Міжвідомчий збірник «Гематологія и переливання крові». – 2015 р. – №38. - С. 138 – 442.

Песоцкая Л.А., \*Кулькина Е.А., \*Полешко Е.В.

**ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ**

ГВУЗ «Днепропетровская медицинская академия»

\*ГУ «Дорожная клиническая больница на ст. Днепропетровск»

*Актуальность темы.* Несмотря на кажущуюся простоту в диагностике железодефицитных анемий и подходов в ее лечении, как достаточно распространенного терапевтического заболевания, немало вопросов остается спорными. В частности, в каких случаях правомерны витаминотерапия, парентеральное введение препаратов железа, дезинтоксикационная, метаболическая терапия, назначение эритропоэтинов, особенности ведения пациентов пожилого и старческого возраста. Эти вопросы закономерны в виду большого разнообразия причин, патогенезов, клинического течения анемического синдрома и ответа на стандартную терапию препаратами железа у отдельных пациентов.

 *Целью работы* было проанализировать особенности течения железодефицитной анемии у пациентов с разными причинными факторами с учетом возраста для определения путей оптимизации стандартной терапии.

*Материал и методы обследования*. Было обследовано 57 больных железодефицитной анемией (ЖДА) в условиях стационара в возрасте от 18 до 87 лет. Кроме клинических признаков анемии, проводили стандартные гематологические исследования периферической крови (развернутый анализ с подсчетом ретикулоцитов, тромбоцитов, гематокрита), биохимические исследования (почечный, печеночный комплекс), определяли показатели феррокинетики (сывороточное железо крови, общую железосвязывающую способность сыворотки крови, ферритин), проводили эндоскопические исследования (ФГДС, РРС, ФКС), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, щитовидной железы. Все пациенты получали таблетированные препараты железа

*Полученные результаты и их обсуждение*.

У 23 человек (18 женщин и 5 мужчин) молодого и среднего возраста (средний возраст 32 года) – источником анемии являлись явные хронические кровопотери (длительные и обильные месячные, хронический геморрой, язвенная болезнь) без видимой сопутствующей патологии (1 группа). По показателям крови у 18 человек анемия была средней тяжести, у 5 - тяжелая. У пациентов это группы симптомы одышки, сердцебиения были умеренные. У женщин, практически у всех, в анамнезе были эпизоды сидеропенических признаков (желание есть мел, сырую крупу, лимоны в больших количествах без сахара, нюхать типографскую краску и т.п.). Аппетит не был нарушен. Часть из пациентов ранее лечились с положительным нестойким эффектом, так как при улучшении самочувствия лечение прекращали.

Вторую группу составили 22 пациента (18 женщин и 4 мужчины) в возрасте от 30 до 45 лет (средний возраст 43 года), у которых были сопутствующие соматические заболевания. У 16 человек была эндокринная патология (в 7 случаях со стороны щитовидной железы –гипотиреоз, ХАТ, у 5 человек - сочетание их с сахарным диабетом 2 типа), у 6 женщин была лейомиома тела матки.

Третью группу составили 12 пациентов наиболее старшего возраста (средний возраст 64 года) с сопутствующей кардиологической патологией. Причиной поступления в стационар была сердечная декомпенсация по большому и/или малому кругу кровообращения, из-за чего больных нередко первоначально госпитализировали в кардиологическое отделение, где в последующем выявляли анемию. В этой группе пациентов анемия чаще была тяжелой степени. Кроме таблетированных препаратов железа, требовалась активная терапия внутривенными инфузиями препаратов железа, метаболическими средствами (милдрокард, тиотриазолин, глюкоза 5%), дезинтоксикационную терапию, гепатопротекторы (реосорбилакт, глутаргин) с диуретиками. При ХПН назначались эритропоэтины.

Пациентам первой группы патогенетически было показано назначение только препаратов железа. Применяли мальтофер, орофер, тардиферон, ферумлек, во время обильных месячных у женщин гемостатическую терапию, инфузионную терапию применяли редко, в случаях выраженных явлениях гипоксии.

