

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Гипохромные анемии, В12-дефицитные,
фолиеводефицитные анемии

АНЕМИЯ

Патологическое состояние, характеризующееся
снижением содержания гемоглобина,
часто в сочетании
с уменьшением количества эритроцитов в
единице объема крови

Синдромы???

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

*Кожные покровы и слизистые
ЖКТ*

Нервная система

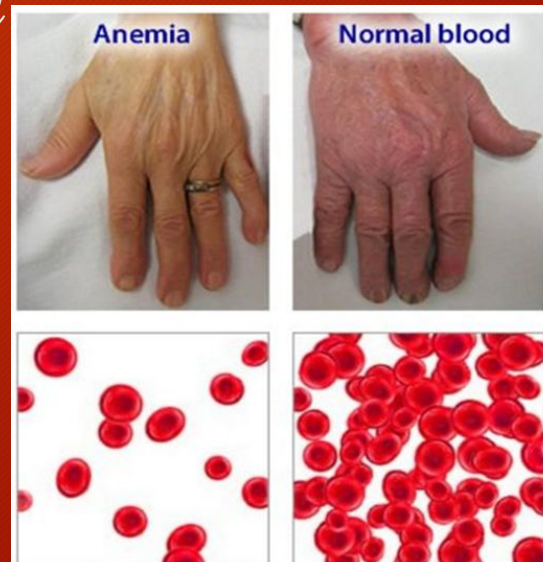
Сердечно-сосудистая система

Мочевыделительная система

Эндокринная

Иммунная

Мышечная



АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

- * бледность кожи и слизистых оболочек, сухость;
- * снижение аппетита, запоры. диарея;
- * повышенная физическая и умственная утомляемость, снижение работоспособности, патосмия, патофагия, головная боль;
- * сердечно-сосудистые нарушения (головокружение, шум в ушах, приглушенность тонов, систолический шум при аускультации сердца – *cor anaeiticum, тахикардия*);
- * дизурия;
- * дисменорея,

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

острая
кровопотеря — хроническая

повышено кроворазрушение

в/сосудистый гемолиз

в/клеточный гемолиз

нарушено кровообразование

дефицит B_{12} , фолиевой к-ты

дефицит ЭПО

дефицит Fe (перераспределение Fe)

аплазия к/м

анемии полидефицитные

МДС

СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

- * *дистрофические изменения кожи и слизистых, придатков кожи (сухость кожи, ломкость и слоистость ногтей, поперечная исчерченность ногтей, койлонихии, выпадение волос, атрофия слизистой оболочки носа, желудка, пищевода, сопровождающаяся нарушением всасывания и диспептическими расстройствами; глоссит, гингивит, стоматит, дисфагия);*
- * *извращение вкуса и обоняния;*
- * *мышечные боли вследствие дефицита миоглобина;*
- * *мышечная гипотония (дизурия и недержание мочи при кашле, смехе, ночной энурез).*

ЖДА

КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ

СИНДРОМ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО

ЛЕЖИТ НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА

ГЕМА и снижение содержания

гемоглобина вследствие дефицита

железа в организме в результате

нарушения его поступления , усвоения

или патологических потерь

Причины???

Причины дефицита железа

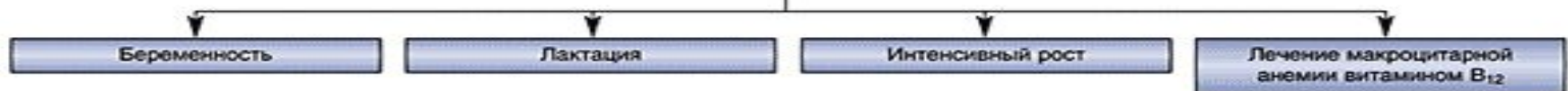
Хронические кровопотери



Нарушение всасывания железа



Повышенная потребность в железе



Алиментарная недостаточность



Основные критерии ЖДА

1. Снижение гематокрита
2. Гипохромия эритроцитов, низкий цветовой показатель (<0,85; MCH <27 пг).
3. Микроцитоз, MCV <80fl, средний Д Эр < 7мкм.
4. Снижение уровня сывороточного железа (<11,5 мкг/л, N 11,5-25 мкг/л).
5. Снижение уровня коэффициента насыщения трансферрина.
6. Повышение общей железосвязывающей способности сыворотки
7. Снижение содержания ферритина в крови.

