The background of the slide is a dense field of red blood cells, depicted as biconcave discs in various shades of red and orange, creating a sense of depth and movement.

**Тема: « Острая и
хроническая
постгеморрагическая
анемия»**

**Птицик Карина
2гр. 6курс**

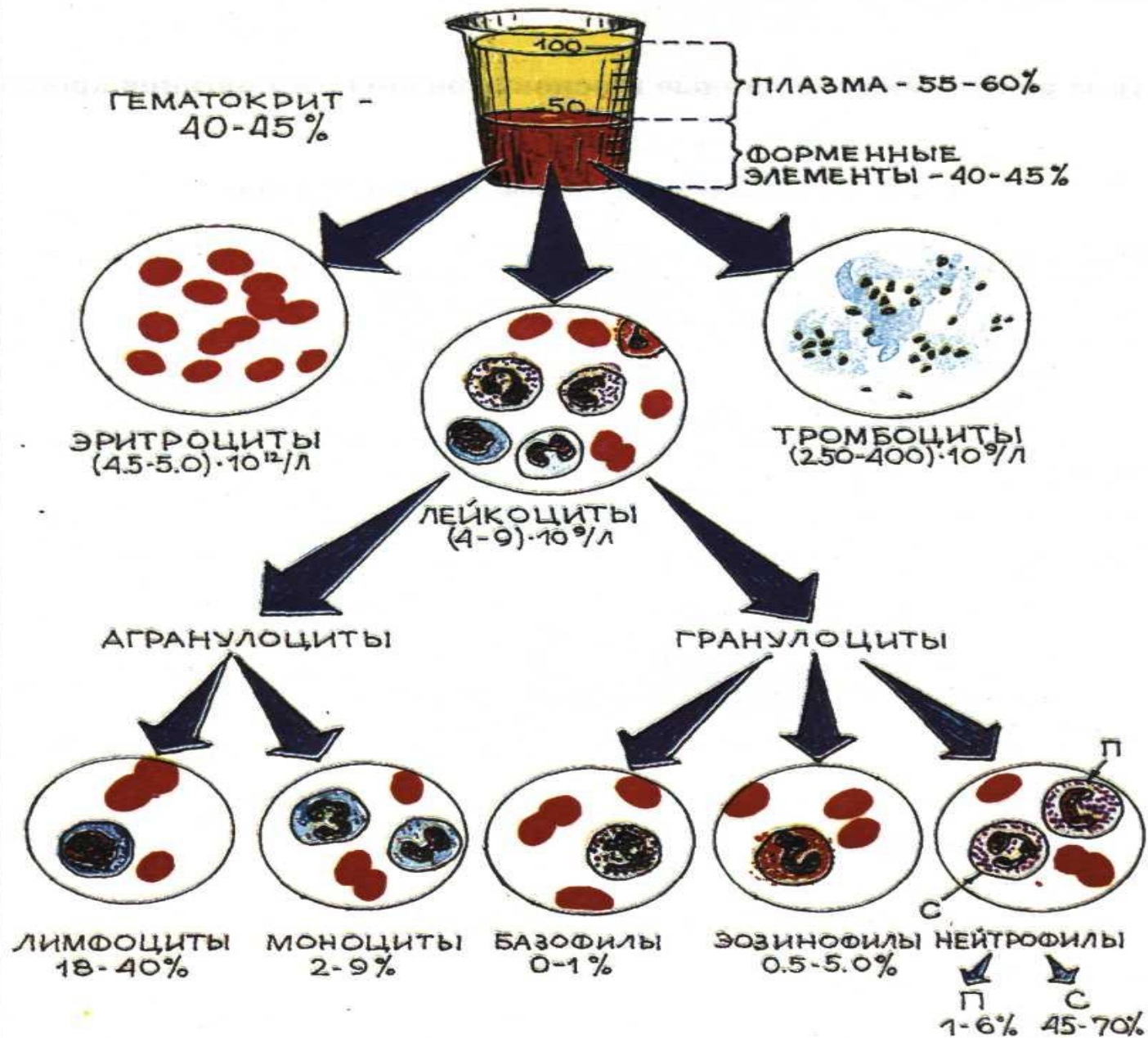
Одесса 2020

- АНЕМИЯ - клинико-лабораторный синдром, характеризующийся снижением уровня гемоглобина, эритроцитов и гематокрита в единице объема крови

