

Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th May, 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ВЗРОСЛОЙ ВОЗРАСТОЙ КАТЕГОРИИ

Бахриддинов А., Бурханова А., Гофурова Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Научный руководитель- Зиямутдинова З.К.

АННОТАЦИЯ

Анемический синдром считается одной из «эпидемий» двадцатого века. Показано отрицательное влияние анемии на прогноз при широком спектре клинических состояний, и в практике терапевта анемия встречается у каждого третьего больного или даже чаще. Разработанные рекомендации по диагностике и лечению анемий не учитывают её полиморбидности у пожилых пациентов, и отрицательного влияния ряда терапевтических тактик (таких, как агрессивная терапия препаратами железа, переливание крови) на прогноз. При этом часто встречается и обратная ситуация, когда анемия остаётся без внимания, и без лечения. Поскольку анемия является модифицируемым фактором риска у пожилых пациентов, актуальны дальнейшие исследования в этой области и разработка интегральных подходов к лечению таких пациентов с учётом их полиморбидности [1].

Ключевые слова: анемический синдром у пожилых, лабораторные методы исследования анемий, анемии хронических болезней, железодефицитная анемия, мегалобластная анемия.

ВВЕДЕНИЕ

Анемия часто выявляется у пациентов старше 50 лет. Хотя анемия у пожилых часто существует практически без симптомов, игнорирование этого синдрома приводит к серьёзным осложнениям, ухудшает качество жизни и сокращает её продолжительность. Результаты клинических наблюдений и эпидемиологических исследований доказывают, что ведущими причинами развития анемии у пожилых людей являются дефицит железа, фолиевой кислоты и витамина В12, заболевания или возрастные изменения желудочно-кишечного тракта, нарушение эритропоэза, развитие почечной недостаточности или системное воспаление. В этой статье рассматриваются



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th May, 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

клинические и биохимические признаки анемического синдрома у пожилых людей [2].

МАТЕРИАЛЫ

Старение организма сопровождается снижением регенеративной способности стволовых кроветворных клеток, увеличением количества соматических мутаций в стволовых кроветворных клетках, клетках-предшественницах, Т- и В-клетках, что способствует нарушениям функции гемопоэтических клеток и увеличению частоты анемий, цитопений и гематологических неоплазий. Причинами анемии могут быть синдром недостаточности костного мозга, пищевой дефицит, хроническая болезнь почек, воспалительные процессы, в том числе обусловленные биологическим старением. Абсолютный и относительный дефицит эритропоэтина, нарушения гормональной регуляции, ожирение, полипрагмазия и прием алкоголя также повышают частоту анемии у гериатрических пациентов. Между тем оптимальная концентрация гемоглобина у пациентов пожилого возраста должна быть выше, чем у более молодых лиц. При содержании гемоглобина у пожилых мужчин выше 140 г/л и у пожилых женщин выше 130 г/л соматические и когнитивные нарушения возникают достоверно реже, чем при уровне гемоглобина соответственно более 130 и 120 г/л. Основными причинами анемий в пожилом возрасте являются дефицит железа, витамина В12 и фолиевой кислоты (1/3 случаев), хронические заболевания и патология почек (1/3 больных), у 1/3 пациентов генез анемии остается неясным. При исключении гемобластозов, прежде всего миелодиспластического синдрома, количество пожилых больных анемиями неясной этиологии составляет около 25 % [3].

ЛИТЕРАТУРА И МЕТОДОЛОГИЯ

В базе данных по ключевым словам был проведён поиск среди русскоязычных и зарубежных работ, опубликованных за последние 10 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди лиц пожилого и старческого возраста анемия (АН) является наиболее распространенным гематологическим синдромом и встречается, по различным данным, у 10–25% больных данной возрастной группы. В США частота ежегодно выявляемой АН у мужчин и женщин старше 65 лет



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th May, 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

составляет 90 и 65 на 1000 соответственно, причем с увеличением возраста отмечена тенденция к возрастанию частоты АН. В большинстве случаев (75%) АН у стариков выявляется при госпитализации по поводу различных заболеваний, в то время как сам по себе анемический синдром является причиной госпитализации значительно реже (9%). Среди госпитализированных больных позднего возраста частота выявления АН достигает 50%, а среди амбулаторных пациентов – 20% [4].

