

**Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ҚАЗАҚ ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ
МЕДИЦИНА ФАКУЛЬТЕТІ**

СӨЖ

ТАҚЫРЫБЫ: АНЕМИЯ ТҮРЛЕРІ

Қабылдаған: Әшімбекова Б.

Орындаған: Шади Б

Тобы: ЖМ-315

Түркістан - 2016

○ Кіріспе

ЖОСПАРЫ:

○ Негізгі бөлім

- 1) Анемия, анықтамасы, жіктелу ұстанымдары
- 2) Анемияның негізгі белгілері
- 3) Анемияның түрлерінің жалпы этиологиясы мен патогенезі.

○ Қорытынды

○ Пайдаланылған әдебиеттер

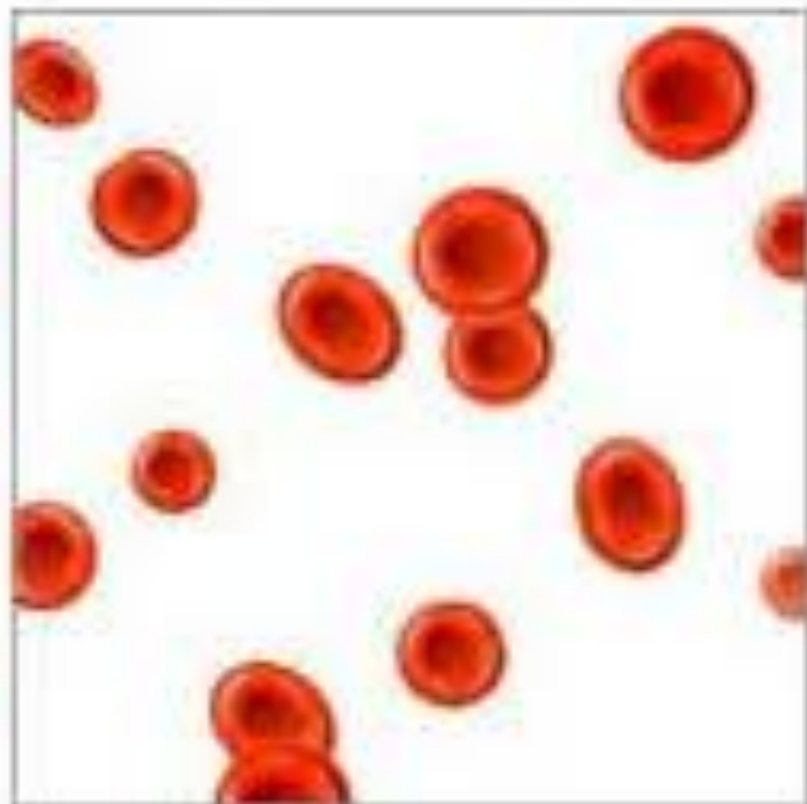
Анемия – қанның белгілі көлемінде гемоглобиннің және эритроциттердің, жиі олардың сапалық өзгерістерімен қабаттасатын, мөлшерінің азаюы

- Анемияның дамуының басты факторлары – эритроциттердің азаюы (қансырау, гемолиз) және қан құраудың бұзылуы салдарынан эритроциттердің бөлінуінің жеткіліксіздігі.

Нормальная
концентрация
эритроцитов



Анемия



АНЕМИЯ КРИТЕРИИ (ДСҮ)

Гемоглобин	ЭРИТРОЦИТТЕР	ГЕМАТОКРИТ ИНДЕКСИ
: ЕРЛЕРДЕ 130Г/Л	ЕРЛЕРДЕ 4X10 ¹² /Л	39 төмен
ӘЙЕЛДЕРДЕ 120 Г/Л	ӘЙЕЛДЕРДЕ У 3,5 ×10 ¹² /Л ТӨМЕН	36 ТӨМЕН
ЖҮКТИ ӘЙЕЛДЕРДЕ 110 Г/Л		

Таблица. Показатели анемии при ДБП по данным Европейских практических рекомендаций (EBPG) и руководства KDOQI

Показатель	EBPG 2004	KDOQI 2006	Комментарий
Наличие анемии по уровню гемоглобина	<120 г/л для мужчин <110 г/л для женщин	<135 г/л для мужчин <120 г/л для женщин	Критерии приведены по результатам исследования NHANES
Целевой гемоглобин	>110 г/л >120 г/л не рекомендован при кардиоваскулярной патологии >140 г/л - не определено	>110 г/л, осторожно при гемоглобине >130 г/л	При гемоглобине >130 г/л увеличиваются кардиоваскулярные риски
Статус железа	Сатурация трансферрина: нижняя граница – 20%, целевое значения – 30-50% Ферритин (нг/мл): нижняя граница – 100 целевое значение – 200-500	Сатурация трансферрина: нижняя граница – >20%; Ферритин (нг/мл): нижняя граница – 100 до диализа 200 – для диализных пациентов, >500 не рекомендовано	
Витамин С		Не рекомендуется	Низкая доказательная база
Андрогены	Избирательное назначение	Не рекомендуются	Низкая доказательная база

