз) және тез бетте пайда болатын қызару, құрғақтылық аяқ қол саусақтарында жарылулардың болуы. Шаштар жылтырлығын жоғалтады, ағарады, жіңішкереді, сынғыш, ерте ағарады және түскіш болады.
- АІЖ (атрофиялық гастрит және ахилия) : кекіру, тамақтан кейін іште ауырсынудың сезінуі, жүрек айну. Тырнақтарда өзгерістер: жіңішкеруі, тез сынғыш, тез ажыратылады, айқын өзгерістер койлонихия болады

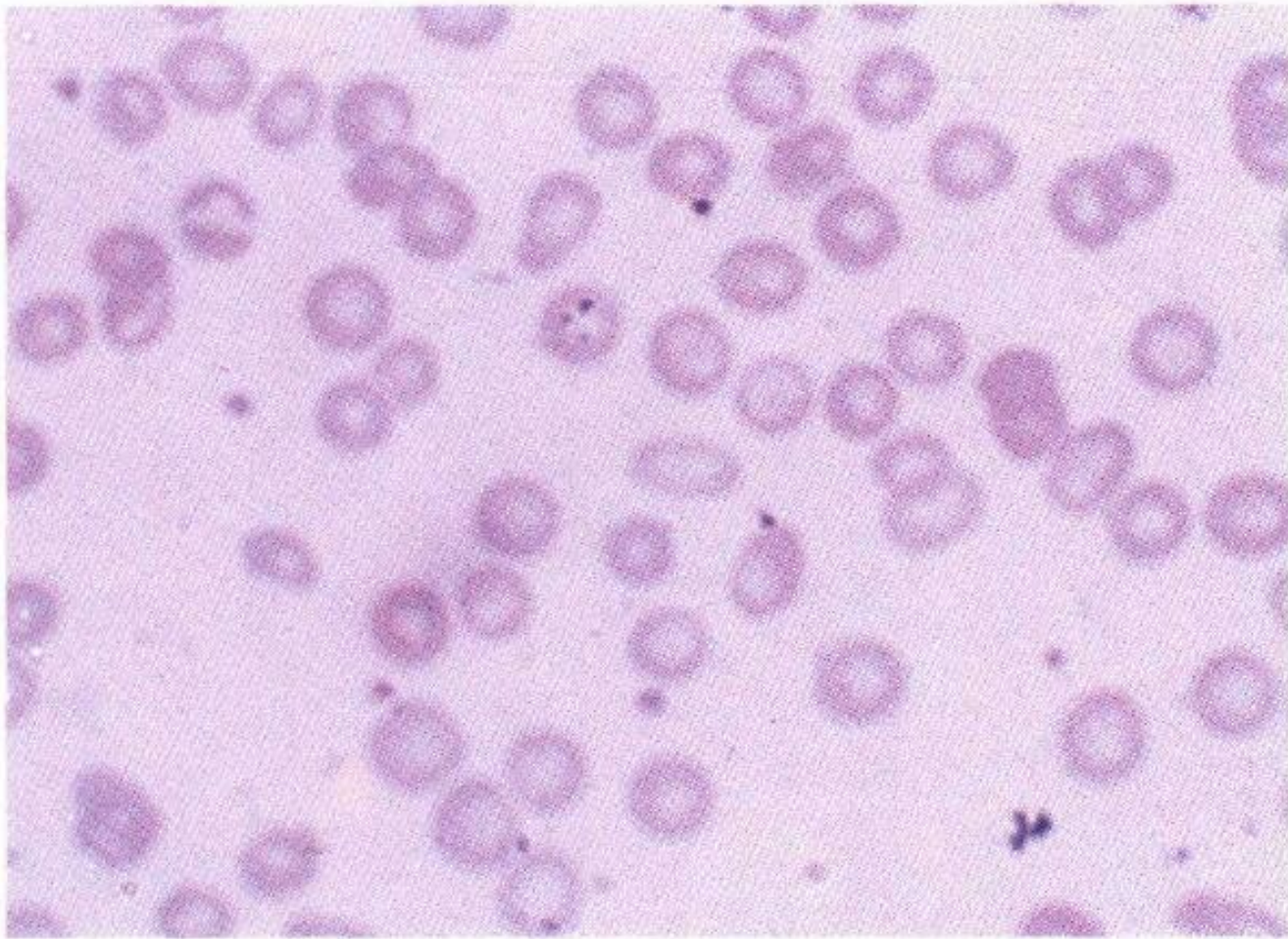
Диагностика

ҚЖА:

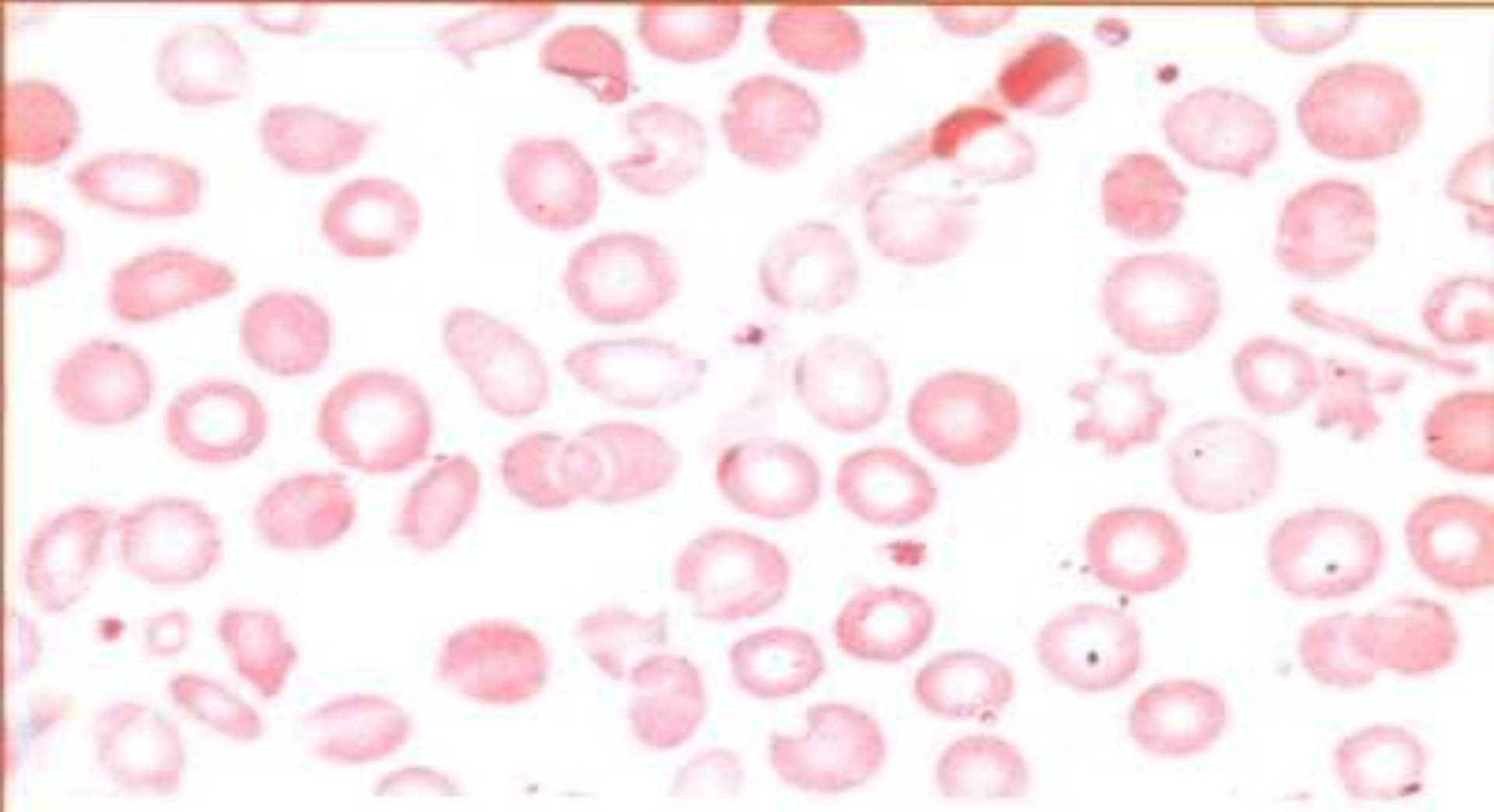
- гипохромия
- микроцитоз
- аннулоциттер (эритроциттердің ортасында гемоглобин жоқ болуына байланысты сақина тәрізді болуы)
- Эритроциттердің өлшемдері және түрлері әр түрлі (анизоцитоз, пойкилоцитоз).
- Ретикулоциттер саны өзгермеген



Қалыпты қан көрсеткіші



Гипохромия, микроцитоз



Гипохромия, микроцитоз.

