

ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ
№2 Балалар аурулары кафедрасы

Тақырыбы: “Теміртапшылық анемияның диагностикалық критерийлері”

Орындаған: Есмұратова Г.М.
4 курс студенті, тобы 4-026 ЖМФ
Тексерген: Мамлина З.Н.

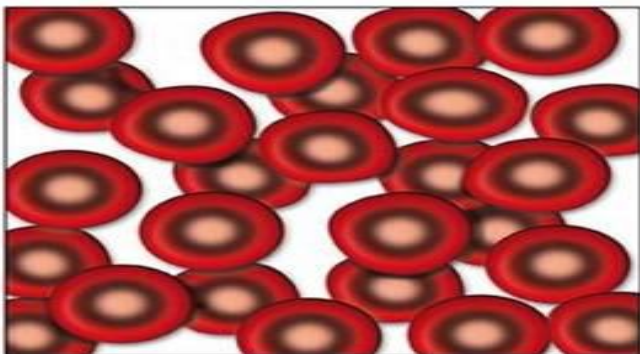
ЖОСПАР:

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
 - i. Жіктемесі
 - ii. Себептері
 - iii. Клиникалық көріністері
 - iv. Диагностикалық критерилері
 - v. Диагноз
 - vi. Емі
 - vii. Алдын алуы
- III. Қорытынды
- IV. Пайдаланған әдебиеттер тізімі

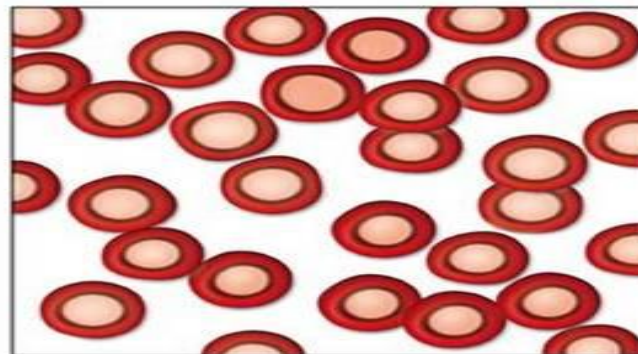


КІРІСПЕ

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



Нормальные эритроциты



Эритроциты при
железодефицитной
анемии

С Е Б Е П Т Е Р І.

- 1. шала туғандық кезеңде, егіз балаларда, аяғы ауыр әйелдің анемиясында жинақтардағы темір аздығына байланысты;
- 2. темірдің және басқа микроэлементтердің, ақуыздардың, дәрумендердің тамақпен бірге ағзаға аз көлемде түсуімен
- 3. ас қорыту мүшелердің ауруларында ішек бойынша темір қортылуы бұзылуында (целиакия, спру, жаралы колит т.б.);
- 4. рахит, гипотрофия, қан аққанда, гельминтоздарда, экссудатты-катаралды диатезде темірдің көп көлемде айырылуы; 5. баланың қарқынды өсу кезінде, созылмалы іріңді-ошақты жұқпаларда және баланың жиі сырқаттануында темірде қажеттілігі жоғарылауына байланысты.
- Туғандағы темір көлемі шала туған балаларда 3-4 айларында, ал жетіліп туған балаларда 5-6 айларында сарқылып бітеді.



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 Нв құрамы бойынша:

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

□ Патогенез бойынша:

- жіті;
- постгеморрагиялық;
- созылмалы.

□ Ауырлық дәрежесі бойынша:

1. жеңіл түрі (эритроцит саны $3,0-4,0 \cdot 10^{12}/\text{мм}$, гемоглобин көлемі 90-110 г/л)
- 2. орташа түрі (эритроцит саны $2,0-3,0 \cdot 10^{12}/\text{мм}$, гемоглобин көлемі 89-70г/л)
- 3. ауыр түрі (эритроцит саны $1,4-2,0 \cdot 10^{12}/\text{мм}$, гемоглобин көлемі 70 г/л төмен).





КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ



Тері және шырышты қабаттарының бозаруы, ішкі ағзалардың өзгеруі, қан көлемі бірлігінде гемоглобин мөлшерінің эритроциттермен қатар азаюы. Кез келген анемияның негізі - не гемоглобинның нашар түзілуі, не құрамында гемоглобин бар жасушалардың шығыны азаюы. ДД¹ экспертiнiң ұсынысы бойынша бұл диагноз түбiнде 1-5 жасар балалар арасындағы гемоглобин көрсеткiшiнiң 110 г/л -ден төмендеуі, ал 15 жастан жоғары жастарға-120 г/л кем болуы. -

Анемияның жеңіл түрінде диагноз қойылмауы да мүмкін, себебі, бала жағдайы қанағатты болады, тек балалардың енжарлығы, тәбеті төмендеуі, тері түсі бозаруы көзге түседі. Кейбір балалардың дене салмағы сәл төмендейді.



-Орташа түрінде едәуір енжарлық, селқостық, күшсіздік, жыламсырау, тәбетінің төмендеуі, терісі сарғылт-құқылжәне құрғақ, шаштары жұқа және сирек, тіл ұшындағы емізікшелердің семуі байқалады. Пульс жиі, жүрек ұшында нәзікті систолалық шу



- Анемияның ауыр түрінде бада жағдайы өте кедергі, солғын, тәбеті нашарлап анорексияға дейін барады, іші қатады. Эпителіі тінінің өзгерістері байқалады: терісі сұр түсті, құрғақ, кедір-бұдыр, тырнақтары мен шаштары түссіз, сынғыш, жұқа. Ауыз бұрыштарында ұшықтар пайда болады. Тілінің емізікшелері жойылған, «лакталған» сияқты. Жүрек жағынан тахикардия, ұшында- систолалық шу, қаққандай 1 тон. Кей кезде беті мен аяғы ісінеді. Баланың дәм сезімі өзгереді, бала бор, саз жейді, дене салмағы көбеймейді. Ентікпе белгіленеді.



ДИАГНОСТИКАЛЫҚ КРИТЕРИЙЛЕРІ

Hb < 120 г/л деңгейінің төмендеуі, 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 (109 литрге 4 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 2/3 - 3/4 құрайды.



СИНДРОМДАР:

- - 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.



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.



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.



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.

Ем мақсаты:

- темір тапшылығының орнын толтыру,
- анемия симптомдарының регрессін қамсыздандыру.

Дәрі-дәрмексіз ем: режим 1, 2.



ЕМДІҢ ТАМАҚТАНУ:



- Тамақтан асқазан-ішек жолдарына сіңірілетін темірдің максималды саны — тәулігіне 2 г. Жануар текті өнімдердегі темір, өсімдік өнімдерімен салыстырғанда ішекте көп мөлшерде сорылады. Әсіресе гемнің құрамына кіретін эквивалентті темір өте жақсы сорылады. Ет темірі жақсы сорылады, ал бауыр темірі нашар, себебі бауырдағы темір көп жағдайда ферритин, гемосидерин, сонымен қатар гем түрінде болады. Аздаған мөлшерде темір жұмыртқа мен жемістерден сорылады. Барлығынан жақсы бұзау етінің темірі (22%) сорылады, балықтан (11%); жұмыртқа, ас бұршақтан 3% темір, күріш, шпинат, жүгеріден - 1%.

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.



Л.И. Идельсон принциптері бойынша



1. темір тапшылығын тек диета бойынша, құрамында темір (бермей, толтыруға болмайды;
2. құрамында темір бар препараттары тек ауыз арқылы берілуі тиіс және оларды гемоглобин деңгейі қалыпқа келгеннен кейін де қолданған абзал;
3. парентералдық жолмен дәрілерді тек ауыр жағдайларда береді;
4. қан құйюды тек өмір көрсеткіштер бойынша қолдану керек.

Ерте жастағы балаларға құрамында темір бар дәрілерді тамшы, сироп түрінде беру керек; ересек балалар оларды түймедақ, драже, капсулалар түрінде қолданады.

