

ТИПЫ КРОВОТОЧИВОСТИ

Выполнила Плотникова Анастасия МЛ 502

ВВЕДЕНИЕ

- Склонность к кровотечениям
- Причины кровоточивости:
 1. Травматизация
 2. Нарушения в системе гемостаза: наследственные (гемофилии, тромбоцитопатии) и приобретенные (иммунные тромбоцитопении, системные микротромбоваскулиты, ДВС, нарушение синтеза факторов протромбинового комплекса вследствие патологии печени, передозировка антикоагулянтов итд

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Гематомный тип
- Петехиально-синячковый
- Смешанный синячково-гематомный
- Васкулитно-пурпурный
- Микроангиопатический

ГЕМАТОМНЫЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

Характеризуется обширными, напряженными, очень болезненными кровоизлияниями в подкожную клетчатку, мышцы, суставы, под надкостницу и профузными кровотечениями из мест порезов и других травм, почечными, носовыми и желудочно-кишечными кровотечениями.

Особо характерно поражение опорно-двигательного аппарата — **дефигурация суставов**, ограничение подвижности в них, атрофия мышц конечностей, хромота и т.д. Такой тип кровоточивости характерен в основном для **гемофилий А и В**.



ПЕТЕХИАЛЬНО-СИНЯЧКОВЫЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

Характеризуется появлением **точечных кровоизлияний** в кожу и «синяков» при незначительных ушибах, в местах давления и трения одежды, в местах инъекций, при измерении АД. Эти кровоизлияния поверхностны, безболезненны, не напряжены; могут наблюдаться также спонтанные носовые кровотечения. Положительны пробы щипка, жгута, баночная, инъекционная и удлинено время капиллярного кровотечения (проба Дьюка и др.), тогда как время свертывания крови, как правило, не удлиняется (отличие от гематомного типа).

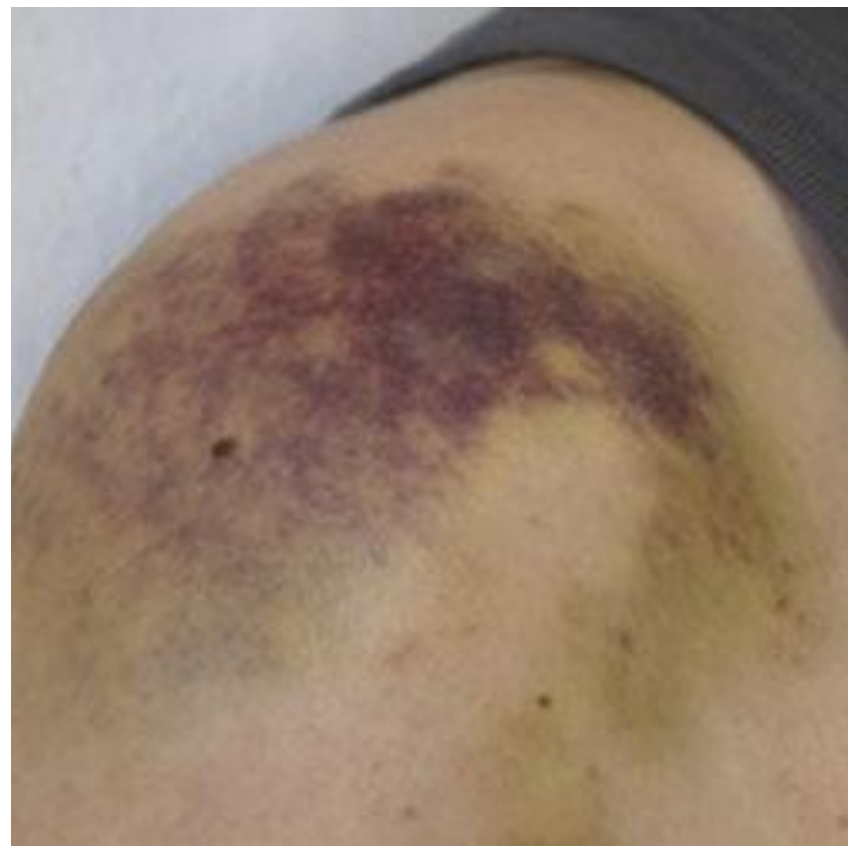
Характерна для **тромбоцитопений**, качественных **дефектов тромбоцитов**, легких форм **болезни Виллебранда**, **гиповитаминоза С**, дисфункций тромбоцитов эндокринного (дизовариального) генеза. В связи с вторичной патологией тромбоцитов и их дефицитом она наблюдается также при **острых лейкозах, анемиях апластических, уремии**.



СМЕШАННЫЙ СИНЯЧКОВО-ГЕМАТОМНЫЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

наблюдается при дефиците факторов протромбинового комплекса (факторов II, VII, X и У), передозировке антикоагулянтов непрямого действия или отравления ими (ведущий лабораторный признак — снижение протромбинового индекса), передозировке гепарина или препаратов фибринолитического действия (стрептокиназа и др.), болезни Виллебранда и ДВС-синдроме (при этих формах нарушаются все показатели гемокоагуляции).

Для данного типа кровоточивости характерно первоначальное появление синячков, а затем гематом (чаще в подкожной и забрюшинной клетчатке, нередко с парезом кишечника).



ВАСКУЛИТНО-ПУРПУРНЫЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

характеризуется появлением **симметричных геморрагий** на **воспалительной** основе (диаметром до 0,5-1 см) на **нижних конечностях**, реже — на верхних и в области нижней части туловища (ягодицы).

Одновременно могут возникать **крапивница**, **артралгии**, острая боль в животе с кишечным кровотечением — **меленой** (абдоминальная форма), признаки **гломерулонефрита** (эритроциты, белок и цилиндры в моче, отечность лица). Такой тип кровоточивости характерен для **геморрагического васкулита** (болезни Шейнлейна — Геноха) и некоторых других системных васкулитов иммунного или вирусного генеза.



МИКРОАНГИОПАТИЧЕСКИЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ

характерен для болезни Рандю-Ослера и других видов телеангиэктазии. При этом часто обнаруживается семейный (наследственный) тип кровоточивости, у подавляющего большинства больных болезнь начинается в возрасте старше 6-10 лет с повторяющихся, подчас весьма упорных носовых кровотечений (нередко длительно из одной и той же ноздри); возможна кровавая рвота (цвета кофейной гущи) как вследствие заглатывания крови, так и из-за частого образования ангиом и артериовенозных фистул в слизистой оболочке желудка. Такие же ангиомы могут образовываться в легких, почках, мозге и других органах.

Выявление на коже, в области губ и на слизистых оболочках узловатых или паукообразных мелких ангиом и артериовенозных фистул в слизистой оболочке желудка. Такие же ангиомы могут образовываться в легких, почках, мозге и других органах.

Выявление на коже, в области губ и на слизистых оболочках узловатых или паукообразных мелких ангиом позволяет поставить диагноз. Но возможен и вторичный ангиоматоз вследствие эндокринных расстройств при циррозах печени и других заболеваниях.





спасибо за