Согласно общепринятой точке зрения, АН у стариков не связана с возрастными изменениями кроветворной ткани, а является в большинстве случаев проявлением различных заболеваний, одни из которых чаще встречаются в позднем возрасте (опухоли, дивертикулез кишечника), а другие не имеют строгой возрастной привязанности, но характеризуются рядом особенностей в позднем возрасте (инфекционно-воспалительные процессы, эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта). Характер и выраженность клинической симптоматики при АН определяются, с одной стороны, неспецифическими проявлениями самого анемического состояния (одышка, головокружение и др.), а с другой – симптоматикой заболевания, лежащего в основе АН.

АН в позднем возрасте характеризуются целым рядом особенностей, которые имеют важное значение для своевременной диагностики и адекватного лечения:

- у пожилых и стариков это заболевание имеет те же патогенетические механизмы развития, что и в других возрастных группах;
- часто возникает в результате многих патогенетических и этиологических факторов (сочетанный дефицит железа, витамина В12, фолиевой кислоты и др.), что следует учитывать при диагностическом поиске и ведении больных;
- неспецифические проявления АН у стариков могут маскироваться симптоматикой основного заболевания, часто встречающегося в позднем возрасте (одышка при сердечной и дыхательной недостаточности, головокружения у больных с сосудистой патологией головного мозга и т.д.);
- развитие АН усугубляет симптоматику часто встречающихся в позднем возрасте заболеваний сердечно-сосудистой (стенокардия, сердечная недостаточность) и центральной нервной систем (дисциркуляторная энцефалопатия);



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th May, 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

- заболевание у стариков чаще, чем у молодых, является одним из проявлений хронических воспалительных процессов (инфекционных и неинфекционных), злокачественных опухолей, алиментарного дефицита;
- АН может нарушать качество жизни пожилых и стариков в значительно большей степени, чем у лиц более молодого возраста, не отягощенных множественной сопутствующей патологией;
- терапия АН у стариков требует комплексного подхода с использованием методов лечения основного заболевания, патогенетической (заместительной) и симптоматической терапии.

Механизмы развития и причины возникновения АН весьма разнообразны, в связи с чем в каждом конкретном случае врач должен быть ориентирован на выявление заболевания, лежащего в основе данного гематологического синдрома, т.е. причины АН.

С целью рационального диагностического поиска у больных АН, выявления причин, использования соответствующих лечебных и профилактических программ целесообразна группировка АН на основании ведущего патогенетического механизма их развития (не причины), т.е. выделение различных патогенетических вариантов этого заболевания.

В практических целях целесообразно выделить следующие патогенетические варианты АН:

- железодефицитная,
- железоперераспределительная,
- сидероахрестическая,
- В12-дефицитная и фолиеводефицитная,
- гемолитическая,
- АН при костномозговой недостаточности,
- АН, связанная с уменьшением массы эритроцитов,
- АН с сочетанным патогенетическим механизмом.

Удельный вес и клиническое значение каждого из патогенетических вариантов АН в различных возрастных группах неодинаковы. У больных пожилого и старческого возраста преобладающими являются такие патогенетические варианты, как железодефицитная, В12-дефицитная и фолиеводефицитная АН, в то время как гемолитическая АН, в частности ее наследственные формы, встречается значительно реже.

Железодефицитные анемии



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th May, 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Железодефицитные АН (ЖДА) являются наиболее частым гематологическим синдромом у лиц пожилого и старческого возраста.

Основными критериями ЖДА являются следующие:

1. Низкий цветовой показатель.
2. Гипохромия эритроцитов, микроцитоз.
3. Снижение уровня сывороточного железа.
4. Повышение общей железосвязывающей способности сыворотки.
5. Снижение содержания ферритина в крови.

Основным лабораторным признаком, позволяющим заподозрить ЖДА, следует считать цветовой показатель, отражающий, как известно, содержание гемоглобина в эритроците. Данный показатель представляет собой расчетную величину (в норме 0,85–1,05) и может быть рассчитан по формуле:

$$A/B \cdot 0,3$$

где А – содержание гемоглобина (в г/л),

В – количество эритроцитов, деленное на 1012.

Поскольку при ЖДА нарушен главным образом синтез гемоглобина при незначительном снижении количества эритроцитов, рассчитываемый цветовой показатель всегда будет ниже 0,85, составляя часто 0,7 или меньше (ЖДА являются гипохромными). Наряду с подсчетом цветового показателя в настоящее время с помощью современных анализаторов возможно непосредственное определение содержания гемоглобина в эритроците (МСН), выражающееся в пикограммах (в норме 27–35 пг). Наряду с количественными показателями гемоглобина и эритроцитов важна оценка морфологической картины эритроцитов, которые при ЖДА характеризуются наличием широкого просветления в центре. Кроме того, в мазке крови больных ЖДА встречается большое количество микроцитов с меньшим содержанием гемоглобина, а при специальной окраске выявляется резкое снижение количества эритроцитов с гранулами железа (сидероцитов). Морфологическая картина эритроцитов, как правило, отражаемая в анализах крови, дополняет количественные данные, а в ряде случаев, например при ошибочном подсчете эритроцитов и завышенном цветовом показателе, приобретает решающее значение в диагностике гипохромной АН.

