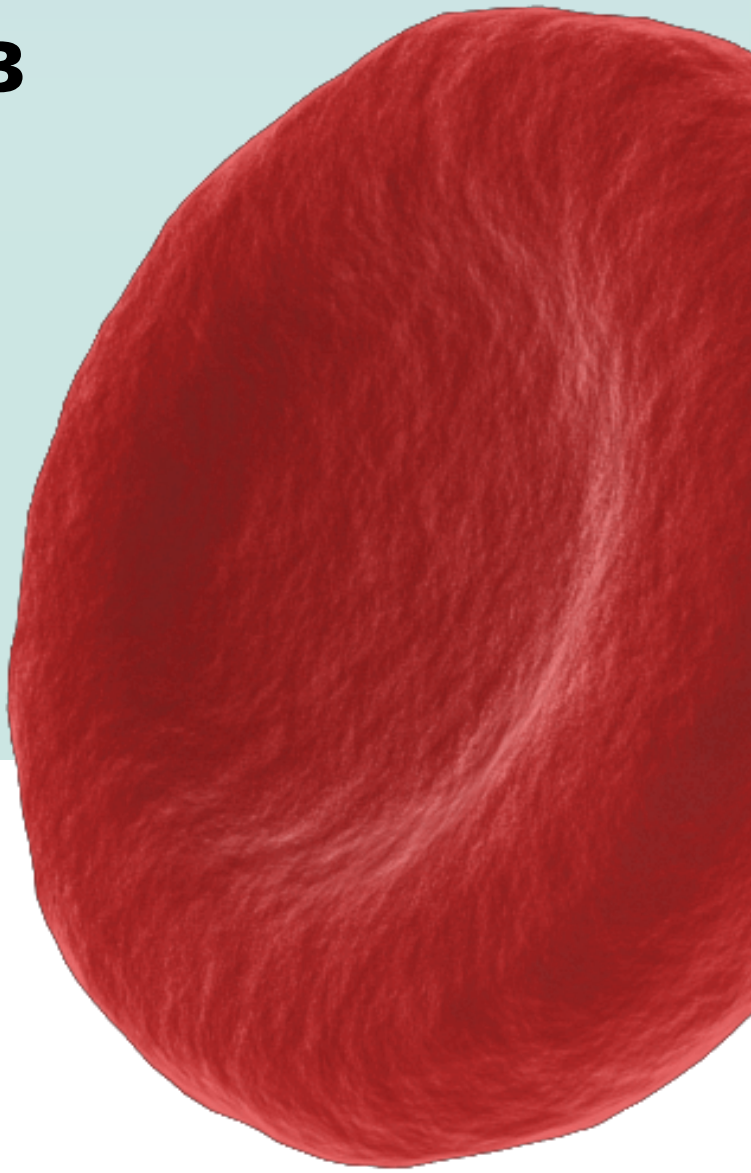
ГЕМАТОЛОГИЯ

Для терапевтов



ГАЙД ДЛЯ

Студентов, ординаторов и врачей

Reclin

Глава 1
Анемии

Анемия

Группа клинико-гематологических синдромов, общим моментом для которых является снижение концентрации гемоглобина в крови (ВОЗ, 1999)

Критерии анемии:

- Hb <130 г/л у мужчин
- Hb <120 г/л у женщин
- Hb <110 г/л у беременных в I и III триместре
- Hb <105 г/л во II триместре

Тип анемии	Эритроцитарные индексы	Виды анемии
Гипохромные Микроцитарные	MCV<80 фл MCH<27 пг MCHC<30 г/дл ЦП < 0,85	Железодефицитная анемия, сидероахрестическая, талассемия
Нормохромные Нормоцитарные	MCV,MCH,MCHC и ЦП в пределах нормальных значений	Гемолитическая, апластическая, анемия хронических болезней
Гиперхромные макроцитарные	MCV>100 фл, MCH> 32 пг MCHC в пределах нормы ЦП 1,1	В-12 дефицитная, фолиеводефицитная анемия

- MCV (Mean Corpuscular Volume) - средний объем эритроцита
- MCH (Mean Concentration Hemoglobin) - среднее содержание гемоглобина в эритроците)
- MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) - средняя концентрация гемоглобина в эритроците
- ЦП (цветовой показатель) - отношение количества эритроцитов к гемоглобину

Вернуться к содержанию

Железодефицитная анемия

Железодефицитная анемия (ЖДА)

Полиэтиологичное заболевание, развитие которого связано с дефицитом железа в организме из-за нарушения поступления, усвоения или повышенных потерь данного микроэлемента, характеризующееся микроцитозом и гипохромной анемией.