Бірінші жас балаларды емдеу үшін толтырушылары бар темір препараттарын қолданады: темірмен алоэ сиропын; гемофер, орферон, реоферон, резоферон т.б. суспензияларын.

Жастан асқан балаларға феррокаль, ферроплекс, ферроцирон, феррум Лек, ферросанол, гемостимулин т. б.

Жасөспірімдік кезеңде ұзақ мерзімді әсері бар дәрілер қолдануға болады: тардиферон, ферроградумет.

Темір жақсы сіңу үшін қосымша аскорбин қышқылын; лимон, анар, клюква шырындарын беру жөн. Темір препараттарын сүтпен неесе кофемен ішуге болмайды. емдеу ұзақтығы екі - үш айға дейін созылады. Эритропозді ширату үшін мыс сульфаты, С, В1, В2, В6, В12, Р дәрумендер, фольй қышқылы белгіленеді



үш жасқа дейінгі балалар

Феррум Лек, сироп

Мальтофер, тамшылар

Гемофер, тамшылар

Активферрин, тамшылар

3 –6 жас арасындағы балалар

Феррум Лек, сироп

Мальтофер, сироп

Тотема, ішуге арналған ерітінді

Активферрин, сироп

Ферроплекс

7 –12 жас арасындағы балалар

Феррум Лек, шайнайтын түймедақтар

Мальтофер, шайнайтын түймедақтар

Тотема, ішуге арналған ерітінді

Активферрин, капсулалар

Ферроплекс

Тардиферон

Темір көлемі

Сироптың 1 мл - 10 мг

1 тамшысында – 2.5 мг

1 тамшысында – 1.6 мг

1 тамшысында – 0.53 мг

Темір көлемі

Сироптың 1 мл - 10 мг

Сироптың 1 мл - 10 мг

1 мл – 5 мг

1 мл – 6.8 мг

1 драже - 10 мг

Темір көлемі

1 түймедақта – 100 мг

1 түймедақта – 100 мг

1 мл – 5 мг

1 капсула – 34.5 мг

1 драже - 10 мг

1 мл – 80 мг



А Л Д Ы Н А Л У Ы

- антенатальды кезеңде басталуы абзал (аяғы ауыр әйелде бар жұқпалар ошақтарын, гестоздарын уақытында емдеу, күн және тамақтану тәртібін сақтау).
- Бірінші айлардағы балалар анемиясының табиғи алдын алуына балаларды тек ана сүтімен қоректендіру жатыр.
- Бала 5-6 айларға жеткенде оның ағзасындағы туғанға дейін жиналған темір қоры азаяды. Осыған байланысты, ерте жастағы бала денсаулығы ағзасына тыстан түсетін темір көлемінен тәуелді болады. Әр түрлі зерттеулерге байланысты, қазіргі кезде балалардың 60-70% үн тағамдарын, сүт, вегетариандық тамақ ішеді, етті жүйелі түрде диетасына енгізбейді, сондықтан, анемияның дамуы байсалды мәселе болып тұр. Қолдан тамақтандыратын ерте жастағы балаларға төрт айынан бастап, темірге бай қоспаларды беру керек: «Дамил», «Нутрилон», «Галлия», т.б.



- Балалар диетасында темірге, мысқа, кобальтқа, никельге, дәрумендерге бай тағамдар болған абзал: қарақұмық, жұмыртқа, бауыр, ет, ірімшік, картөп, қызылша, қарақат, көк бұршақ, көк алма тағы басқалары.
- Ерте жастағы балаларды міндетті түрде диспансерлік тізімге алып, қанын тексеріп тұру тиіс. Қауып-қатерлі топтың балаларына анемияның алдын алу үшін темір препараттарын беріп тұрған дұрыс.



ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Хабижанов Б.Х. Хамзин С.Х. Педиатрия. Алматы, Білім, 2005.
2. Детские болезни. Под ред. Баранова А.А.. М. –2004.-877с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник для студентов педиатрических факультетов медицинских вузов. – СПб: Питер, 2006,2008.- 1088 с. (серия» Национальная медицинская библиотека»)
4. Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)