Биохимиялық зерттеулер

- Қалыпты жағдайдағы темір мөлшері 0,7 - 1,7 мг/л, немесе 12,5 - 30,4 мкмоль/л.
- Қан плазмасының темірді жалпы байланыстыру қасиеті (немесе қан сары суындағы трансферрин) ТТА кезінде жоарылайды (қалыптыда - 1,7 - 4,7 мг/л, немесе 30,6 - 84,6 мкмоль/л).
- Қан сары суындағы ферритин деңгейі (қордағы темірдің көрсеткіші). Қалыптыда ерлерде $106 \pm 21,5$ мкг/л, ал әйелдерде $65 \pm 18,6$ мкг/л. ТТА кезінде ферритин мөлшері 10 мкг/л төмен.

ТТА ағымы

- **Организмнің қызметтік бұзылыстары жоқ кезінде (жүктілік, >40 жастан асқан әйелдер) ТТА диагностикасы қиын**
- **Жасырын тапшылық кезеңінде (тінің гипосидерозы және темір тасымалдануының төмендеуі). Сары судағы темір деңгейі және ферритин мөлшері төмендейді, қан плазмасының темірді жалпы байланыстыру қасиеті, трансфериннің қанығу коэффициенті төмендейді (қалыптыда 30%, 15% төмендесе ТТА көрсетеді). Темір қоры анық таусылса ТТА клиникасы айқын**

Себебенін анықтайтын қосымша әдістер

- Асқазан сөлінің қышқылдығын анықтау.
- Нәжісті паразиттерге зерттеу.
- Нәжісті жасырын қанға тексеру
- АІЖ рентгенологиялық зерттеу (асқазан жарасы, диафрагма жарығы, қатерлі ісіктер және т.б.).
- Гинекологиялық тексерулер.
- Тік ішекті зерттеу (жаралық колит, ісіктер, геморрой).

Клиникалық жағдай

Науқас А,

42 жаста. 12 елі ішектің
жара ауруымен ауырады.

Шеткі қанда:

WBC $5,9 \times 10^9/\text{л}$,

RBC- $3,45 \times 10^{12}/\text{л}$
($3,6-5,3 \times 10^{12}/\text{л}$),

НЬ 54 г/л,

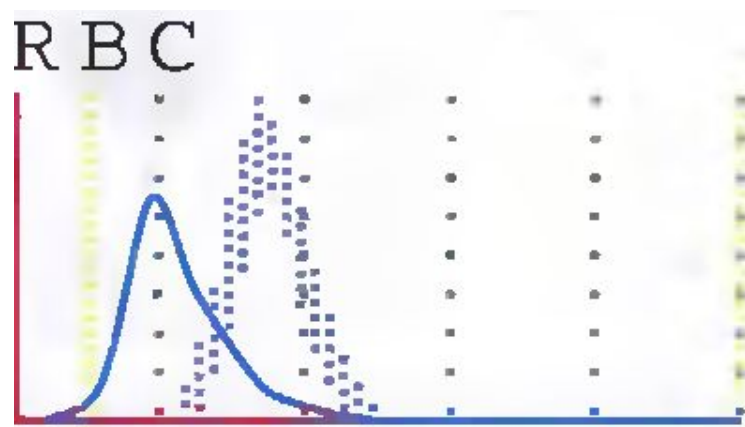
Ht 19.1% (қ.ж.40-48),

MCV-55,4 фл (қ.ж.
80,3-103,4),

MCH 15,7 пг (қ.ж.
26,-34,4), MCHC - 283
(318-363) г/л, RDW -25,0
(33,4-49,2) %, PLT
 $151,0 \times 10^9/\text{л}$ (қ.
ж.134-377)



Гипохромия и микроцитоз



**Эритроцитарлық гистограмма
солға ығысқан микроциттерге
байланысты**

Клиникалық жағдай

Науқас Баян, 35 жаста,
анамнезінде эндометриоз
бар. Меноррагияға
шағымданады.

