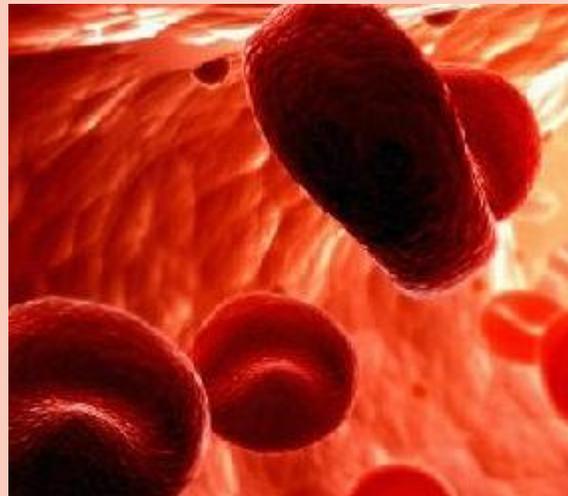


Сестринский уход при анемиях



Вопросы темы

- *Определение понятия "анемия".*
- *Основные группы анемий.*
- *Причины железодефицитной и В-12-дефицитной анемий.*
- *Клинические проявления анемий (железодефицитной и В-12- дефицитной).*
- *Принципы диагностики, лечения и профилактики анемии*

АНЕМИИ

Анемия - это патологическое состояние организма, которое характеризуется уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина в единице крови.

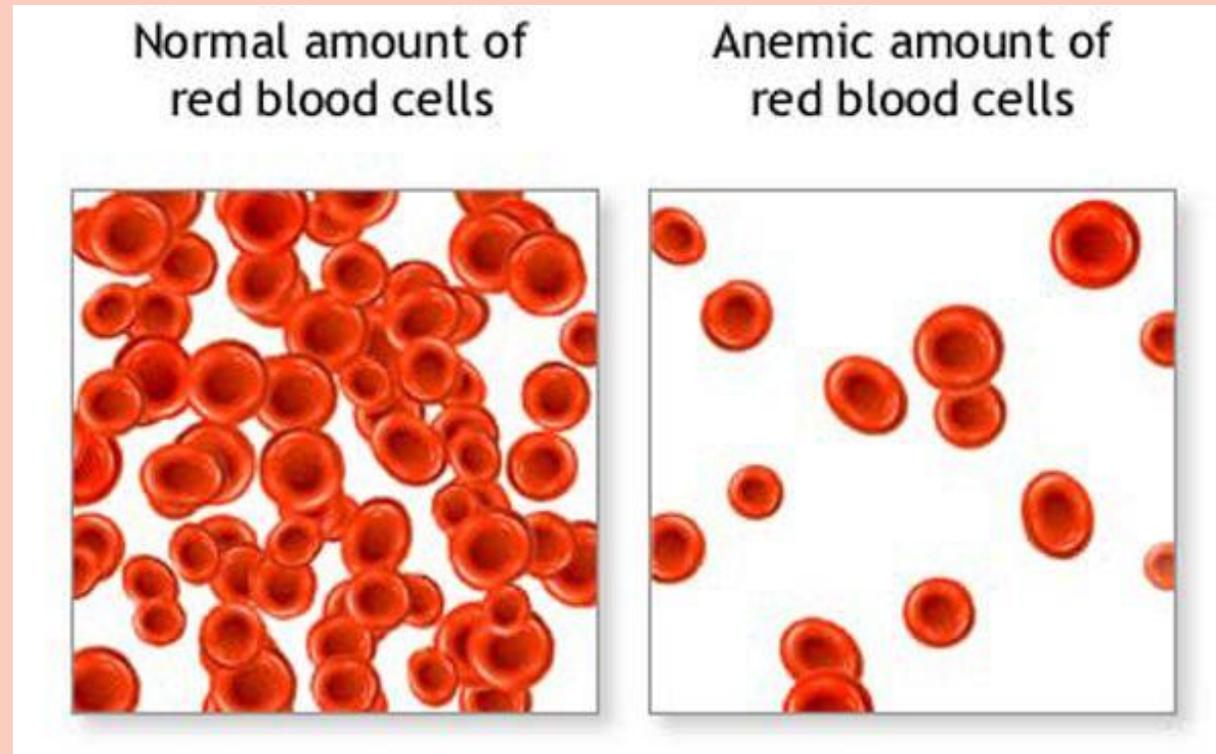
Термин «анемия» без уточнения не определяет конкретного заболевания.

Анемия чаще всего является одним из симптомов различных патологических состояний.