Поскольку ЖДА являются гипохромными, то у каждого больного с гипохромной АН следует в первую очередь заподозрить ЖДА. Однако факт наличия гипохромной АН сам по себе не исключает других ее



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th May, 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

патогенетических вариантов (не все гипохромные АН являются железодефицитными!). Так, например, гипохромная АН может возникать при изменении синтеза гемоглобина в результате нарушения включения в его молекулу железа при нормальном или даже повышенном его уровне в сыворотке крови (так называемые сидероахрестические АН). Различать эти состояния и тем самым верифицировать ЖДА позволяет исследование содержания железа в сыворотке. Этот анализ следует выполнять обязательно до назначения больным лекарственных препаратов, содержащих железо, или трансфузий эритроцитов, которые часто проводят пожилым больным с наличием АН до установления механизма и причины ее развития. Наряду с определением содержания железа в сыворотке крови важным лабораторным показателем ЖДА является общая железосвязывающая способность сыворотки, отражающая степень «голодания» сыворотки и насыщения белка трансферрина железом.

Данный показатель при ЖДА всегда повышен. Снижение уровня железосодержащего белка ферритина, характеризующего величину запасов железа в организме, является существенным диагностическим критерием ЖДА. Поскольку истощение запасов железа является обязательным этапом формирования ЖДА, то снижение содержания ферритина – один из специфических признаков железодефицитного характера гипохромных АН. Данный метод, однако, широко не используется в лабораторной практике в связи с его дороговизной. Дополнительными методами определения запасов железа в организме может быть подсчет числа эритроидных клеток костного мозга, содержащих гранулы железа (сидеробластов). Количество сидеробластов при ЖДА значительно снижено, вплоть до полного их отсутствия.

Верификация ЖДА как одного из патогенетических вариантов АН определяет дальнейшее направление диагностического поиска и в то же время позволяет исключить другие патогенетические варианты АН у стариков, в частности часто встречающуюся в данной возрастной группе В12-дефицитную и фолиеводефицитную АН. После верификации железодефицитного характера АН необходимо выявить причину развития ЖДА у конкретного больного.

Развитие ЖДА у пожилых и стариков связано главным образом со следующими причинами.

1. Хронические кровопотери различной локализации:



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th May, 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

- желудочно-кишечные (гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, эрозивно-язвенные поражения желудка, опухоли желудка и толстой кишки, терминальный илеит, неспецифический язвенный колит, дивертикулиты, кровоточащий геморрой и др.);
- носовые (наследственная геморрагическая телеангиэктазия и другие геморрагические диатезы);
- почечные (IgA-нефропатия, геморрагический нефрит, опухоли почек, перманентный внутрисосудистый гемолиз);
- ятрогенные и искусственные кровопотери (частые кровопускания и заборы крови для исследований, лечение гемодиализом).

2. Нарушение всасывания железа:

- энтериты различного генеза;
- синдром недостаточности всасывания;
- резекции тонкой кишки;
- резекция желудка с выключением двенадцатиперстной кишки.

3. Повышенная потребность в железе:

- В12-дефицитная анемия, леченная витамином В12.

4. Нарушение транспорта железа (гипопропротеинемии различного генеза).

5. Алиментарная недостаточность.

Хронические кровопотери являются самой частой причиной развития ЖДА у лиц пожилого и старческого возраста. Механизмы развития АН при хронических и острых кровопотерях различны. При острых кровопотерях, возникающих обычно на протяжении короткого промежутка времени, АН обусловлена потерей определенной массы циркулирующих эритроцитов и часто проявляется такими симптомами, как резко наступающая одышка, сердцебиение, значительная сухость во рту. При наличии сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы у пожилых подобная симптоматика может быть более выраженной. В случаях хронических кровопотерь, часто клинически не манифестирующихся, в основе развития АН лежит нарушение синтеза гемоглобина вследствие избыточных потерь железа, превышающих его поступление в организм. Основной локализацией хронических кровопотерь у пожилых является желудочно-кишечный тракт. Следует иметь в виду часто встречающиеся в этом возрасте и редко диагностируемые такие заболевания, как гастроэзофагальная рефлюксная болезнь и дивертикулез кишечника. Частота гастроэзофагального рефлюкса увеличивается с