Этиопатогенез

Наиболее частой причиной ЖДА является хроническая кровопотеря различной локализации:

- ЖКТ (опухоли желудка, кишечника, язвенная болезнь желудка и ДПК, эрозивный гастрит, полипы, кровотечение из геморроидальных вен, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит)
- Обильные и длительные менструальные кровопотери (более 100 мл). У 50% женщин меноррагии имеют органическую природу: полипы, эндометриоз, миома
- Хроническое носовое кровотечение (например болезнь Рандю-Ослера)
- Гематурия (рак мочевого пузыря, рак почки, нефритический синдром)
- Доноры крови

Вернуться к содержанию

Физиология обмена железа

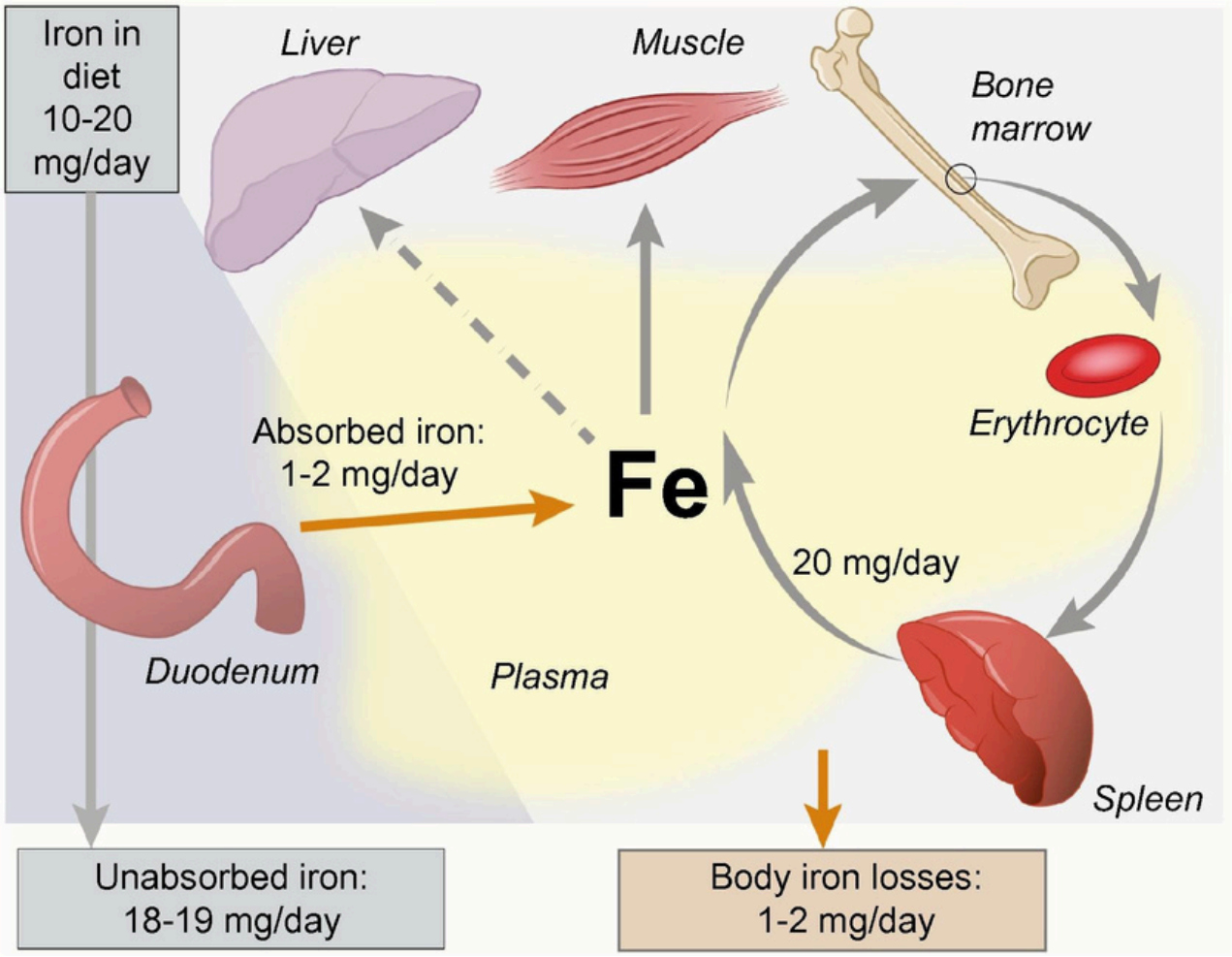
В физиологических условиях ежедневно:

- Теряется до 2,5 мг от общего количества железа (слущивание эпителия кожи и ЖКТ, потоотделение)
- 1-2 мг железа ежедневно всасывается в слизистой ДПК

Развитие дефицита железа может быть обусловлено тремя факторами:

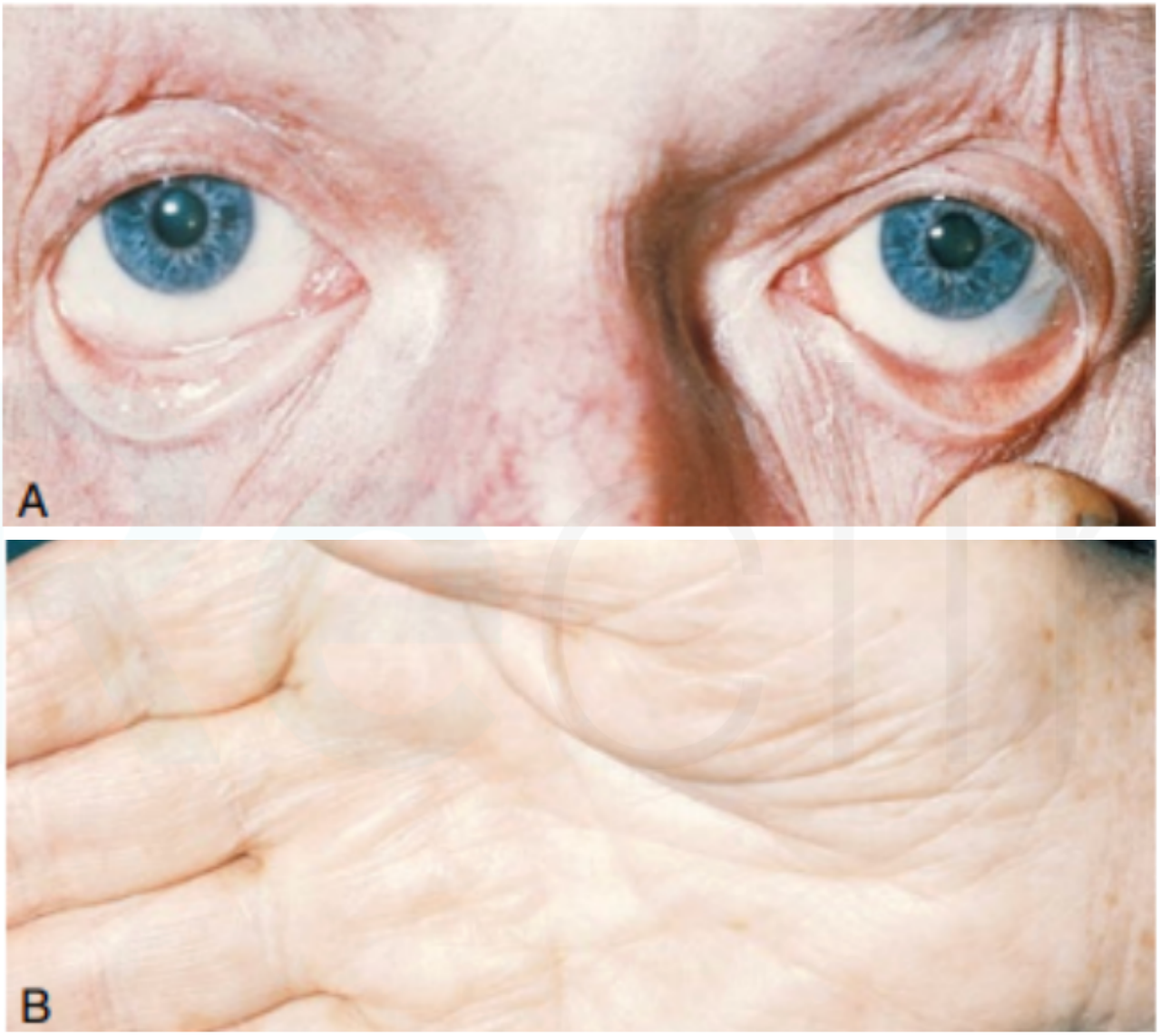
- Нарушение всасывания железа
- Повышение потребности в железе
- Недостаточное поступление с пищей