АНЕМИИ

Анемия - клинико-гематологический синдром, обусловленный снижением количества гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови, что приводит к развитию кислородного голодания тканей

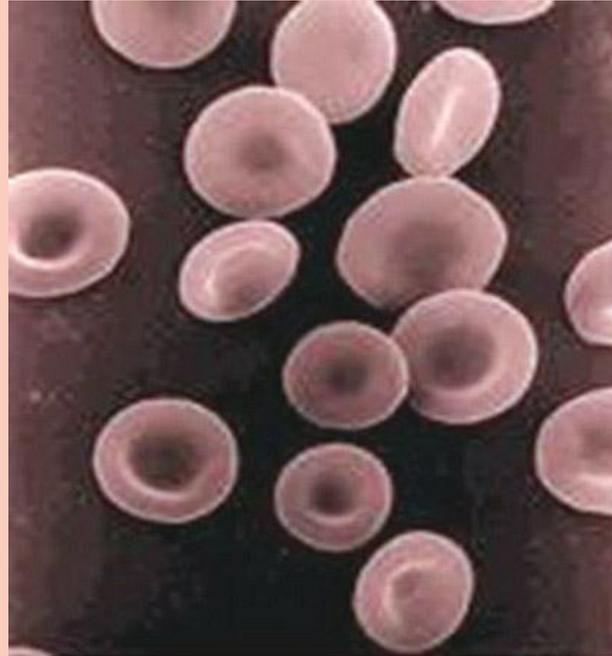


АНЕМИИ

*Показатели гемоглобина
в рамках допустимой
нормы:*

***Взрослые мужчины -
130-160 г/л***

***Взрослые женщины -
120-140 г/л***



ЭРИТРОЦИТЫ

(красные кровяные
тельца крови)

Основная функция
эритроцитов -
перенос
кислорода из
лёгких к тканям тела
и двуокиси углерода
(углекислого газа) в
обратном
направлении.

АНЕМИИ

Степени тяжести

В зависимости от концентрации гемоглобина, принято выделять три степени тяжести малокровия:

- **анемия 1 степени** регистрируется, когда уровень гемоглобина снижается больше, чем на 20% от нормального показателя;
- **анемия 2 степени** характеризуется снижением содержания гемоглобина примерно на 20–40% от нормального уровня;
- **анемия 3 степени** — самая тяжелая форма заболевания, когда гемоглобин снижается больше, чем на 40% от нормального показателя.

АНЕМИИ

Классификация

1. Анемии при кровопотерях (**постгеморрагические**):
 - острая,
 - хроническая
2. Анемии вследствие повышенного кроверазрушения (**гемолитические**)
3. Анемии вследствие нарушенного кровообразования:
 - **Железодефицитные анемии**
 - **В12 (фолиево)-дефицитные**
 - **Гипопластические (апластические):**
4. По цветовому показателю крови различают **гипохромную и гиперхромную анемию.**



АНЕМИИ

Гиперхромная анемия характеризуется высоким цветовым показателем крови (более 1,2).

При гипохромной — количество гемоглобина в крови снижается в меньшей степени, чем количество эритроцитов (гемоглобин — менее 0,9).

В механизме развития ряда анемий общим моментом является понижение регенеративной способности красного костного мозга. Потеря способности костного мозга вырабатывать эритроциты приводит к быстрому нарастанию анемии.

АНЕМИИ

Выделяют следующие наиболее часто встречающиеся формы анемии (классификация по В. Я. Шустова, 1988 г.):

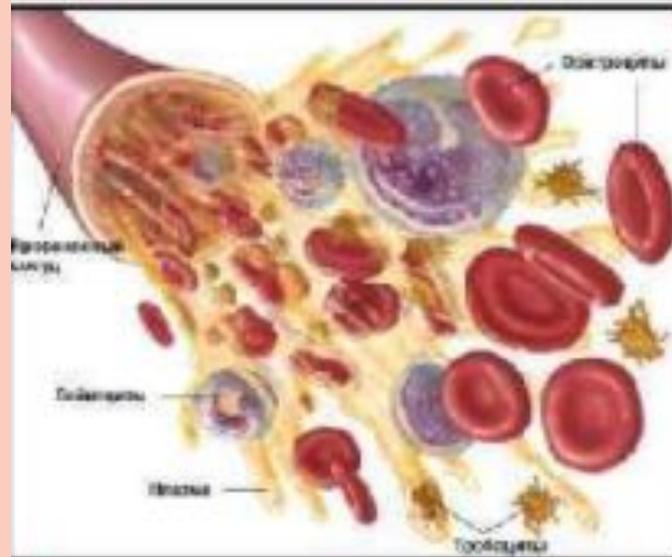
1. **Постгеморрагическая анемия**, возникающая в результате кровопотери (острая и хроническая).
2. **Железодефицитная анемия**, развивающаяся в связи с недостатком в организме железа.
3. **В12-дефицитная анемия**, связанная с недостатком антианемического фактора (цианокобаламина).
4. **Гемолитическая анемия**, возникающая вследствие распада эритроцитов.
5. **Гипопластическая анемия**, развивающаяся при угнетении функции костного мозга.

