

Принципы лечения и ухода при анемиях, лейкозах, геморрагических диатезах

Анемия -

АНЕМИЯ – это клинико-гематологический синдром, характеризующийся снижением общего количества гемоглобина в единице объема крови (часто, с параллельным снижением количества эритроцитов).

- Для различных видов анемий характерны качественное изменение эритроцитов крови, степени их зрелости, размеров, формы, окраски, структуры и биохимических свойств.
- Термин «анемия» без детализации не определяет конкретного заболевания, а указывает на изменение в анализах крови.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖДА

- 1. Диета: лучше всего всасывается железо, входящее в состав гема, поэтому больным ЖДА прежде всего рекомендуются мясные продукты.
- 2. Невозможно устранить ЖДА без препаратов железа, так как всасывание железа из пищи ограничено (максимум 2, 5 мг/сутки). Из препаратов железа всасывается в 15 -20 раз больше.
- 3. ЖДА следует лечить препаратами для перорального приема, так как парентеральные препараты могут вызывать тяжелые аллергические реакции, при внутримышечном введении – инфильтраты и абсцессы, при ошибочном диагнозе ЖДА – отложение железа в печени, поджелудочной железе, мышце сердца, надпочечниках, половых органах (сидероз).
- 4. Внутрь назначают препараты, которые по возможности не вызывают диспепсические расстройства.
- 5. Препараты железа лучше назначать до еды и сочетать с небольшими дозами аскорбиновой кислоты, так как она улучшает всасывание железа.
- 6. Препараты железа в терапевтической дозе принимают до восстановления уровня гемоглобина (120 г/л и более). В последующем лечение продолжается еще 1 -3 месяца до восполнения запасов железа в депо (до нормализации концентрации сывороточного ферритина), при этом суточная доза препарата уменьшается в 2 -3 раза (50 -100 мг элементарного железа).
- 7. Нет смысла дополнительно назначать витамины В 12, В 6, фолиевую кислоту.
- 8. Инъекционно железо вводится только по показаниям (обострение ЯБЖ , резекция и воспаление тонкого кишечника).
- 9. При ЖДА без жизненных показаний не стоит прибегать к переливанию крови (к жизненным показаниям относятся тяжелое общее состояние больного, нарушения гемодинамики, подготовка к оперативному вмешательству, уровень гемоглобина ниже 40 -50 г/л).

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

- 1. Полноценное питание.
- 2. Дегельминтизация.
- 3. Витамин В 12 (цианкобаламин) 1000 мкг 1 раз в сутки в/м 4 -5 недель.
- 4. Динамика лабораторных показателей: ретикулоцитарный криз на 5 -8 день.
- 5. Пожизненные поддерживающие дозы витамина В 12 (500 мкг в месяц).
- 6. Эритроцитарная масса строго по жизненным показаниям;
- 7. Фолиевая кислота: 5 -10 мг/сутки в течение 3 -4 месяцев. Приём поддерживающих доз.

Лечение апластической анемии

- Принципы лечения:
- 1. Коррекция цитопенического синдрома и костномозговой недостаточности
- 2. Борьба с инфекционными осложнениями.
- 3. Трансплантация костного мозга показана лицам молодого возраста, особенно с тяжелыми, прогностически неблагоприятными формами болезни

Лечение апластической анемии

Вначале отменяют все лекарственные средства, к которым у больного имеется индивидуальная повышенная чувствительность и которые могут быть причастны к развитию анемии.

∅ При тяжелой анемии проводят заместительные трансфузии отмытых эритроцитов, при выраженной тромбоцитопении и геморрагиях – переливания тромбоцитарной массы (лучше от одного донора).

∅ При инфекционных осложнениях применяют антибиотики широкого спектра действия.

∅ Кортикостероидные гормоны, в частности преднизолон должны быть применены для лечения у всех больных апластическим синдромом, так как в части случаев применение их оказывает хороший терапевтический эффект. При этом дозы преднизолона должны быть достаточно велики (60 - 100 мг в сутки).

Лечение апластической анемии.

- Спленэктомия
- ∅ Широко применяется для лечения апластического синдрома.
- ∅ Эффект спленэктомии, по всей вероятности, связан с тем, что селезенка - основной лимфоидный орган. В ней вырабатываются антитела, содержатся лимфоциты, участвующие в клеточных цитотоксических реакциях.
- ∅ Эффект спленэктомии при апластическом синдроме наступает не сразу (через 2 – 5 мес после операции) и не более чем у половины больных.
- ∅ Спленэктомия показана при менее тяжелых формах болезни – отсутствии большой кровоточивости и признаков сепсиса.
- ∅ После спленэктомии проводят лечение анаболическими гормонами (неробол по 20 мг/сут, анаполон по 200 мг/сут в течение полугода).