Пациентам второй группы требовались дополнительные к таблетированным препаратам железа назначение вит. В12, комплексных препаратов витаминов группы В больным сахарным диабетом (витаксон, неуробекс), а в ряде случаев кортикостероидов при патологии ЩЖ, признаках гемолиза. При наличии энтеропатии назначалось парентеральное введение препаратов железа (ферум-лек, суфер). При длительных анемиях в анамнезе, недостаточной эффективности терапии препаратами железа, при выявлении ХПН назначали эритропоэтины. Пациенты этой группы больше нуждались в проведении первоначально дезинтоксикационной терапии на фоне сопутствующей патологии, усиливающую свойственный для железодефицита интоксикационный синдром.

Отдельно следует выделить пациентов (8 человек, чаще мужчины) с изначально обращающими на себя внимание бледностью кожных покровов с землистым или серым оттенком, выраженной слабостью, тяжелой анемией, высокой СОЭ (выше 55 мм/ч) при выявленной при обследовании онкопатологии толстого кишечника, При аденокарциноме желудка (5 человек, чаще у женщин) обращало внимание либо скудность жалоб при тяжелой анемии, либо выражена слабость, адинамичность при не глубокой анемии, что было обусловлено раковой интоксикацией. В первом случае процесс не был запущен и оперативное лечение было эффективно, во втором - процесс был менее благоприятен по локализации и распространенности. Проводимая терапия дезинтоксикационная и антианемическая во втором случае была мало эффективна. При обнаружении в анализе крови высокого СОЭ первоначально проводились эндоскопические методы обследования (тотальная ФКС, ФГДС).

При анализе ответа на терапию обращал внимание неоднозначный темп прироста показателей красной крови при, казалось бы, адекватной терапии во всех группах. В ходе диагностического обследования у пациентов 1 группы обнаруживали либо атрофический гастрит, с инфицированием Н.в. в половине случаев, либо патологию щитовидной железы, что требовало коррекции терапевтических назначений. По второй и третьей группе у пациентов атрофический гастрит встречался чаще, чем в первой группе, нередко диагностировали эрозивный гастрит метаболического характера на фоне сопутствующей патологии и возрастных изменений слизистой ЖКТ, грыжу ПОД, трещины прямой кишки с кровопотерями. На фоне гипертонических кризов наблюдались носовые кровотечения.

У пациентов пожилого возраста более вероятна сочетанная возрастная витаминная недостаточность, что делает более целесообразной у них назначение комплексных инъекционных препаратов витаминов группы В коротким курсом, в последующем с поддерживающей дозой витамина В12 по показаниям. У таких пациентов для индивидуализации терапии необходимо также учитывать функциональное состояние печени (застойная, кардиальный гепатит-цирроз, гепатоз при сахарном диабете). Назначение гепатопротекторов, эритропоэтина, а при цитопении и кортикостероидов в средних дозах активизировало ответ на терапию препаратами железа, так как в данном случае наблюдалась сочетанная железодефицитная и анемия хронических заболеваний, а в ряде случаев явления гиперспленизма.

Из клинических и лабораторных показателей признаками такого сочетания, предполагаемого из анамнеза и выявляемой в ходе обследования сопутствующей патологии у пациента с установленной ЖДА, являлись отсутствие в анализе крови ретикулоцитарного ответа на 5-7 дни на лечение препаратами железа, как и отсутствия улучшения самочувствия и уменьшения явлений гипоксии, динамики показателей ОЖСС, первоначально незначительно превышающих норму, а также изменений морфологии эритроцитов по объему и содержанию гемоглобина.

 *Выводы.*

1. Железодефицитная анемия по причинам возникновения и развитию является полиэтиологичным заболеванием.
2. Основой индивидуализации терапии пациентов с ЖДА являются учет сопутствующей патологии и возрастных физиологических особенностей в старшем возрасте.