АНЕМИИ

Постгеморрагические анемии

Причины:

- Внешние травмы, сопровождающиеся повреждением крупных сосудов,
- Кровотечения из внутренних органов (желудочно-кишечные, легочные, маточные, геморроидальные).



АНЕМИИ

Постгеморрагические анемии

Клиническая картина

Складывается из анемических симптомов, связанных с гипоксией, и симптомов коллапса.

Изменения со стороны крови возникают не сразу после кровопотери, а спустя день-два, что объясняется своеобразным характером компенсации при острых кровопотерях.

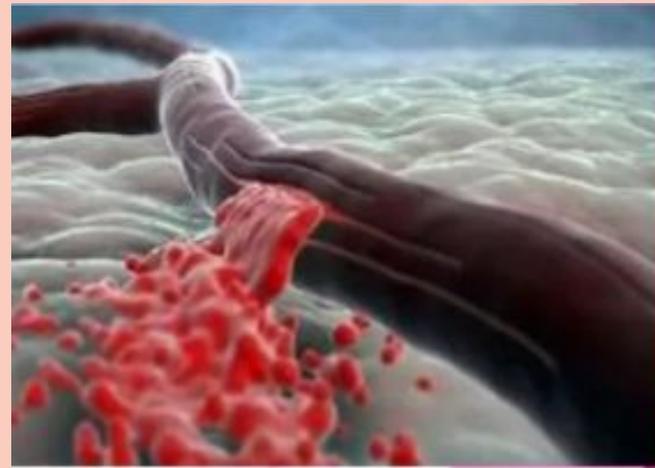


АНЕМИИ

Постгеморрагические анемии

Клиническая картина

Непосредственно после кровопотери показатели красной крови не снижаются (скрытая анемия) в связи с рефлекторным уменьшением общего сосудистого русла и компенсаторным поступлением в кровь депонированной крови. *Это так называемая «рефлекторная фаза компенсации».*

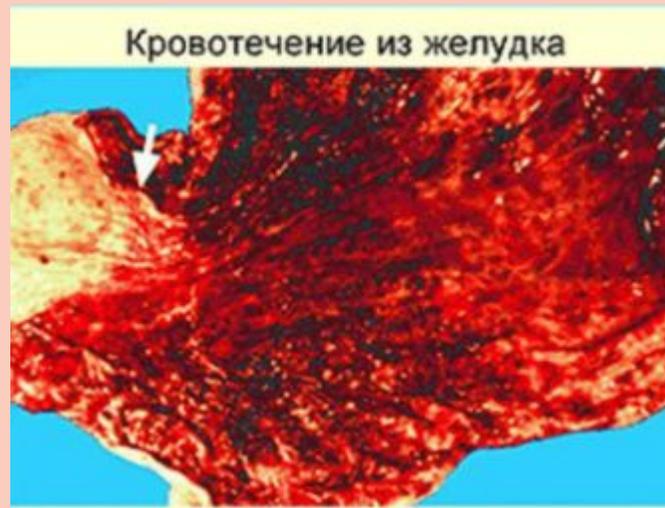


АНЕМИИ

Постгеморрагические анемии

Клиническая картина

Через 1-2 дня наступает *«гидремическая фаза компенсации»*, выражающаяся в обильном поступлении в кровоток тканевой жидкости и восстановлении первоначального объема сосудистого русла. *В этой фазе констатируется анемизация.*



АНЕМИИ

Постгеморрагические анемии

Клиническая картина

Спустя 4-5 дней после кровопотери возникает *ретикулоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз с ядерным сдвигом до метамиелоцитов и миелоцитов и умеренный тромбоцитоз.*

Это *«костномозговая фаза компенсации»*, наступающая в результате повышения содержания эритропоэтина в сыворотке крови.



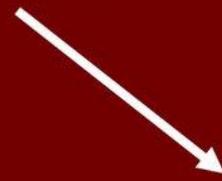
АНЕМИИ

Постгеморрагические анемии

Постгеморрагическая анемия

Острая

Хроническая



АНЕМИИ

Острые постгеморрагические анемии

Клиническая картина: довольно тяжелое общее состояние больного, слабость, головокружение, шум в ушах, одышка, сердцебиение, тяжесть в области сердца, зябкость, нарушение зрения, жажда (обезвоженность тканей), нередко обмороки, а в тяжелых случаях – коллапс.

Отмечаются бледность, светло-голубой оттенок склер, зрачки расширены.



АНЕМИИ

Острые постгеморрагические анемии

Клиническая картина: Пульс частый, слабого наполнения, иногда аритмичный, артериальное давление понижено.

Тургор кожи, температура тела понижены.

При аускультаций сердца отмечается систолический шум (в данном случае - анемический).

