

ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეული ანემია

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეული ანემია

1. დაავადების დეფინიცია

ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეული ანემია მეგალობლასტურ ანემიებს მიეკუთვნება. პათოგენეზით ის ვიტამინ B₁₂-ის დეფიციტით განპირობებულ ანემიებს ჰგავს. ფოლიუმის მჟავას დეფიციტი იწვევს ნუკლეინის მჟავების სინთეზის დარღვევას, რაც ყველაზე მეტად აზიანებს ძვლის ტვინს, ირღვევა ნორმალური ერითროპოეზი და ვითარდება მეგალობლასტური სისხლწარმოქმნა (1).

2. დაავადების დამადასტურებელი და გამომრიცხავი სიმპტომები

ფოლიუმის მჟავას მწვავე დეფიციტი შეიძლება განვითარდეს ფოლიუმის მჟავას ანტაგონისტების მიღების შემდეგ. მას ახასიათებს:

- მადის დაკარგვა;
- ტკივილი მუცლის არეში;
- გულისრევა;
- დიარეა;
- წყლულები პირის ღრუში;
- წყლულები საყლაპავში;
- კანის დაზიანება;
- თმის ცვენა.

ფოლიუმის მჟავას ქრონიკული უკმარისობის გამოვლინება არის ზოგადი ჩივილები, რომელიც ანემიისთვის არის დამახასიათებელი:

- საერთო სისუსტე;
- ადვილად დაღლა;
- დეპრესია;
- მოთენთილობა;
- წყლულები ენაზე;
- წყლულები პირის ღრუში.

ვიტამინ B₁₂ დეფიციტური ანემიისაგან განსხვავებით ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეულ ანემიას არ ახასიათებს ნევროლოგიური სიმპტომატიკა: პარესთეზიები, კიდურებზე ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნება, ქვემო კიდურების მგრძობელობის დაკარგვა და სხვა.

3. დაავადების დამადასტურებელი და გამომრიცხავი კრიტერიუმები

ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეული ანემიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები:

1. სისხლის საერთო ანალიზი: ჰიპერქრომული ანემია, ერითროციტების მაკროციტოზი, ნეიტროფილების ჰიპერსეგმენტაცია, რეტიკულოციტოპენია, ლეიკოპენია, ნეიტროფილების ჰიპერსეგმენტაცია, თრომბოციტოპენია;
2. გლოსიტისა და ატროფიული გასტრიტის არარსებობა;
3. ფუნქციური მიელოზის არარსებობა;
4. სისხლში ვიტამინ B₁₂ ნორმალური შემცველობა;

5. სისხლის შრატში და ერთროციტებში ფოლიუმის მჟავას რაოდენობის შემცირება;
6. შარდის მეთილმალონის მჟავის ნორმალური სეკრეცია;
7. შესაძლებელია არაპირდაპირი ბილირუბინის რაოდენობის მომატება (ერთროციტების ჰემოლიზის შედეგად).

დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს იმ პათოლოგიებთან, რომლებიც ხასიათდებიან მეგალობლასტური სისხლწარმოქმნით:

- ვიტამინს B₁₂ დეფიციტური ანემია;
- მწვავე ერთრომიელოზი;
- მიელოდისპლაზიური სინდრომი;

პირველ რიგში დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეულ ანემიასა და ვიტამინ B₁₂ დეფიციტურ ანემიას შორის. ამ პათოლოგიების როგორც სუბიექტური, ასევე ობიექტური სურათი მსგავსია, მხოლოდ ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეულ ანემიას არ ახასიათებს ნევროლოგიური სიმპტომატიკა, ფუნიკულარული მიელოზის მოვლენები: კიდურების დაბუჟება, ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნება და ა.შ. აღნიშნული დაავადების დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები მოცემულია ცხრილში №1.