Течение ЖДА

Степень тяжести:

- 1. стадия - прелатентный дефицит

- 2. стадия - латентный дефицит.

- 3. анемия.

- 1. Легкая
- 2. Средней степени.
- 3. Тяжелая

Принципы терапии

ЖДА

1. Коррекция причин, лежащих в основе ДЖ.
2. Диетотерапия (обогащенная мясными продуктами, фруктами, соками).
Но ТОЛЬКО диетотерапии - недостаточно.
3. Назначать достаточные дозы Fe и на длительный срок, устранять не только анемию, но и ДЖ в тканях.
4. Гемотрансфузия

Мегалобластные анемии (гиперхромные) – дефицит вит. В12 и фолиевой кислоты

Анемии, связанные с нарушением синтеза ДНК и РНК.

Эти анемии объединяет присутствие в костном мозге мегалобластов – своеобразных больших клеток красного ряда с нежной структурой ядра и необычным расположением хроматина в ядре, асинхронной дифференцировкой ядра и цитоплазмы.

Причины дефицита витамина В12

1. Низкое содержание в рационе (вегетарианство)

2. Дефицит внутреннего фактора

- ❖ Пернициозная анемия

- ❖ Гастрэктомия

- ❖ Повреждение эпителия ЖКТ химическими веществами

- ❖ Инфильтративные изменения желудка

3. Патология абсорбирующего участка

- ❖ Резекция тощей кишки

- ❖ Хронический энтерит

- ❖ Туберкулез подвздошной кишки

- ❖ Лимфома тонкой кишки и др.

5. Глистная инвазия (лентец широкий – дифиллоботриоз)

6. Повышенная утилизация вит. В12 бактериями при их избыточном росте

- ★ Состояние после наложения желудочно-кишечного анастомоза

- ★ Дивертикулы тощей кишки

- ★ Кишечный стаз или обструкция, обусловленная стриктурами

7. Другие причины

- ★ Врожденное отсутствие транскобаламина 11

Причины дефицита фолиевой кислоты

1. Недостаточное поступление

- ◆ Скучный рацион
- ◆ Алкоголизм
- ◆ Нервно-психическая анорексия
- ◆ Парентеральное питание
- ◆ Несбалансированное питание у пожилых
- ◆ Мальабсорбция
- ◆ Болезнь Крона
- ◆ Резекция тощей кишки

2. Увеличение потребности

- ◆ Беременность
- ◆ Гемолитическая анемия
- ◆ Эксфолиативный дерматит и псориаз

3. Нарушения утилизации

- ◆ Алкоголизм
- ◆ Антагонисты фолатов (триметоприм и метотрексат)
- ◆ Врожденные нарушения метаболизма фолатов

Клинические проявления мегалобластных анемий

Поражение ЖКТ

Поражение кроветворной системы

При дефиците вит. В12 -

Поражение нервной системы
(фуникулярный миелоз)

Картина крови

1. Гиперхромная анемия, МСН > 33 пг
2. Макроцитоз (d 9-10 мкм), MCV больше 100 fl.
3. Анизо, пойкилоцитоз.
4. Тельца Жолли, кольца Кебота.
5. Гиперсегментация нейтрофилов.
6. Лейкопения, тромбоцитопения.
7. Ретикулоциты – N или снижены.

Лечение пернициозной

(вит. В12-дефицитной) анемии

Вит. В12 в дозе 200-500-1000 μ ежедневно до нормальных показателей в крови .

Оценка результатов лечения.

1. Субъективное улучшение в первые же дни лечения.
2. Ретикулоцитоз, максимально выраженный (до 20%) на 5-7 день лечения.
3. Прирост гемоглобина и числа эритроцитов со второй недели лечения.
4. Нормализация показателей красной крови, числа лейкоцитов и тромбоцитов через 3-4 недели лечения.

В процессе лечения возможно появление кратковременного высокого тромбоцитоза!

Лечение дефицита фолиевой кислоты

- ◆ Устранение причин, их терапия (миелопролиферативных заболеваний).
- ◆ Фолиевая кислота в дозах, соответствующих степени дефицита (от 1 до 30 мг в сутки).

При высоком риске развития дефицита (беременность, гемолитическая анемия, алкоголизм) может назначаться профилактически (1-5 мг/сутки).