У онкологических больных дефицит железа может быть обусловлен проводимой химио- или радиотерапией



Клиническая картина

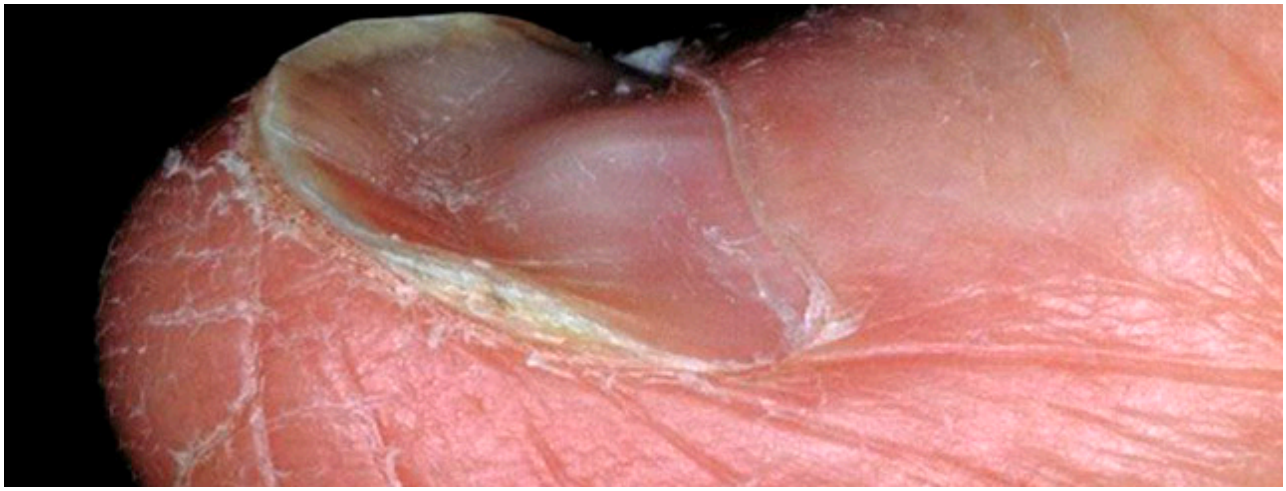
Гипоксический синдром: слабость, головокружение, головная боль, шум в ушах, тахикардия, бледность, одышка.



А.Бледность слизистой оболочки конъюнктивы
В.Бледность ладонных складок кожи

Сидеропенический синдром: извращение вкуса в виде стремления есть несъедобные вещества (мел, глину), сырые продукты, пристрастие к необычным запахам (керосин, ацетон, мазут). Выпадение волос, сухость кожи, ангулярный стоматит, ломкость ногтей, койлонохии, диспепсия, дисфагия (синдром Пламмера-Вильсона).