ცხრილი 1

დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ვიტამინ B₁₂ დეფიციტურ ანემიასა და ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეულ ანემიას შორის

ნიშნები	ვიტამინ B ₁₂ დეფიციტური ანემია	ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეული ანემია
გასტრექტომია ანამნეზში	ხშირია	არა
ავადმყოფთა ასაკი	ხშირია მოხუცებში	ხშირია ახალგაზრდებში
ატროფიული (ჰუნტერის) გლოსიტი	დამახასიათებელია	არ ახასიათებს
ატროფიული გასტრიტი აქილით და კუჭში პეპსინის დონის შემცირებით	დამახასიათებელია	არ ახასიათებს
ფუნიკულარული მიელოზი	დამახასიათებელია	არ ახასიათებს
ვიტამინ B ₁₂ ზემოქმედება რეტიკულოციტების რაოდენობაზე	მნიშვნელოვნად ზრის	არ მოქმედებს
ფოლიუმის მჟავას შემცველობა სისხლის შრატში და ერთროციტებში	სისხლის შრატში მომატებულია, ერთროციტები უმნიშვნელოდ დაქვეითებულია ან ნორმალურია	დაქვეითებულია

ვიტამინ B ₁₂ რაოდენობა სისხლში	მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია	ნორმალურია
მეთილმალონური მჟავას გამოყოფა შარდით	მნიშვნელოვნად გაზრდილია	ნორმალურია

სამწუხაროდ ხშირად ვერ ხერხდება ფოლიუმის მჟავასა და ვიტამინ B₁₂ განსაზღვრა. ასეთ შემთხვევაში უნდა გამოვიყენოთ სხვა დიაგნოსტიკური ნიშნები.

კლინიკურ პრაქტიკაში უფრო ხშირია ვიტამინ B₁₂ დეფიციტური ანემია, ვიდრე ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეული ანემია. ვიტამინ B₁₂-ის დანიშნიდან 1 კვირაში უნდა განვითარდეს რეტროლოციტური კრიზი, წინააღმდეგ შემთხვევაში საფიქრელია, რომ საქმე გვაქვს ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეულ ანემიასთან. თუ არ არის საშუალება დავაზუსტოთ დიაგნოზი, მაშინ ინიშნება ფოლიუმის მჟავაც და ვიტამინ B₁₂. თუ არ დადასტურდა ვიტამინ B₁₂ და ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეული ანემიის დიაგნოზი, უნდა გამოირიცხოს მიელოდისპლაზიური სინდრომი. უკანასკნელის დიაგნოსტიკა საჭიროებს რთულ გამოკვლევებს სპეციალიზირებულ ჰემატოლოგიურ კლინიკაში. მათ შორის ციტოგენეტიკურ და ციტოქიმიურ გამოკვლევებს, იმუნოფენოტიპირებას.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

დაავადების მკურნალობა ჩვეულებრივად ტარდება ამბულატორიულად. სტაციონარული მკურნალობა ტარდება მხოლოდ მძიმე შემთხვევებში.

I ვიზიტისას მკურნალ ექიმთან – 24 საათის განმავლობაში უნდა ჩატარდეს შემდეგი გამოკვლევები:

1. სისხლის საერთო ანალიზი: ჰემოგლობინი, ერითროციტების რაოდენობა და მორფოლოგია, ფერადობის მაჩვენებელი, რეტროლოციტების, ლეიკოციტები, თრომბოციტები, ლეიკოციტური ფორმულა, ედსი;
2. ძვლის ტვინის მორფოლოგია;
3. სისხლის ბიქიმიური ანალიზი: ბილირუბინის განსაზღვრა, ცილა და ცილის ფრაქციები;
4. სისხლში ვიტამინ B₁₂ და ფოლიუმის მჟავას განსაზღვრა (თუ შესაძლებელია);
5. შარდის საერთო ანალიზი.

ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი გამოკვლევა პირველივე 24 საათში უნდა ჩატარდეს, ამის შემდეგ კი ჩამოთვლილი გამოკვლევები:

- მუცლის ღრუს ორგანოების: ელენთის, კუჭქვეშა ჯირკვლის, ნაღვლის ბუშტის, თირკმლის ექოსკოპიური გამოკვლევა;
- ფიბროგასტროდუოდენოსკოპია;
- ფიბროკოლონოსკოპია;
- განაგლის გამოკვლევა ჰელმინთებზე.

ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეული ანემიის დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ უნდა დაიწყოს მკურნალობა ფოლიუმის მჟავით. თუ დიაგნოზი საეჭვოა და არ არის გამორიცხული ვიტამინ B₁₂ დეფიციტური ანემია, ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესების საშიშროების თავიდან ასაცილებლად უნდა დაინიშნოს ორივე ვიტამინი: ვიტამინ B₁₂ 500გ და ფოლიუმი მჟავა 15მგ.

აღნიშნულის შემდეგ უნდა დადგინდეს დაავადების გამომწვევი მიზეზი. პირველ რიგში ანამნეზის საფუძველზე უნდა დაზუსტდეს ღებულობს თუ არა ავადმყოფი პრეპარატებს, რომლებიც ხელს უწყობს ფოლიუმის დეფიციტის განვითარებას:

- ანტიბიოტიკები, რომლებიც გამოიყენება ტუბერკულოზის და შარდსასქესო ორგანოების ინფექციების დროს;
- კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები;
- II ტიპის შაქრიანი დიაბეტის სამკურნალო პრეპარატი – მეტფორმინი;
- ციტოსტატიური პრეპარატები (მეტოტრექსატი);
- ანტინფექციური პრეპარატები: კოტრიმოქსაზოლი და ა.შ.;
- კალიუმ შემანარჩუნებელი დიურეტიკები;
- ციტოსტატიკი – ფტორურაცილი;
- ანტილეიკემიური პრეპარატები –ჰიდროკარბამიდი, ციტარაბინი, მეტოტრექსატი.

ანამნეზით უნდა დადგინდეს კვების თავისებურებები, ვინაიდან კვების დარღვევა არის დაავადების გამომწვევი ყველაზე ხშირი მიზეზი.

დაავადების გამომწვევი მიზეზის დასადგენად აუცილებელია მთელი რიგი გამოკვლევები, მათ შორის გასტროენტეროლოგის კონსულტაცია – ფიბროგასტროდუოდენოსკოპია, ფიბროკოლონოსკოპია. ვინაიდან ხშირად დაავადების მიზეზი კუჭ-ნაწლავის პათოლოგიაა: ნაწლავის რეზექცია, განსაკუთრებით წვრილი ნაწლავის, ენზიმოდეფიციტური ენტეროპათიები, ენტერიტის, ნაწლავების ამილოიდოზი, კრონის დაავადება, წვრილი ნაწლავის სიმსივნეები.

ავადმყოფებს ხშირად აქვთ ჩივილები გულ-სისხლძაღვთა სისტემის მხრივ, მიოკარდიოდისტროფიის სინდრომის ნიშნები, ამიტომ აუცილებელია კარდიოლოგის კონსულტაცია, ეკგ.

II ვიზიტი მკურნალ ექიმთან – მკურნალობის დაწყებიდან მე-7 დღეს ვიტამინ B₁₂ დეფიციტური ანემიისაგან განსხვავებით არ ვითარდება რეტიკულოციტური კრიზი. ჩვეულებრივად რეტიკულოციტების რაოდენობა ნორმაშია ან უმნიშვნელოდ მატულობს, რაც დიფერენციალური დაიგნოზის გატარების ერთ-ერთი საშუალებაა. უნდა გაკეთდეს სისხლის საერთო ანალიზი: ერთროციტების რაოდენობა და მორფოლოგია, ჰემოგლობინი, ფერადობის მაჩვენებელი, რეტიკულოციტები, თრომბოციტები, ლეიკოციტური ფორმულა, ელსი. ავადმყოფის მდგომარეობა მკურნალობის დაწყებიდან რამდენიმე დღეში უმჯობესდება.

III ვიზიტი მკურნალ ექიმთან – მკურნალობის დაწყებიდან 20 დღის შემდეგ კეთდება სისხლის საერთო ანალიზი: ჰემოგლობინი, ერთროციტების რაოდენობა და მორფოლოგია, ფერადობის მაჩვენებელი, რეტიკულოციტები, ლეიკოციტები, თრომბოციტები, ლეიკოციტური ფორმულა, ელსი. მატულობს ერთროციტების, თრომბოციტების და ლეიკოციტების რაოდენობა.

