

ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ КРИЗ

Выполнила студентка П- 402 В
группы Габдуллина Л. Д.

ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ КРИЗ

- Клинико – гематологический синдром, характеризующийся массивным разрушением эритроцитов с возникновением нормохромной гиперрегенераторной анемии, желтухи и гиперкоагуляции



ЭТИОЛОГИЯ

- Трансфузии препаратов крови, несовместимой по системе АВО и резус-фактору или крови с истекшим сроком хранения
- Токсическое повреждение эритроцитов тяжелыми металлами (свинец, ртуть), гемолитическими ядами, алкоголем
- Прием некоторых лекарств (НПВС, противотуберкулезные препараты, сульфаниламиды)

ЭТИОЛОГИЯ

- Механическое повреждение эритроцитов: при длительной ходьбе в неудобной обуви («маршевая» гемоглобинурия), выраженных перепадах атмосферного давления, протезах клапанов сердца.
- Малярия
- Злокачественная артериальная гипертония
- Заболевания крови (аутоимунная и наследственная гемолитическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура, лейкозы)

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

- ПРИ ЛЕГКОМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОМ КРИЗЕ:

Неспецифические симптомы:

- головная боль, головокружение, слабость
- одышка
- тахикардия
- снижение АД
- озноб
- лихорадка
- боли в поясничной области, сердце, мышцах, КОСТЯХ

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Специфические симптомы:

- «лимонная» желтуха
- бурая моча
- темный кал
- гепатоспленомегалия

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

- В ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ:
 - Острая почечная недостаточность
 - Острая сердечная недостаточность
 - Остро возникшая анемия вплоть до анемической комы

ГЕМОЛИЗ

- ВНУТРИСОСУДИСТЫЙ(острые гемолитические анемии, анемия Маркиафавы- Микели)
- ВНУТРИКЛЕТОЧНЫЙ(хронические иммунные гемолитические анемии, микросфероцитоз, гемоглобинопатии)

ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ

- Нормохромная гиперрегенераторная анемия
- Гиперплазия костного мозга с омоложением
- Повышение содержания непрямого билирубина
- Гипергемоглобинемия
- Высокое содержание сывороточного железа
- Гемоглобинурия
- Уробилиноген и стеркобилин в кале

ЛЕЧЕНИЕ. ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП

- Устранение этиологического фактора
- Уложить больного, согреть
- Ингаляции кислорода, контроль ЧД, ЧСС, АД
- Кардиотоники: кордиамин по 1-2 мл в/в , мезатон 1% по 1-2 мл в/в
- Наркотические анальгетики(при выраженном болевом синдроме, при трансфузии несовместимой по группе и резус-фактору крови): промедол 1-2% по 1-2 мл подкожно
- ГКС(при иммунном и посттрансфузионном гемолизе): преднизолон до 220-240 мг в/в струйно

ЛЕЧЕНИЕ. ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП

- Постельный режим
- Ингаляции кислорода
- Гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез(при нарастании ОПН)
- Возмещение ОЦК, снижение вязкости крови, уменьшение агрегации эритроцитов, внутрисосудистой коагуляции: в/в капельно реополиглюкин или реоглюман по 400-800 мл, физраствор или р-р Рингера 1,0-1,5 л, р-р альбумина 10% по 150-200 мл (под контролем ЦВД)

- Антикоагулянты: гепарин по 100000 ЕД в/в кап.
- Дезинтоксикация: полидез по 80-1000 мл/сутки в/в кап.; энтеродез по 5,0 г в 100 мл кипяченной воды внутрь 3 р/д; гемодез по 400-800 мл в/в кап.
- Мочегонные средства: фуросемид по 80-20 мг в/в + эуфиллин 2,4% 5 мл.
- Для ликвидации ацидоза: бикарбонат натрия 4% по 200-400 мл в/в; дисоль, трисоль, ацесоль.
- Глюкокортикостероидная и иммуноглобулиновая терапия: при иммунных анемиях резкой гипотонии и развитии шока - преднизолон по 1,0-1,5 мг/кг в/в, повторно через 3+4 часа в той же дозе; иммуноглобулин в дозе 1 мг/кг в течение 5 дней в/в.
- При резистентности к преднизолону и иммуноглобулину: ритуксимаб(мабтера) - химерные человеческие моноклональные антитела против CD20. Вводят в/в 1 раз в неделю по 375 мг/м² до 8 раз на курс лечения; тимодепрессин в/м по 1-2 мл/сут 7 дней.

- Устранение анемии (при снижении гемоглобина до 40 г/л и ниже): эритроцитарная масса по 150-200 мл в/в; переливание индивидуально подобранных , отмытых или размороженных эритроцитов;рекормон по 1000-5000 ЕД.
- Предупреждение развития гемосидероза (при повторных гемолитических кризах): десфераль в/в кап. по 500-1000 мг/сут.
- По показаниям - спленэктомия (наследственный микросфероцитоз, хронические аутоиммунные гемолитические анемии, энзимопатии).

Спасибо за внимание!