Нормальные показатели гемограммы

Показатель	Мужчины	Женщины
Гемоглобин г/л	130-160	120-140
Эритроциты млн/мкл	4,0 - 5,1	3,7 – 4,7
Гематокрит %	40 - 48	36 - 42
Цветовой показатель, ед.	0,86 – 1,05	0,86 – 1,05
MCV, фл	80 - 95	80 – 95
MCH, пг	25 - 33	25 – 33
MCHC, г/л	30 - 38	30 – 38
RDW, %	11,5 – 14,5	11,5 – 14,5
Ретикулоциты, ‰	2 - 15	2 - 15

Нормальные показатели периферической крови.



Критерии анемии (ВОЗ):

для мужчин:

- уровень гемоглобина < 130 г/л
- гематокрит менее 39%;

для женщин:

- уровень гемоглобина < 120 г/л
- гематокрит менее 36%;

для беременных женщин:

- уровень гемоглобина < 110 г/л

Актуальность

- Современная гематология особое внимание уделяет изучению механизмов регуляции системы крови на разных уровнях ее организации как в физиологических условиях, так и при действии на организм чрезвычайных факторов, среди - них - острая кровопотеря, занимает важное место и часто встречается в клинической практике.

Определение

- Острая постгеморрагическая анемия — нормохромная нормоцитарная гиперрегенераторная анемия, возникающая вследствие острой кровопотери в течение короткого периода времени. Минимальная потеря крови, представляющая опасность для здоровья взрослого человека, — 500 мл. Тяжесть клинической картины определяется количеством потерянной крови, скоростью и источником кровотечения.
- Хроническая постгеморрагическая анемия
Развивается вследствие повторных кровопотерь, вызванных поражением кровеносных сосудов при ряде заболеваний (дисменорея, язвенная болезнь желудка, геморрой и др.)

Этиология.

Постгеморрагическая анемия развивается при:

- кровотечениях, которые могут быть явными и скрытыми, наружными и внутренними (из внутренних органов в окружающие их ткани или полости).
- Травмах
- Хирургических вмешательствах
- Внематочная беременность
- Нарушение гемостаза
- Различные заболевания внутренних органов, сопровождающиеся острым кровотечением (например, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки).

- Причины кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта - эрозивно-язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, а также при эрозивном эзофагите, опухолях пищевода и желудка, при синдроме Маллори-Вейсса и др.
- Возможные причины кишечного кровотечения - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона, инфекционный колит), изъязвившиеся опухоли, полипы, дивертикулез, тромбоз брыжеечных сосудов, геморрой и др.

- Легочное кровотечение может возникать при воспалительных заболеваниях органов дыхания (бронхоэктазы, абсцесс легкого, туберкулез), новообразованиях (рак легкого, аденома бронха), а также при заболеваниях сердца и сосудов (митральный стеноз, тромбоэмболия легочных артерий, аневризма аорты), травмах грудной клетки, аутоиммунных заболеваниях (синдром Гудпасчера, гранулематоз Вегенера).

- Источником гематурии могут быть почки, мочеточники, мочевой пузырь, мочеиспускательный канал; наиболее частые ее причины - опухоли, воспалительные заболевания и травмы мочевых путей, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, туберкулез почек, нарушения свертывания крови.
- Клиническая картина кровотечения включает признаки остро возникшей постгеморрагической анемии и появление крови в выделениях из желудочно-кишечного тракта (кровавая рвота, мелена), легких, моче (гематурия) и т.д.
- Тяжесть состояния обусловлена внезапным уменьшением ОЦК и последующей гемодиллюцией со снижением кислородной емкости крови.