IV ვიზიტი მკურნალ ექიმთან – მკურნალობის დაწყებიდან 1 თვის შემდეგ, კეთდება სისხლის საერთო ანალიზი. ჩვეულებრივად სისხლის საერთო ანალიზის მაჩვენებლები – ჰემოგლობინი, ერთროციტები, ფერადობის მაჩვენებელი, ლეიკოციტები, ლეიკოციტური ფორმულა, თრომბოციტები, ელსი ნორმის ფარგლებშია.

5. მკურნალობა

ფოლიუმის მჟავა ინიშნება ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეული ანემიის დროს 5-15მგ დოზით ერთროციტების რაოდენობის ნორმალიზაციამდე.

ვიტამინ B₁₂ დეფიციტური ანემიის დროს მხოლოდ ფოლიუმის მჟავას დანიშვნამ შეიძლება გამოიწვიოს ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესება.

იმ შემთხვევაში, როდესაც არ არის დაზუსტებული დიაგნოზი, რასთან გვაქვს საქმე ვიტამინ B₁₂ დეფიციტურ ანემიასთან თუ ფოლიუმის მჟავას დეფიციტით გამოწვეულ ანემიასთან, უნდა დაინიშნოს, როგორც ფოლიუმის მჟავა 15მგ, ასევე ვიტამინ B₁₂, ერთროციტების რაოდენობის ნორმალიზაციამდე.

ერთროციტული მასის გადასხმა უნდა ჩატარდეს მხოლოდ სასიცოცხლო ჩვენებით.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში ფოლიუმის მჟავას გამოყენებას.

ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში მკურნალობა და პროფილაქტიკა:

- რეპროდუქციული ასაკის ქალებმა უნდა მიიღონ ფოლიუმის მჟავით მდიდარი პროდუქტები;
- ყველა ქალმა, რომელიც გეგმავს ორსულობას უნდა მიიღოს ფოლიუმის მჟავა 0,4 მგ დღეში, ორსულობის 12 კვირამდე;
- ქალებმა, რომლებმაც გააჩინეს ბავშვები ნერვული სისტემის პათოლოგიით უნდა მიიღონ ფოლიუმის მჟავა 4მგ დღეში, ორსულობის 12 კვირამდე;
- ფოლიუმის პრეპარატებს უპირატესობა ენიჭებათ პოლივიტამინებთან შედარებით.

პროგრესის მაჩვენებელია მკურნალობის დაწყებიდან რამდენიმე დღეში ავადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესება. 1 თვეში ჩვეულებრივად სისხლის საერთო ანალიზის მაჩვენებლები – ერთროციტები, ჰემოგლობინი, ფერადობის მაჩვენებელი, ლეიკოციტები, თრომბოციტები, ელსი ნორმაში მოდის.

თუ ფოლიუმის მჟავით მკურნალობა არ იძლევა შედეგს უნდა ვიფიქროთ, რომ დიაგნოზი შეცდომით არის დასმული.

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

მონიტორინგის სამიზნეები არიან:

- ალიმენტური დეფიციტის მქონე პირები;
- მოხუცები არასრულფასოვანი კვებით;
- კუჭ-ნაწლავის პათოლოგიის მქონე პაციენტები – ატროფიული გასტრიტი, მალაბსორბციის სინდრომი, კრონის დაავადება, კიბო, ლეიკემიები;
- კანის დაავადებები, ექსფოლიაციური დერმატიტით დაავადებულნი;
- ორსულები, მეძუძურები;
- ავადმყოფები, რომლებიც დიდი ხნის განმავლობაში დებულობენ კიბოს, ანთების, ეპილეფსიის საწინააღმდეგო პრეპარატებს (ანტიბიოტიკები, ტუბერკულოზის, დიაბეტის, კრუნჩხვის, ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები, სულფანილამიდები, ციტოსტატიური პრეპარატები და ა.შ.).

7. გაილლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი - „ფოლიუმის მუავას დეფიციტით გამოწვეული ანემია“.

8. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ოჯახის ექიმი, პედატოლოგი, ლაბორანტი, კლინიკური და ბიოქიმიური ლაბორატორია.