ОАК - определяется лейкоцитоз, ретикулоцитоз.

Эритроциты и гемоглобин снижаются только через 4-6 часов после кровопотери. Анемия имеет гипохромный характер.

АНЕМИИ

Хронические постгеморрагические анемии

развивается чаще всего в результате повторных желудочно-кишечных, геморроидальных, маточных кровотечений.

Клиническая картина:

общая слабость, головокружение, одышка, шум в ушах.

При внешнем осмотре отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых, одутловатость лица, пастозность голеней, при выслушивании сердца и сосудов обнаруживается систолический шум.

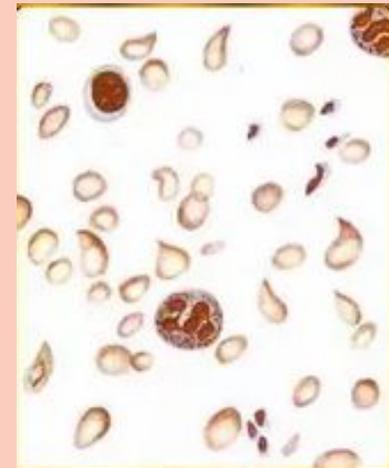
АНЕМИИ

Хронические постгеморрагические анемии

Картина крови

Характерна *гипохромная анемия* – низкий цветной показатель (0,5-0,7), микроанизоцитоз, пойкилоцитоз, шизоцитоз.

Увеличено количество ретикулоцитов до 2-3%, наблюдается лейкопения с относительным лимфоцитозом, количество тромбоцитов нормальное или несколько повышенное.



АНЕМИИ

Постгеморрагические анемии

Лечение:

- Борьба с острой кровопотерей и острой сосудистой недостаточностью
- В качестве заместительной терапии показаны переливания цельной крови или эритроцитарной массы в сочетании с препаратами железа.
- В случае шока вводят кровезаменители – полиглюкин, плазму.



АНЕМИИ

Железодефицитная анемия

- это анемия, обусловленная дефицитом железа в сыворотке крови и костном мозге, что сопровождается нарушением образования гемоглобина и эритроцитов, развитием трофических нарушений в органах и тканях.

Железо является жизненно необходимым элементом для организма, принимающим участие в транспорте кислорода, окислительно-восстановительных процессах, иммунобиологических и защитных реакциях. Особенно велико его значение в гемопоэзе.

АНЕМИИ

Обмен железа в организме

Суточная потребность железа – 18-20 мг, обеспечивается процессами физиологического распада эритроцитов.

Основная масса освобождающегося железа в виде гемосидерина поглощается ретикуло-гистиоцитарной системой и в дальнейшем используется в кроветворении.

Только незначительная часть его (10%) выводится из организма.

Недостающее количество железа пополняется за счет пищевого, обмен которого представляет собой сложный процесс, протекающий в несколько этапов.

АНЕМИИ

Всасывание железа

Для нормального всасывания железа необходимо наличие в желудке свободной соляной кислоты, которая переводит его в закисную форму.

Последняя в тонком кишечнике соединяется с белком апоферритином, образуя железопротеиновый комплекс – ферритин.

В дальнейшем ферритин всасывается в кровь, вступает в связь с β -глобулином и в виде белкового соединения трансферритина транспортируется к костному мозгу и другим кроветворным органам.

АНЕМИИ

ИСТОЧНИКИ ЖЕЛЕЗА

ПРОДУКТ

СОДЕРЖАНИЕ В 100 Г

Сушеные грибы



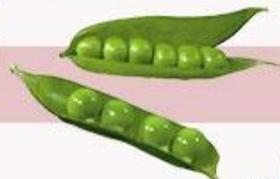
Говяжья печень



Какао



Зеленая фасоль



Земляника



Черника



Крольчатина



Говядина

Яйцо



Морковь



35 мг

20 мг

11,7 мг

7,9 мг

7,8 мг

7 мг

4,4 мг

2,5 мг

1,5 мг

0,7 мг

АНЕМИИ

Железодефицитная анемия

Железодефицитные анемии являются наиболее распространенными и составляют **80%** всех анемий. **700 миллионов** человек на земле заболевают анемией (каждые **5 секунд**), зарегистрировано - **1 млрд.** больных, **30%** из них женщины детородного периода. *Нехватка в организме человека железа связана с рядом причин:* недостаток железа в пище, нарушение всасывания железа в пищеварительном аппарате, хронические кровопотери и др. В результате развивается желездефицитная анемия.