*Шеткі қан
анализінде.*

WBC - $3,9 \times 10^9/\text{л}$,

RBC $2,72 \times 10^{12}/\text{л}$,

Hb - 48 г/л,

Ht - 16,6%,

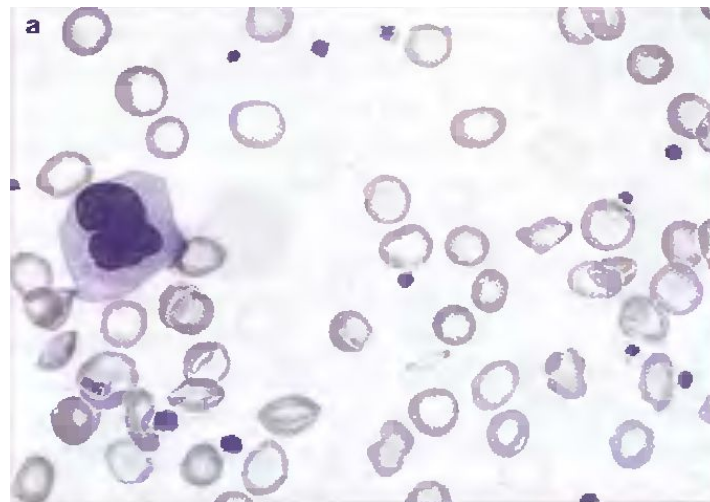
MCV - 61,0 фл,

MCH 17,6 пг,

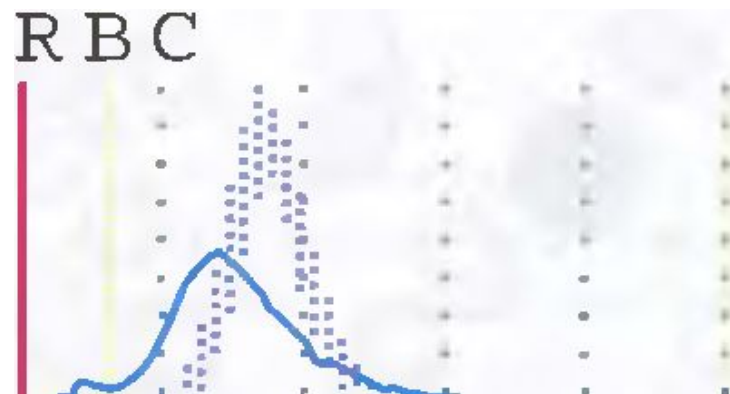
MCHC - 289 г/л,

RDW - 28,1%.

PLT $131,0 \times 10^9/\text{л}$



Гипохромия, микроцитоз,
анизоцитоз



Эритроцитарлық гистограмма
солға ығысқан микроциттерге
байланысты

Дифференциалды диагностика

гипохромды анемиялар

- порфириндер синтезінің бұзылысымен жүретін анемиялар (қорғасынмен улану кезіндегі анемиялар, туа пайда болған порфириндер синтезінің бұзылысы), сонымен қатар талассемия.
- Сидероахрезиялық анемия
-

Емі :

- Нв 70 г/л ден төмен болғанда госпитализацияға көрсеткіш болады, ал қалған жағдайда амбулаторлы. Темір тапшылықты анемияның емі науқастарға темір препараттарын қабылдаумен негізделеді.

Тағам құрамындағы темірдің мөлшері

- **Өте көп мөлшерде** (100 г тағамда 3 мг) — бауыр, бүйрек, жүрек, тіл, қоян еті, үндік, жылқы еті, уылдырық, гречка, сұлы, бидай, бұршақ (горох), фасоль, саңырауқұлақтар, қара өрік, өріктер, теңіз капустаcы.

- **Көп мөлшерлі:** (2-3 мг на 100г):
сиыр еті, қой еті, тауық еті,
копченые колбасы, скумбрия,
жұмыртқа, манний құрамы, 2
сортты ұннан жасалған нан
құрамында, айва, хурма, алмұрт,
алма, өріктер, қара өрік, салат.