Ангулярный стоматит



Койлонохия

3) Установленная причина развития ЖДА

Поиск причины развития ЖДА

- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТП, общий белок, креатинин)
- Определение скрытой крови в кале
- ОАМ
- ЭГДС
- Колоноскопия
- УЗИ ОБП, ОМТ и забрюшинного пространства
- Рентгенография органов грудной клетки
- В случаях неясной ЖДА и у пациентов детского возраста необходимо исключить наличие целиакии (АТ к тканевой трансглютаминазе)
- Консультация гинеколога

Перед тем, как принимать решение о проведении инструментальной диагностики следует уточнить информацию о:

- Характере питания, ест ли пациент мясо
- Принимаемых пациентом лекарственных препаратах (НПВС, ИПП, ГКС, антикоагулянты)
- Ранее выполненных операциях на желудке и/или тонкой кишке, в том числе бариатрических
- Наличии носовых кровотечений или гематурии
- Сопутствующей патологии (ХБП, ХСН, наследственных заболеваниях и состояниях
- Особенностях гинекологического анамнеза у женщин (репродуктивный возраст/постменопауза, особенности менструаций, наличие/отсутствие беременности)
- Не является ли пациент донором крови, спортсменом

Физикальное обследование, как правило, ничем не примечательно, но иногда может обеспечить постановку правильного диагноза (при наследственной геморрагической телеангиэктазии).

ЖДА и беременность

По определению ВОЗ, анемией при беременности принято считать снижение концентрации гемоглобина крови:

- Менее 110 г/л в 1 и 3 триместре
- Менее 105 г/л во втором триместре беременности
- В послеродовом периоде снижение концентрации менее 100 г/л

Прием фолиевой кислоты рекомендуется всем беременным женщинам с ЖДА независимо от уровня фолиевой кислоты в крови, так как это значительно улучшает и ускоряет динамику прироста гемоглобина в сравнении с моно препаратами железа.

Juarez-Vazquez J, Bonizzoni E, Scotti A. Iron plus folate is more effective than iron alone in the
treatment of iron deficiency anaemia in pregnancy: a randomised, double blind clinical trial. BJOG. 2002 Sep;109(9):1009-14. doi: 10.1111/j.1471-0528.2002.01378.x. PMID: 12269674.

Планирование беременности	Беременность 1–12 нед.	Беременность 13–28 нед.	Беременность 29–33 нед.	Беременность >34 нед.	Послеродовой период	До окончания грудного вскармливания
Hb<120 г/л и/или Ферритин 30 мкг/л	**Hb<110 г/л и/или Ферритин <30 мкг/л**	**Hb<105 г/л и/или Ферритин <30 мкг/л**	**Hb<110 г/л и/или Ферритин <30 мкг/л**	**Hb<110 г/л и/или Ферритин <30 мкг/л**	**Hb<100 г/л и/или Ферритин <30 мкг/л**	
Препарат железа для приема внутрь **Продолжительность терапии:** до нормализации Hb и СФ **Парентеральное введение препарата железа:** при Hb < 80-90 г/л; неэффективности лечения пероральным и препаратами железа; патологии ЖКТ; непереносимости препаратов железа для приема внутрь (побочные эффекты пероральной терапии препаратами железа)	**Только препараты железа для приема внутрь** **Продолжительность терапии:** до конца беременности и в периоде лактации (до нормализации Hb и СФ) **Парентеральные препараты железа** противопоказаны	**Препарат железа для приема внутрь** **Продолжительность терапии:** до конца беременности и в периоде лактации (до нормализации Hb и СФ) **Парентеральное введение препарата железа** при выраженной анемии (Hb<80-90 г/л) патологии ЖКТ, непереносимости и неэффективности препаратов железа для приёма внутрь	**Препарат железа для приема внутрь** **Продолжительность терапии:** до конца беременности и в периоде лактации (до нормализации Hb и СФ) **Парентеральное введение препарата железа:** при Hb< 80-90 г/л;	**Парентеральное введение препарата железа** При анемии менее 100 г/л	**Препарат железа для приема внутрь** **Продолжительность терапии:** до нормализации Hb и СФ* **Парентеральное введение препарата железа:** при выраженной анемии (Hb< 80-90 г/л); патологии ЖКТ; несоблюдении назначенного лечения пероральными препаратами железа; непереносимости препаратов железа для приема внутрь (побочные эффекты пероральной терапии препаратами железа); неэффективности препаратов железа для приёма внутрь.	