АНЕМИИ

Этиология Fe-дефицитной анемии

- ✓ *Заболевания желудочно-кишечного тракта, проявляющиеся хроническими кровопотерями (язва желудка, рак желудка, рак пищевода и кишечника, эрозивный эзофагит и гастрит, дивертикулез и полипоз кишечника, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, геморрой).*
- ✓ *Заболевания желудочно-кишечного тракта, протекающие с нарушением всасывания железа (резекция тонкого кишечника, энтерит, амилоидоз кишечника).*

АНЕМИИ

Этиология Fe-дефицитной анемии

- ✓ *Заболевания печени и портального тракта с кровотечениями из расширенных вен пищевода.*
- ✓ *Заболевания почек с микро- и макрогематурией.*
- ✓ *Заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь с носовыми кровотечениями, расслаивающая аневризма аорты).*
- ✓ *Заболевания органов дыхания (легочной гемосидероз, болезни легких и бронхов, протекающие с кровотечениями, рак легкого, туберкулез, бронхоэктазы)*

АНЕМИИ

Этиология Fe-дефицитной анемии

- ✓ *Заболевания системы крови (лейкозы и гипопластические анемии, осложненные кровотечениями).*
- ✓ *Геморрагические диатезы (тромбоцитопения, гемофилия, коагулопатии, геморрагический васкулит).*
- ✓ *Гипотиреоз*
- ✓ *Заболевания, сопровождающиеся интоксикацией*

АНЕМИИ

Этиология Fe-дефицитной анемии

- ✓ *Меноррагии и метроррагии*
- ✓ *Беременность и период лактации*
- ✓ *Недостаточное потребление железа с пищей*
- ✓ *Рак любой локализации*
- ✓ *Глистные инвазии*
- ✓ *Чрезмерное донорство*



АНЕМИИ

Симптомы Fe-дефицитной анемии



АНЕМИИ

Клинические проявления Fe-дефицитной анемии

Общеанемические симптомы:

- ✓ *повышенная усталость;*
- ✓ *сердцебиение;*
- ✓ *одышка при нагрузках;*
- ✓ *головокружение;*
- ✓ *шум в ушах;*
- ✓ *сонливость;*
- ✓ *бледность кожи и слизистых;*



АНЕМИИ

Клинические проявления Fe-дефицитной анемии

Изменения сердечно-сосудистой системы:

- ✓ **сердцебиение;**
- ✓ **одышка при физической нагрузке;**
- ✓ **иногда приступы стенокардии;**
- ✓ **снижение артериального давления;**
- ✓ **приглушенность сердечных тонов;**
- ✓ **выслушивается систолический шум на всех точках выслушивания сердца и сосудов.**

АНЕМИИ

Клинические проявления Fe-дефицитной анемии

Сидеропенический синдром:

- *Пикахлоротика* - извращение вкуса, выражающееся в наклонности к употреблению мела, глины, яичной скорлупы, зубного порошка.
- *Извращение запаха* – нравятся запахи бензина, ацетона.
- *Трофические нарушения кожи и слизистых, дисфагия.*

АНЕМИИ

Клинические проявления Fe-дефицитной анемии

Трофические нарушения

- Сухие, ломкие волосы
- Сухая кожа
- *Койлонихии* – ломкие, ложкообразные ногти



АНЕМИИ

Клинические проявления Fe-дефицитной анемии

Рука больной с железодефицитной анемией,
рядом рука здоровой женщины.



АНЕМИИ

Клинические проявления Fe-дефицитной анемии

Бледность кожных покровов



Заеды.



АНЕМИИ

Диагностика Fe-дефицитной анемии

Клинический анализ крови:

- ✓ *Снижение гемоглобина (<130 г/л у мужчин, <120 г/л у женщин)*
- ✓ *Снижение количества эритроцитов (<4x10¹²/л у мужчин, <3,5x10¹²/л у женщин)*
- ✓ *Уменьшение цветного показателя (<0,8)*
- ✓ *Морфологические изменения эритроцитов (преобладание микроцитов, анизоцитоз, пойкилоцитоз)*

АНЕМИИ

Диагностика Fe-дефицитной анемии

Клинический анализ крови:

- ✓ Нормальное содержание *ретикулоцитов*, при значительном кровотечении - может быть повышенным
- ✓ Тенденция к *лейкопении*, при значительной кровопотери возможен *тромбоцитоз*
- ✓ При значительной анемии возможно умеренное повышение *СОЭ* (до 25 мм/ч)

АНЕМИИ

Диагностика Fe-дефицитной анемии

Биохимический анализ крови:

- ✓ *Снижение концентрации сывороточного железа (<13 мкмоль/л у мужчин, <11,5 мкмоль/л у женщин)*
- ✓ *Снижение концентрации ферритина в сыворотке крови (<12 мкг/л)*
- ✓ *Общая железосвязывающая способность сыворотки крови повышена (>70 мкмоль/л)*
- ✓ *Насыщенность ферритина железом снижена (<25%)*

АНЕМИИ

Диагностика Fe-дефицитной анемии

Инструментальные диагностические методы при железодефицитной анемии применяются преимущественно для выявления источника хронической кровопотери:

- **ФГДС;**
- **Колоноскопия;**
- **Ректороманоскопия;**
- **рентгенологическое исследование;**

АНЕМИИ

Диагностика Fe-дефицитной анемии

Инструментальные диагностические методы:

- УЗИ печени, селезенки, органов малого таза и др.
- Аспирационная биопсия костного мозга не является обязательным исследованием для диагностики железодефицитной анемии и проводится лишь по особым показаниям.