Анемияның белгілері

- Терінің бозарып, қуарып өңі қашады
- Әлсіздік, шаршағыштық
- Қабак үсті терісінің өңі кетіп, бозарады:
- Тіс қызыл еті қаны қашып ағарады.
- Тырнақ ағарып кетеді, әлсіздену, тез шаршау пайда болады
- Анемияның ауыр түрінде бет-аяқ ісініп, жүрек соғысы жиілейді, ентігу пайда болуы мүмкін.
- Топырақ, бор жеуге әуес балалар мен әйелдер әдетте анемия зардабын шегеді.

АНЕМИЯЛАРДЫҢ ЖІКТЕЛУ ҰСТАНЫМДАРЫ



ПАТОГЕНЕЗІ БОЙЫНША

қансыраудан болатын –
постгеморрагиялық

эритроциттердің күшейген гемолизінен–
гемолиздік

қан өндірілуі бұзылуынан –
дизэритропоэздік

- **Постгеморрагиялық анемия** әр түрлі себептерден қансырау нәтижесінде пайда болады.

-

Гемолиздік анемия қан арнасына немесе қан құрайтын аппаратқа улы заттар түскенде эритроциттердің жаппай бүлінуінен пайда болады. Гемолиздік анемияда қан көбейгендіктен және тканьдерде билирубин пигменті жиналғандықтан сары ауруға айналуы мүмкін. Мұның негізгі көзі бұзылған эритроциттердің гемоглобині болып саналады.

- **Дизэритропоэздік анемияда**, басқаша айтқанда, тиімсіз эритропоэзда, эритроидты клеткалардың көпшілігі жетілген сатысына жетпей-ақ, жілік майының ішіндегі гемолиз салдарынан бүлінеді.

-

СҮЙЕК КЕМІГІНІҢ РЕГЕНЕРАЦИЯЛЫҚ ҚАБІЛЕТІНЕ ҚАРАЙ



арегенерациялық
(ретикулоцит – 0%)

гипорегенерациялық
(ретикулоцит – 0,2%-
ден аз)

регенерациялық
(ретикулоцит – 0,2-
1% одан жоғары)

ТҮСТІК КӨРСЕТКІШНЕ ҚАРАЙ (ТК)

