

ПРОЦЕНКА НА АНЕМИЈА КАЈ ВОЗРАСНИ

- Основи
- Основни принципи
- Механизми на анемија
- Дијагностички процедури
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Анемијата е најчесто нарушување на крвта кое се среќава во амбулантите, железо дефицитна анемија е најчестата форма на анемија, а анемијата асоцирана со хронично заболување (секундарна анемија) е втората по зачестеност форма.
- Основните прашања во проценката на анемијата се:
 1. Кој е типот на анемија (според вредностите на MCV одредени со автоматски бројач?)
 - Микроцитна (MCV < 80 фл)
 - Нормоцитна (MCV < 80- 100 фл)
 - Макроцитна (MCV > 100 фл)
 2. Кој е механизмот (намалена продукција или зголемена деструкција на еритроцитите)?
 3. Која е дијагнозата: патофизиологијата и основна причина за анемијата?

ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ

- Според WHO критериуми за анемија се:
 - Деца; хемоглобин < 110 г/л
 - Жени; хемоглобин < 120 г/л, а во тек на бременост хемоглобин < 110 г/л
 - Мажи; хемоглобин < 130 г/л
- Сепак, дури и пониски вредности на хемоглобинот може да се нормални. На пример, 2.5-97.5 процентен референтен интервал од 117-155г/л за жени неодамна е потврден во Финска.
- Преваленцата на анемија варира значително во зависност од практичниот пристап кон неа. Почеста е кај жени и често е “втора дијагноза”. Одредување на хемоглобинот е честопати рутинска анализа.
- Во многу серии на пациенти дефицитот на железо е најден како најчеста причина за анемијата (околу 50% од пациентите во амбуланта)
- Анемијата не е конечна дијагноза, туку е симптом. причината за овој симптом, односно основната болест мора да се одреди.
- Намалувањето на хемоглобин кај пациент за повеќе од 20г/л од неговото/нејзиното нормално ниво исто така може да се смета за симптом, дури и ако вредностите на хемоглобинот сеуште се во референтни вредности.

МЕХАНИЗМИ НА АНЕМИЈА

- Анемијата може да резултира од зголемена деструкција на еритроцитите (хеморагии или хемолизи), намалена продукција на еритроцити во коскената срцевина или и од двете.

1. Одредување на ЦРП недостапно за лекарите ПЗЗ

2. Одредување на ретикулоцити не се изведува рутински на ниво на ПЗЗ и СЗЗ

ДИЈАГНОСТИЧКИ ПРОЦЕНКА

- Морфолошката проценка на анемиите според средниот корпускуларен волумен на еритроцитите (МЦВ) е едноставен и практичен пристап за проценка на анемијата.
- Кога е одреден хемоглобинот најчесто се одредува и МЦВ
- Кога хемоглобинот е одреден поради суспектна анемија, треба да се одреди и еритроцитната седиментација (ЕС), С-реактивниот протеин (CRP)¹, леукоцити, МЦВ и вредностите на ретикулоцитите² во исто време.

Класификација според вредностите на МЦВ

- Микроцитна (МЦВ<80 фл)
 - Железо дефицит
 - Секундарни анемии (кај мал број случаи)
 - Таласемии.
- Нормоцитна (МЦВ<80- 100 фл)
 - Секундарна анемија (во повеќето случаи)
 - Хемолитична анемија (во повеќето случаи)
 - Акутна хеморгаија
- Апластична анемија или инфилтрација на коскена срцевина.
- Макроцитна (МЦВ>100 фл)
 - Витамин Б-12 дефицит
 - Дефицит на фолати
 - Крвозагуба (>2 дена претходно преку хемолиза или крварење; назначена ретикулоцитоза)
 - Хепатални болести
 - Тежок алкохолизам
 - Други (миелодисплазија, малигни хематолошки болести, хипотиреоидизам)
 - Макроцитоза без анемија (види за Макроцитози).

ДИЈАГНОЗА

- Доколку анемијата е микроцитна, не може да се најде основна болест и ЕС не е покачена, најверојатна е железо дефицитна анемија (види Железо дефицитна анемија). Преваленцата на таласемичните синдроми сепак треба да се земе во предвид.
- *Макроцитоза* асоцирана со анемија најчесто е асоцирана со мегалобластна анемија (види Мегалобластна анемија).
- *Нормоцитна* анемија најчесто е асоцирана со хронични болести, т.е. е секундарна по природа (види Секундарни анемии). Кај нормоцитна анемија ретикулоцитоза е силен индикатор за крварење или хемолиза, види Хемолитичка анемија, додека ретикулоцитопенија укажува на нарушена еритроидна продукција (т.е. секундарна анемија).
- *Иследувањето на коскената срцевина* ретко е потребно во проценката на анемијата. Доколку етиологијата на анемијата не може да се установи од крвната слика, вредностите на серумско железо, витамин Б-12 и концентрација на фолати, или пак со тестови за хемолиза, а пациентот нема било какво друго генерално заболување кое би дало објаснување за хронична анемија тогаш е индициран преглед на коскена срцевина.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Поврзани извори

- **Кохренови прегледи**
- **Други интернет извори**
- **Литература**

Кохренови прегледи

- Не постојат докази да укажат дека било орален деферипрон или супкутана инфузија на десфериоксамин (DFO) клинички се поефикасни во спречување на оштетување на целните органи кај таласемија зависна од трансфузии. (ннд = D)

Други интернет извори

- Conrad M. Anemia. eMedicine.

Литература

- Tefferi A. Anemia in adults: a contemporary approach to diagnosis. Mayo Clin Proc 2003 Oct;78(10):1274-80.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Tapio Nousiainen Article ID: ebm00314 (015.020) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM-Guidelines, 14.09.2009,**
2. **Упатството треба да се ажурира на две години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2014 година.**