АНЕМИИ

Диагностика Fe-дефицитной анемии

С целью выявления факта наличия кровотечения проводятся:

- гинекологическое обследование;**
- исследование мочи;**
- исследование кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена);**
- определение скрытой кровопотери при помощи меченных Cr-эритроцитов;**

АНЕМИИ

Лечение Fe-дефицитной анемии

- Ликвидация причины, вызвавшей дефицит железа.
- Диета с высоким содержанием железа (мясо, печень и др.).
- Длительный прием препаратов железа (4-6 мес.).
- Парентеральные препараты железа (по показаниям).
- Переливания эритроцитарной массы при тяжелой анемии.
- Профилактический прием препаратов железа в группах риска.

АНЕМИИ

Лечебное питание при Fe-дефицитной анемии

Диета, богатая железом:

Лучше всасывается железо из продуктов животного происхождения, лучше из мяса, из печени – хуже.

Рекомендуются продукты:

- говяжье мясо, телятина;
- рыба;
- печень, почки, легкие;
- яйца;
- овсяная и гречневая крупы;
- белые грибы;
- какао, шоколад;
- зелень, овощи;
- горох, фасоль;
- яблоки, персики, изюм, чернослив.

АНЕМИИ

Препараты железа при Fe-дефицитной анемии

Основные группы современных препаратов железа для лечения и профилактики ЖДС

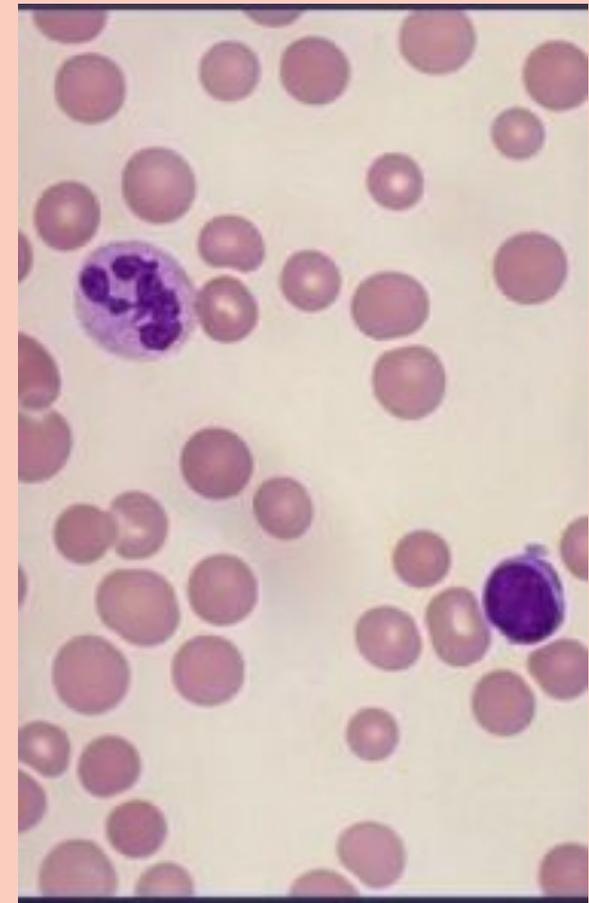
Препараты двухвалентного железа	Препараты трехвалентного железа
<p>Сульфат железа (II)</p> <ul style="list-style-type: none">• Актиферрин• Гемофер пролонгатум• Тардиферон• Ферроплекс (пероральные лекарственные формы)	<p>Железо (III) – гидроксид полимальтозный комплекс</p> <ul style="list-style-type: none">• Мальтофер• Мальтофер Фол• Феррум Лек (пероральные лекарственные формы; раствор для внутримышечного введения)
<p>Хлорид железа (II)</p> <ul style="list-style-type: none">• Гемофер (пероральная лекарственная форма)	
<p>Глюконат железа (II)</p> <ul style="list-style-type: none">• Тотема (пероральная лекарственная форма)	<p>Гидроксид сахарозный комплекс (сахарат железа (III))</p> <ul style="list-style-type: none">• Венофер (раствор для внутривенного введения)
<p>Фумарат железа (II)</p> <ul style="list-style-type: none">• Ферронат (пероральная лекарственная форма)	

АНЕМИИ

В12-дефицитная анемия

В12-дефицитная анемия — хроническое заболевание, которое характеризуется прогрессирующим малокровием, желудочной ахилией и поражением нервной системы.