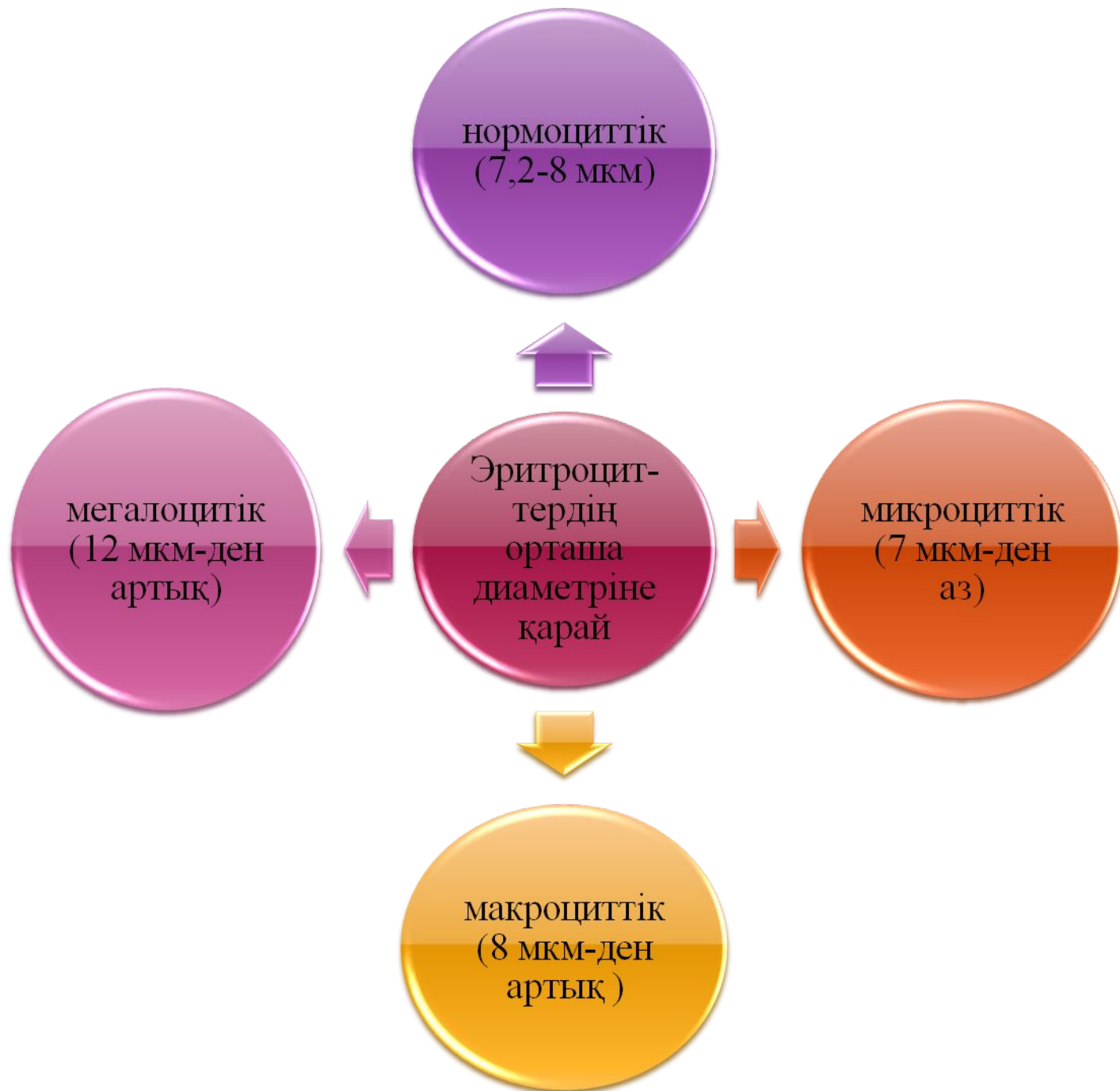
гиперхромды (ТК -1,05-ден артық)



нормохромды (ТК- 0,85-1,05)



гипохромды (ТК- 0,85-ден аз)



ПОЙКИЛОЦИТОЗ - ЭРИТРОЦИТТЕР ФОРМАЛАРЫНЫҢ ӨЗГЕРУІ



АНЕМИЯ АУЫРЛЫҒЫН БАҒАЛАУ:

- Жеңіл ауырлықтағы (гемоглобин 90 г/л дейін және эритроциттер $3 \times 10^{12}/\text{л}$ дейін)
- Орташа ауырлықтағы (гемоглобин 70-89 г/л және эритроциттер $2,0-2,9 \times 10^{12}/\text{л}$ дейін)
- Ауыр дәрежесі (гемоглобин 69 г/л төмен және эритроциттер $1,9 \times 10^{12}/\text{л}$ төмен)

Қауырт

Созылмалы

Өту
ағымына
қарай



ПОСТГЕМОМОРРАГИЯЛЫҚ АНЕМИЯ

Патогенезі: Созылмалы және үдемелі қан кетулер

Патологиялық анатомиясы:

- Тері мен шырышты қабаттар бозғылт;
- Ішкі ағзалар боз түсті;
- Жүректің, бауырдың майлы дистрофиясы;
- Сүйек кемігі қызыл түсті;
- Экстрамедулярлы қан түзілу ошақтары байқалады

ҚАУЫРТ ПОСТГЕМОРРАГИЯЛЫҚ АНЕМИЯНЫҢ САТЫЛАРЫ:

- ⊙ *Жасырын(қансыраудан соң алғашқы тәулікте)*
- ⊙ *Гидремиялық(қансыраудан 2-3 күннен соң)*
- ⊙ *Сүйек кеміктік(қансыраудан 4-5 күннен соң)*

- ⊙ **Макроскопиялық көрінісі:**
 - ▢ *тері, шырышты қабаттар боз түсті*
 - ▢ *Ішкі ағзалардың түсі боз, болбыр*
 - ▢ *Сүйек кемігі боз-қызыл түсті*

ЖҮРЕ ПАЙДА БОЛҒАН ГЕМОЛИЗДІК АНЕМИЯЛАР

Иммундық

- сәйкессіз қан күйғанда;
- ана мен ұрықтың резус – сәйкессіздігі;
- меншік эритроциттерге аутоантидене түзілуі.

Токсикалық

- гемоліздік улардың әсері(мышьяк, қорғасын, фенилгидразин, саңырауқұлақ, ара, жылан улары, гемоліздік стрептококтың, стафилококтың, маляриялық плазмодийдің токсиндері, сульфаниламидтер, фенацитин).