ТТА 3 кезеңмен емделеді.

- 1 кезең -гемоглобин деңгейін және шеткі қандағы темірді қалпына келтіру;
- 2 кезең -тіндердегі темір қорын толтыру;
- 3 кезең - өршулердің алдын алу үшін ем.

- **Аз мөлшерде (до 1мг)** – сүт, сүт тағамдары, жоғары сортты ұннан жасалған нан тағамы, картоп құрамы, цитрустар құрамы, қияр, асқабақ, жасыл бұршақ.

Нутриенттер, темірдің организмде сіңіруіне әсер етуі

Нутриенттер	Тағамдар
Күшейтеді	
1. Жануарлардың белок пептиды, аминокислоты-гистидин, лизин, цистеин, серин	ет, етті тағамдар, құстар тағамы, балық, уылдырық.
2. Аскорбин қышқылы 1. Фруктоза, сахароза. 2. Органикалық қыш.	жемістер, жидектер, овоци.
5. Витаминдер –пиридоксин, цианокоболамин, фолацин, никотинамид.	ет, балық, дәндер, бобовые, зелень
Тежейді:	
Полифенолдар, таниндер Фитаттар Фосфаттар, кальций Фосфитин	шай, кофе, какао сүт, сүт тағамдары, жұмыртқа.

- **Сорбифер-дурулес** –құрамында аскорбин қышқылы бар, тәулігіне 100 мг нан 1- 2 рет.
- Тардиферон – мукопротеаза, тәулігіне 100 мг – нан 1-2 рет.
- Актифферин –3-4 рет күніне
- Гемофер-пролонгатум _ 105 мг
- Ферроградумет 105 мг
- Ферроплекс – аскорбиновая к-та, 50 мг

Темір препараттарын тағайындауға кері көрсеткіштер

- сидероахрезиялық анемия
- Бауыр цирррозы
- Созылмалы панкреатит
- АІЖ жаралары,
- гемохроматоз,
- гемосидероз.

СОЛИ ЖЕЛЕЗА



Ферлатум 80 мг
тәулігіне 2 флакон
3-4 апта бойы



Парентералды ендірілетін препараттар

- ферковен (көк тамырға)
- фербитол, (бұлшық етке)
- Натрий оксиферрискорбон (б\е және к\т).

Диспансерлік бақылау

- Жылына 2 - 4 рет ЖҚА және сарысудағы темір деңгейін тексеру керек
- Организмдегі темір қорын толтырып тұру үшін темір препараттарымен жылына 1 - 2 рет ем курсы қабылдаған жөн.
- Қауіп тобындағы науқастардан темірдің жасырын тапшылығын анықтап керек.

Қауіп топтары

- Етек кір мерзімі 5 күннен артық және көп мөлшерде келетін әйелдер
- Жүкті әйелдер
- Тез өсіп жатқан жасөспірімдер.
- 1 жасқа дейінгі балалар, егер анасы жүктілік кезінде анемиямен ауырған болса.
- Шала туылған, егіз нәрестелер.
- Созылмалы қан кетулері бар науқастар.
- Ішекке операциялар
- Қан донорлары

Диспансерлік бақылау

ҚЖА де темірдің деңгейін жылына 2-4 рет тексеріп тұру

- Организмде темір қорын толтыру мақсатында жылына 1-2 рет темір препаратын қабылдау
- ТТА қауіптілігін алдын-алу

Темірді жасырын жоғалтуды алдын алу

- Темір препараттарын жылына 1-2 рет, 1 ай көлемінде қабылдау
- ДДҰ ұсынысы бойынша жүкті әйелдер 3-6 ай бойы темірді 100 мг, фоль қышқылын 300 мкг тәулігіне қолдану
- Донор ерлер 800-1200 мл, ал әйелдер 400-800 мл -ден аспауы керек

Тамақтану реттілігі болу қажет

- Екі валентті темірге бай тағамдарды көптеп қолдану (сиыр еті, балық, өкпе, бүйрек)
- Аскорбин қышқылына бай (жемістерді, көкөністерді, соктарды)
- Емізулі балаларға сүт өнімдерін шектеу
- Тамақтанғаннан соң шайды біраз уақыт өткесін ішу.
- Балаларға шай орнына түрлі соктарды беру