Раньше это заболевание называли злокачественной анемией (болезнью Аддисона-Бирмера), так как специфического лечения не было и нередко наступал летальный исход.



АНЕМИИ

В12-дефицитная анемия

Причины дефицита В12

- **Нарушение синтеза гастромукопротеина (атрофический гастрит, гастрэктомия, рак желудка, подавление выделения гастромукопротеина алкоголем).**
- **Нарушение всасывания витамина В12 в тонком кишечнике (воспалительные заболевания, резекция, рак, врожденное отсутствие рецепторов к комплексу витамин В12 + гастромукопротеин).**
- **Конкурентный захват витамина В12 (инвазия широким лентецом, дисбактериоз кишечника).**
- **Многолетняя диета, лишенная витамина В12.**

АНЕМИИ

В12-дефицитная анемия

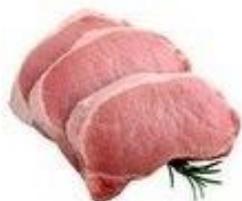
Продукты питания богатые витамином В12
(антианемический витамин, кобаламин, цианокобаламин)

Печень



Витамин В12
(кобаламины): 60 (мкг)
гов
30 (мкг) св., 16,58
(мкг) кур

Свинина



Витамин В12
(кобаламины): 2 (мкг)

Кролик



Витамин В12
(кобаламины): 4,3 (мкг)

Говядина



Витамин В12
(кобаламины): 2,6 (мкг)

Баранина



Витамин В12
(кобаламины): 2 (мкг)

Треска



Витамин В12
(кобаламины): 1,6 (мкг)

Скумбрия



Витамин В12
(кобаламины): 12 (мкг)

Сардина



Витамин В12
(кобаламины): 11 (мкг)

Морской окунь



Витамин В12
(кобаламины): 2,4 (мкг)

Карп



Витамин В12
(кобаламины): 1,5 (мкг)

Осьминог



Витамин В12
(кобаламины): 20 (мкг)

Краб



Витамин В12
(кобаламины): 1 (мкг)

**Сыр
голландский**



Витамин В12
(кобаламины): 1,4 (мкг)

Яйцо куриное



Витамин В12
(кобаламины): 0,5 (мкг)

Сметана



Витамин В12
(кобаламины): 0,4 (мкг)

АНЕМИИ

В12(фолиево)-дефицитная анемия

Причины дефицита фолиевой кислоты:

- ✓ Ограничение поступления с пищей продуктов, содержащих фолиевую кислоту.
- ✓ Нарушение всасывания в тонком кишечнике (резекция тонкого кишечника, болезнь Крона, энтериты, злоупотребление алкоголем).
- ✓ Прием лекарственных препаратов (метатрексат, аналоги пурина, дефинин).
- ✓ Повышение потребности (хронический гемолиз эритроцитов, беременность, период новорожденности).

АНЕМИИ

В12(фолиево)-дефицитная анемия

Продукты питания богатые витамином В9
(фолат, фолиевая кислота, фолацин)

Арахис



Витамин В9 (фолиевая):
240 (мкг)

Печень



Витамин В9 (фолиевая):
240(мкг)гов., 225(мкг) св.
240 (мкг)кур.

Фасоль



Витамин В9 (фолиевая):
90 (мкг)

Шпинат



Витамин В9
(фолиевая): 80 (мкг)

Грецкий орех



Витамин В9 (фолиевая):
77 (мкг)

Фундук



Витамин В9 (фолиевая):
68 (мкг)

**Капуста
брокколи**



Витамин В9 (фолиевая):
63 (мкг)

Салат



Витамин В9 (фолиевая):
48 (мкг)

Черемша



Витамин В9
(фолиевая): 40 (мкг)

Миндаль



Витамин В9 (фолиевая):
40 (мкг)

Ячневая крупа



Витамин В9 (фолиевая):
40 (мкг)

**Белый гриб
(боровик)**



Витамин В9 (фолиевая):
40 (мкг)

Шампиньон



Витамин В9 (фолиевая):
30(мкг)

Хрен



Витамин В9
(фолиевая): 37 (мкг)

Лук-порей



Витамин В9 (фолиевая):
32 (мкг)

Клиническая картина В12(фолиево)-дефицитной анемии

Жалобы:

- слабость, быстрая утомляемость;
- головные боли;
- сердцебиение;
- одышка при движениях;
- отрыжка;
- тошнота, диарея;
- жжение в кончике языка;
- парестезии, похолодание конечностей, шаткость походки.

Клиническая картина В12(фолиево)-дефицитной анемии

Диспептический синдром: края и кончик языка ярко-красного цвета с наличием трещин и афтозных изменений, позже язык становится гладким, лакированным, сосочки сглаживаются. Вследствие атрофии желудка развивается ахилия, в связи с ней – поносы; увеличение печени, иногда селезенки.