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th May, 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

возрастом и при отсутствии лечения приводит к эрозивно-язвенному эзофагиту с возникновением хронических, часто скрытых кровопотерь. Дивертикулез толстого кишечника встречается у 30–40% больных старше 70 лет и у 60–66% в возрасте 85 лет и старше. Частое применение нестероидных противовоспалительных препаратов у больных пожилого возраста, страдающих остеоартритом, ревматоидным артритом и другими ревматическими заболеваниями, ведет к возникновению эрозивно-язвенных поражений желудка. Клинические признаки поражения слизистой у пожилых не всегда выраженные и единственным проявлением заболевания может быть ЖДА. Наибольшие трудности вызывает диагностика опухолей толстого кишечника как причины ЖДА в связи с отсутствием клинической симптоматики на определенном этапе заболевания и недостаточным обследованием кишечника у данной категории пациентов. Другие источники кровопотерь у стариков имеют меньшее клиническое значение.

Нарушение всасывания может быть причиной ЖДА у пожилых при различных энтеритах, опухолевом поражении тонкого кишечника. Специально проведенные исследования с использованием радиоактивного железа показали, что всасывание железа у лиц пожилого и старческого возраста существенно не отличается от такового у молодых [4].

Алиментарный фактор в развитии АН у стариков приобретает значительно большую роль, чем у больных других возрастных групп. Основными причинами алиментарного дефицита в старости могут быть следующие:

- тяжелая соматическая патология, резко ограничивающая физическую активность больных, возможность приобретения и приготовления пищи;
- психические расстройства (депрессии, сенильные деменции), сопровождающиеся недостаточным приемом пищи или отказом от нее;
- социально-экономический статус (одинокпроживающие, отсутствие материальных средств);
- недостаточное употребление продуктов, содержащих железо, наряду с предпочтительным потреблением злаковых, хлеба или молочных продуктов (содержат фосфаты, угнетающие всасывание железа).



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th May, 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

ОБСУЖДЕНИЕ

Углубленное лабораторное обследование пациентов старшей возрастной группы с незначительным снижением концентрации гемоглобина выявляет у большинства пациентов изменения показателей (обмен железа, уровень витаминов, критерии дисэритропоэза), которые свидетельствуют о развитии анемии и требуют тщательной диагностики и терапии. У части пациентов, кроме незначительного снижения концентрации гемоглобина, никаких лабораторных маркеров, используемых для диагностики анемий, на момент обследования не выявляется. Однако при наблюдении таких пациентов в динамике маркеры анемий выявляются позже. Таким образом, пациентам старшей возрастной группы при выявлении даже незначительного снижения концентрации гемоглобина необходимо проводить тщательное, развернутое лабораторное обследование. Выявление дополнительных маркеров требует своевременной коррекции анемии. Пациентов, у которых изменения не выявлены, необходимо наблюдать, оценивать у них концентрацию гемоглобина 1 раз в 3-6 мес и при снижении его уровня вновь проводить полное лабораторное обследование для выявления анемии и причин ее развития [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анемический синдром у пациентов старших возрастных групп встречается часто, он ухудшает течение коморбидной патологии и прогноз заболевания. Наиболее распространенными видами анемий у гериатрических пациентов являются железодефицитные, В12-дефицитные, анемии хронических заболеваний, в том числе обусловленные патологией почек. У 25 % пациентов причина анемии остается неясной. Независимо от причины анемический синдром приводит к снижению качества жизни, повышению заболеваемости и летальности у лиц пожилого и старческого возраста, что требует своевременной диагностики и лечения [3].

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.

1. Анемия у лиц пожилого возраста в практике терапевта: современные подходы к диагностике и лечению; Калюта Татьяна Юрьевна, Кажекин Олег Александрович, Солдатова Оксана Александровна; Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье; 2020.



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th May, 2023

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

2. Лабораторные критерии диагностики анемического синдрома у лиц старшей возрастной группы; Н.Ю. Черныш, Н.Ю. Зенина; <https://doi.org/10.17116/labs20187244-48>

3. Анемии в пожилом и старческом возрасте; Богданов А.Н., Щербак С.Г., Павлович Д.; Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. - 2018. - Т. 10. - №2. - С. 19-26. doi: [10.17816/mechnikov201810219-26](https://doi.org/10.17816/mechnikov201810219-26)

4. Анемии у людей пожилого возраста; Дворецкий Л.И.; РМЖ. 1999;16:772.



E- Conference Series

Open Access | Peer Reviewed | Conference Proceedings



E- CONFERENCE
SERIES