Эритроциттердің механикалық зақымдануы

- жүрек қақпақшалары мен тамырларын протездеу,
- тас жолда ұзақ жүгіру.

Энзимопатиялар
(глюкозаның
пентоздық-
фосфаттық жолмен
тотығуы, глютатион
жүйесі, гликолиз
ферменттерінің
тапшылығы)

Мембранопатиялар -
эритроциттер
мембранасының дерті

Гемоглинопатиялар
(глобин түзілуінің
бұзылуы)

ТҰҚЫМҚУАТЫН
ГЕМОЛИЗДІК
АНЕМИЯЛАР



ТЕМІРТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯЛАР

Ең жиі кездесетіні **темір жетіспеушілікті анемия** (ТЖА)- егер организмде темір жұмсалуды оның түсуінен артық болса ТЖА дамиды.

ТЖА ең жиі себептері: Темірдің алиментарлы жетіспеушілігі (диета, вегетариандылық, жеткіліксіз тамақтану); Темірге қажеттілік жоғалауы (жиі босану, көп ұрықты жүктілік; лактация; тез өсу; спортпен интенсивті шұғылдану; шала туылу); Қан жоғалту (мұрыннан қан кету, диафрагмальды жарық; дивертикул, АІЖ полип және ісік; метроррагиялар; Гудпасчер синдромы); Абсорбция төмендеуі (мальабсорбция; ішектегі қабыну үрдістері; ахлоргидрия;

ТЕМІРТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯ

- Түстік көрсеткішіне қарай - *гипохромды*;
- Сүйек кемігінің регенерациялық қабілетіне қарай - *гипорегенерациялық*;
- Қан өндіру түріне қарай - нормобластық,
- Эритроциттердің орташа диаметріне қарай - *микроциттік*

V_{12} ВИТАМИНІ-ТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯЛАР

Себептері:

- V_{12} -витамині тапшылықты анемия бұл V_{12} - витаминінің жеткіліксіздігі салдарынан дезоксирибонуклеин қышқылының синтезінің бұзылып, кемікте эритроид жасуашаларның ыдырауына байланысты тиімсіз эритропоэз.
- V_{12} -витамині тапшылықты анемия негізінен егде және қарт жастағы адамдарда кездесіп, негізгі себебі атрофиялы гастрит болып табылады.

B_{12} ВИТАМИНІ - ТАПШЫЛЫҚТЫ АНЕМИЯ

- Қан өндіру түріне қарай - *мегалобластық*,
- Сүйек кемігінің регенерациялық қабілетіне қарай - *гипорегенерациялық*,
- Түстік көрсеткішіне қарай - *гиперхромды*,
- Эритроциттердің орташа диаметріне қарай - *мегациттік*.

АПЛАЗИЯЛЫҚ АНЕМИЯ

Тұқымқуатын (Фанкони анемиясы)	Жүре пайда болған
Эритропоэздің тектік ақауынан	<p>Қызыл сүйек кемігіне экзогендік және эндогендік жайттардың әсерінен:</p> <ul style="list-style-type: none">- физикалық (иондаушы радиация);- химиялық (бензол, пестицидтер, ауыр металл тұздары, бояулар; дәрілік заттар - цитостатиктер, сульфаниламидтер ж.б.);- биологиялық (вирустар, бактериялар);- аутоантидене және иммундық кешендер;- созылмалы анемияларда сүйек кемігі қызметінің қажуы.

ҚОРЫТЫНДЫ

- Сонымен, анемиямен ауырған кезде, адамның қаны «сұйылып» кетеді, бұл аурудың сипаты ағза қан деңгейін қалыпқа келтіріп үлгергенше қанның азайып немесе жойыла бастауымен байланысты айқындалады.
- Анемияны емдеу және алдын алу шараларына құрамы темірге бай тағамдармен тамақтануды бастаудан жөн. Ет, балық, және тауық еті құрамында темір мөлшері көп. Көбұршақ, асбұршақ, қанық жасыл жапырақты көкөністерде де темір мол.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- Сейтімбетов Т.С., Төлеуов Б.И., Сейтімбетова А.Ж., Биологиялық химия. Қарағанды 2007
- Ж.Ахметов «Патологиялық анатомия-1» А.Білім, 2008ж.
- Ә.Нұрмұхамбетұлы «Патофизиология» А., 2007ж.
- У.Сайпіл, К.Өмірзақова «Заттар алмасуы» А., Ғылым. 2004ж.
- www.kazmedic.kz
- www.m.wikipedia.org