Лечение гемолитических анемий

- Спленэктомия, оказывается эффективной в 100 % случаев у больных наследственным микросфероцитозом
- Спленэктомия показана при частых гемолитических кризах, в резкой анемизации больных, в инфарктах селезенки, в приступах печеночной колики.
- При наличии соответствующих показаний в некоторых случаях одновременно со спленэктомией может быть произведена холецистэктомия

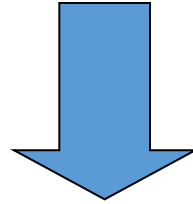
Лечение гемолитических анемий

1. Показаны гемотрансфузии отмытыми эритроцитами
2. Введение хелатора десферала (суточная доза 250 -500 мг.), способствующего экскреции с мочой значительного количества железа, Назначают препараты, необходимые при напряженном эритропоэзе, в частности фолиевую кислоту и витамин В 12, другие витамины группы В /В 1, 6, 15/ и витамин Е.
3. Применение глюкокортикоидов считается неоправданным.
4. Применяются средства, способствующие увеличению восстановленного глутатиона в эритроцитах, количество которого снижается при гемолитических кризах, ксилит по 0, 25 -0, 5 г. 3 раза внутрь.
5. Одновременно дается фенобарбитал (или зиксорин) в суточной дозе в зависимости от возраста в течение 10 дней. Фенобарбитал, обладает билирубинконъюгирующим действием, индуцирует глюкуронилтрансферазную систему печен

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОЗОВ

1. Подавление лейкемической пролиферации:

Препараты	Показания
Антиметаболиты: пуриновые (6-меркаптопурин) пиримидиновые (цитозин-арабинозид) фолиевой кислоты: метотрексат (аметоптерин)	Острый лимфобластный лейкоз, бластный криз при хроническом миелоидном лейкозе. Острый миелобластный и недифференцированный лейкоз. Острый лимфобластный и недифференцированный лейкоз.
Антимитотические: винкристин, винбластин	Острый лимфатический лейкоз
Алкилирующие хлорэтиламины: циклофосфан, допан лейкеран, дегранол	Острый лимфобластный и хронический лимфатический лейкоз. Хронический лимфатический лейкоз.
Антибиотики: рубомицин	Острый лимфобластный и миелобластный лейкоз



Препараты	Показания
Производные сульфоновой кислоты: миелосан, миелобромол	Хронический миелоидный лейкоз
Ферменты: L-аспаргиназа	Острый лимфобластный и миелобластный лейкоз
Стероидные гормоны: преднизолон	Острый лейкоз, кризы
Лучевая терапия	Спленомегалия, опухолевые формы
Операция: Спленэктомия	Спленомегалия, гиперспленизм

2. **Лечение инфекционных осложнений:** антибиотики, гамматлобулин, асептика, уход за кожей и слизистыми оболочками.

3. **Борьба с анемией:** переливание крови, эритроцитной массы.

- витамины, препараты железа.

4. **Борьба с кровотечениями:** переливание свежей крови, плаз-:мы, тромбоцитной массы.

5. **Стимуляция иммунологической защиты в стадии индуцированной гипоплазии кроветворения:** введение иммуноглобулинов, иммунокомпетентных клеток (лимфоцитов, подсадка лимфоидных органов, костного мозга).

6. **Выведение из организма лейкозных клеток (цитоферез).**

Схема лечения лейкозов

Стадия	Миелолейкоз	Лимфолейкоз
Начальная	Первично-сдерживающая терапия (миелосан 2 — 4 мг 1 раз в 7— 10 дней) амбулаторно	Общеукрепляющие мероприятия, наблюдение
Развернутая	Курсовая химиотерапия Миелосан Миелобромол Допан Лучевое лечение	Курсовая химиотерапия Цитостатики (лейкеран, циклофосфан, дегранол). Спленэктомия. Лучевое лечение
Бластный криз	Полихимиотерапия	Преднизолон
Терминальная	Полихимиотерапия Симптоматическое лечение	Симптоматическое лечение

Принципы лечения некоторых видов геморрагических диатезов

1. Тромбоцитопеническая пурпура.
А. Патогенетическое: а) при неиммунных формах - спленэктомия;
б) при иммунных формах - кортикостероидные гормоны, цитостатики, аминокапроновая кислота, андроксон.
Б. Симптоматическое: хлорид кальция, рутин, аскорбиновая кислота, тромбовзвесь, плазмаферез.
2. Гемофилия (А,В,С). А.
Патогенетическое: переливание свежей или антигемофильной плазмы, введение концентратов факторов VIII, IX, XI. Б.
Симптоматическое: аскорбиновая кислота, хлорид кальция и др.
3. Геморрагический васкулит.
А. Этиологическое: борьба с инфекцией, интоксикацией, устранение применения некоторых лекарственных препаратов, продуктов.
Б. Патогенетическое: гепарин в суточной дозе 300-400 ЕД/кг, антигистаминные препараты, витамин С, при наличии абдоминального и почечного синдромов-кортикостероидные гормоны, цитостатики, при отсутствии эффекта-плазмаферез.

Геморрагический васкулит: лечение

- В общем геморрагический васкулит относится к самолимитирующимся заболеваниям.
- Пурпура: лечение не требуется.
- Терапия суставного синдрома: НПВП, глюкокортикостероиды применяются редко.
- Тяжелое поражение почек и ЦНС: агрессивная иммуносупрессивная терапия (глюкокортикостероиды, цитостатики, внутривенный иммуноглобулин, плазмаферез).