АНЕМИЯ. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ

* - красным выделены симптомы при тяжелой форме анемии

Глаза

- белки желтые
- конъюктива глаз бледная

Кожные покровы

- бледная кожа
- холодная
- желтый оттенок

Дыхательная система

- одышка

Мышечный аппарат

- слабость в мышцах

Органы пищеварения (кишечник)

- изменения в цвете стула

Центральная нервная система

- чувство усталости
- головокружения
- **обмороки**

Кровеносная система

- низкое артериальное давление

Сердце

- учащенное сердцебиение
- высокий пульс
- **боли в груди**
- **ангина**
- **сердечный приступ**

Селезенка

- увеличена в размерах



Анемия



Норма



Ориентировочное представление о величине кровопотери на догоспитальном этапе можно получить, рассчитав шоковый индекс Альговера:

Степень тяжести кровотечения	Индекс Альговера (ЧСС/сАД)	Объем кровопотери
норма	0,5	До 500 мл
I (легкая)	0,8-1	До 1 литра
II (средней степени)	1,2-2	1,5-2 литра
III (тяжелая)	>2	Более 2 литров

- В первые часы при большой кровопотере может быть незначительное снижение уровня гемоглобина и эритроцитов, соответственно не уменьшен гематокрит (часть объема крови, приходящаяся на форменные элементы), и лишь исследование объема циркулирующих эритроцитов может выявить его значительное снижение.
- Если кровотечение удалось остановить, то через 2-3 дня наблюдается снижение уровня гемоглобина и эритроцитов вследствие проникновения в кровь тканевой жидкости, поэтому в первое время после кровопотери малокровие имеет нормохромный характер. Содержание тромбоцитов в период кровотечения может быть сниженным в связи с их потреблением в процессе тромбообразования.

Лечение.

- После установления диагноза кровотечения больной подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение (даже при небольшом кровотечении и общем удовлетворительном состоянии), т.к. в любой момент кровотечение может возобновиться и стать катастрофическим. При наличии признаков массивного кровотечения (выраженная бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот, тахикардия свыше 100 ударов в 1 мин, систолическое АД менее 100 мм рт.ст.) больного госпитализируют в реанимационное отделение.
- Направлено на восстановление ОЦК.
 - Хирургическая остановка кровотечения
 - Гемотрансфузии
 - Коллоидные растворы.

Лечение

- Лечение острой постгеморрагической анемии начинается с остановки кровотечения и проведения противошоковых мероприятий. Показаниями к переливанию крови при острой кровопотере являются: продолжительное кровотечение, значительное падение цифр систолического артериального давления до 90 мм рт. ст. и ниже, учащение пульса по сравнению с нормой на 20 ударов в минуту и более. Кровопотеря в пределах 10-15% исходного объема циркулирующей крови (ОЦК) не требует кровезамещения, а потеря даже 25% ОЦК требует лишь небольшой коррекции. Переливание кровезаменителей проводится больным с потерей более 25% крови

Лечение

- Основной задачей оказания неотложной помощи при массивных кровотечениях считают немедленное восполнение объема циркулирующей крови и компенсацию кровопотери, нередко угрожающей жизни. В этих целях целесообразно немедленно перелить в вену 400 мл раствора полиглюкина, а при его отсутствии произвести вливание изотонического раствора хлорида натрия или 5 % раствора глюкозы (1000 мл и более при необходимости). При резком падении АД (ниже 60 мм рт.ст) внутривенное вливание должно быть произведено обязательно, а транспортировка пациента возможна лишь после стабилизации показателей гемодинамики.

Лечение

- При отсутствии признаков сердечной недостаточности первую порцию изотонического раствора натрия хлорида (до 400 мл) вводят струйно.
- Для заместительной терапии используют: полиглюкин в объеме до 2 л/сут. С целью улучшения микроциркуляции используют внутривенное введение реополиглюкина, желатиноля или альбуминов. Эритроцитную массу в объеме 30-40% кровопотери следует использовать только после восстановления кровообращения посредством восполнения ОЦК указанными выше растворами. Для улучшения реологических свойств крови эритроцитную массу разводят реополиглюкином или 5%-ным раствором альбумина в соотношении 1 : 1.

Выводы

- При массивной кровопотере большое значение имеет скорость переливания.
- Обычно венозное давление резко снижено, локтевые вены спавшиеся, поэтому следует прибегать к пункции подключичных вен или веносекциям с последующим струйным введением растворов в 2-3 вены.
- Следует подчеркнуть недопустимость восполнения всей кровопотери кровью во избежание «синдрома массивных трансфузий». Необходимо помнить также о коррекции белков плазмы, для чего используют альбумин или протеин.
- С целью коррекции водного баланса организма производят внутривенные вливания 0,9%-ного раствора хлорида натрия, 5%-ного раствора глюкозы, раствора Рингера - Локка. Для нормализации pH крови используется лактасол.

Спасибо за внимание