Клиническая картина В12(фолиево)-дефицитной анемии

Кардиальный синдром: появляется тахикардия, гипотония, увеличение размеров сердца, глухость тонов, систолический шум на верхушке сердца.

Неврологический синдром: парестезии, понижение сухожильных рефлексов, нарушение глубокой и болевой чувствительности, а в тяжелых случаях – параплегия и расстройство функции тазовых органов. В исключительных случаях наблюдается нарушение психики в результате дегенеративных изменений в головном мозгу.

Диагностика В12(фолиево)-дефицитной анемии

Лабораторные данные

Клинический анализ крови:

- 1. Цветной показатель $>1,1$.**
- 2. Увеличение диаметра эритроцитов (макроцитоз).**
- 3. Анизоцитоз.**
- 4. Сохранение остатков ядра эритроцитов (тельца Жолли, кольца Кебота).**
- 5. Ретикулоцитопения.**
- 6. Лейкопения, гиперсегментация нейтрофилов.**
- 7. Тромбоцитопения.**

Диагностика В12(фолиево)-дефицитной анемии

Биохимический анализ крови:

1. Возможна неконъюгированная гипербилирубинемия.
2. Возможно повышение в крови ферментов ЛДГ1 и ЛДГ2 (лактатдегидрогеназы).

Миелограмма:

1. Гиперплазия красного кровяного ростка.
2. Появление мегалобластов в костном мозге.
3. Гиперсегментация нейтрофилов.

Иммунологический анализ крови:

выявление антител к париетальным клеткам желудка, к гастромукопротеину или комплексу «витамин В12+гастромукопротеин».

Диагностика В12(фолиево)-дефицитной анемии

Анализ мочи и кала

при развитии гемолиза - в моче появляется уробилин, в кале увеличивается стеркобилин.

Тест Шилинга – позитивный.

При проведении теста больной принимает внутрь витамин В12, меченный ^{60}Co . Через час вводится витамин В12 в/м для насыщения печеночного депо.

Позитивный тест - снижение экскреции радиоактивного витамина с мочой - указывает на нарушение всасывания витамина В12 в кишечнике.

Диагностика В12(фолиево)-дефицитной анемии

Инструментальные исследования:

Эзофагогастродуоденоскопия - диффузный атрофический гастрит, дуоденит, реже - атрофический эзофагит.

Исследование желудочной секреции - резкое уменьшение количества желудочного сока, снижение соляной кислоты и пепсина.

Диагностика В12(фолиево)-дефицитной анемии

Инструментальные исследования:

УЗИ печени и селезенки - незначительное увеличение размеров селезенки, иногда - печени.

Рентгеноскопия желудка - нарушение эвакуаторной функции, уплощение и сглаженность складок слизистой оболочки желудка.

Лечение В12(фолиево)-дефицитной анемии

К лечению В12-дефицитной анемии можно приступать только после верификации диагноза по данным миелограммы.

Лечение осуществляется при помощи в/м инъекций витамина В12 (цианокобаламин 0,02% 2 мл или 0,05% 1 мл 1 раз в сутки).

Курс лечения - 4-6 недель.



Лечение В12(фолиево)-дефицитной анемии

Переливания эритроцитарной массы осуществляется только по жизненным показаниям (кома, уровень гемоглобина < 50 г/л, сердечная недостаточность).

Лечение В12-дефицитной анемии проводится на протяжении всей жизни (в/м инъекции 2 раза в месяц).



Лечение В12(фолиево)-дефицитной анемии

Фолиеводефицитная анемия: лечение

I. Режим:

устранение причин и/или их лечение.

II. Лечебное питание:

сырые овощи и фрукты.

III. Медикаментозное лечение:

фолиевая кислота (в дозах, соответствующих степени дефицита от 1 до 3 мг/сут.).

При высоком риске развития дефицита (у беременных) – профилактический прием в дозе 1-5 мг/сут.

Профилактика анемий

Первичная профилактика анемий заключается:

- в рациональном питании с раннего детского возраста (грудное вскармливание);
- в своевременном лечении острых и хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки;
- в урежении случаев резекции желудка;
- в качественном лечении гельминтозов;
- в лечении обильных кровопотерь в менструальный и климактерический периоды у женщин.

Профилактика анемий

Вторичная профилактика ЖДА — диспансеризация, пациентов гематологом с регулярным контролем ОАК и проведением курсов противорецидивного лечения препаратами железа.

Вторичная профилактика В12(фолиево)дефицитной анемии — диспансерный учет, наблюдение за состоянием пациентов, ОАК. Вводят витамины В12 два раза в месяц, осенне-весенние периоды — 1 раз в неделю, периодически — гастроскопии или рентгеноскопии желудка.