

Л.Б. Филатов

АНЕМИИ
Методическое пособие для врачей

Екатеринбург

Приложение 1**АНЕМИЯ ПРИ ВИЧ**

Частота анемии у больных СПИД с выраженной клинической картиной – 70–90%¹.

ВИДЫ АНЕМИИ ПРИ ВИЧ. – **АХБ** самый распространённый вид анемии при инфицированности ВИЧ. **Аутоиммунная гемолитическая анемия** выявляется нечасто. **Частота ТМА** (ТТП и ГУС) при ВИЧ выше, чем в популяции², в основном развивается в поздней стадии болезни, но может быть и первичным проявлением ВИЧ.

ПРИЧИНЫ АНЕМИИ ПРИ ВИЧ:

- **ВИЧ;**
- **лекарственная терапия ВИЧ и его осложнений** (зидовудин, ганцикловир, амфотерицин В, триметоприм, дапсон, делавиридин) – одна из основных причин анемии (22%³) в этой группе больных;
- **парвовирус В19** может вызывать тяжёлую хроническую анемию при ВИЧ;
- при значительной депрессии гемопоэза можно предположить инфекцию *Mycobacterium avium*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Histoplasma capsulatum*.;
- вызывается ли ВИЧ-ассоциированная ТТП собственно ВИЧ или сочетанными с этой инфекцией цитомегаловирусом (при ВИЧ-ассоциированной ТМА инфицированность ЦМВ – 50%⁴), *Escherichia coli* 0157:H7, вторичными опухолями – неизвестно.

ЛЕЧЕНИЕ. – **Антиретровирусная терапия**, в ряде случаев эффективен **эритропоэтин**. При парвовирусе В19 необходим **внутривенный иммуноглобулин** (400 мг/кг в день – 5 дней). Главный метод лечения ВИЧ-ассоциированной ТТП – **ПЗ** (подробнее см. стр. 72).

Приложение 2

АНЕМИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПЕЧЕНИ

Анемия при хронических заболеваниях печени нормоцитная, лёгкая или средней степени тяжести. Также при заболеваниях печени может выявляться **мягкая макроцитная анемия.**

При терминальных стадиях печёночных процессов может иметь место **шпороклеточная ГА**, характеризующаяся появлением в крови **акантоцитов**, часто **в сочетании с тромбоцитопенией.**

Возможны **другие виды ГА:**

– **транзиторная ГА** при жировом перерождении печени и гипертриглицеридемии,

– **транзиторная ГА со стоматоцитозом,**

– **ГА с эхиоцитами** (у алкоголиков при плохом питании с тяжёлой гипофосфатемией),

– **АИГА.**

При циррозе с развитием портальной гипертензии и вторичной спленомегалии **анемия** появляется вследствие гиперспленизма и **может сочетаться с лейкопенией и тромбоцитопенией.**

Кровопотери из варикознорасширенных вен пищевода могут быть причиной **ЖДА.**

При острых вирусных гепатитах может возникнуть **апластическая анемия.**

АЛКОГОЛИЗМ. – Следствием прямого токсического влияния алкоголя может быть супрессия костномозгового кроветворения. Кроме того, при алкоголизме может развиваться дефицит фолиевой кислоты и сидеробластная анемия.

Приложение 3

АНЕМИЯ У ПОЖИЛЫХ**НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ⁵:**

- снижение выживаемости,
- слабость, потребность в уходе,
- возрастает риск терапевтических осложнений, связанных с химиотерапией (например, токсичность),
- возрастает риск коронарной смерти,
- возрастает риск возникновения застойной сердечной недостаточности,
- возрастает риск развития деменции.

Анемия у пожилых значительно ухудшает состояние пациентов, влияя на качество и продолжительность жизни. При проведении цитостатической химиотерапии у больных старше 65 лет уровень гемоглобина не должен быть < 120 г/л⁶. Нельзя допускать, чтобы уровень гемоглобина опускался ниже 100 г/л, это может привести к потере функциональной самостоятельности пациента и необходимости ухода за ним⁷.

Несмотря на то что, неоднократно ставился вопрос о необходимости пересмотра критериев анемии у пожилых в сторону повышения нижней границы нормы уровня гемоглобина до 140 г/л у мужчин и 130–135 г/л у женщин (аргументом, в частности, выступили данные Women's Health and Aging Studies об ассоциированности уровня гемоглобина < 135 г/л у женщин старше 65 лет с тяжелыми последствиями: потребность больных в уходе, повышенный риск смертности⁸) критерии анемии были сохранены.

Частота развития анемии у лиц старше 65 лет в США: мужчины – 11,0%, женщины – 10,2%⁹, до 75 лет анемия чаще возникает у женщин, после 75 лет – у мужчин¹⁰. С возрастом риск развития анемии повышается (табл. 24)¹¹.

Таблица 24

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ¹²

Возраст \ Пол	Частота, %	
	Мужчины	Женщины
60–69 лет	5	8
Старше 69 лет	12	15

Характеристика основных причин анемии и её видов у пожилых дана в таблице 25.

Таблица 25

ОБЩИЕ ПРИЧИНЫ/ВИД АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ¹³

Причина/Вид анемии	Частота, %
АХБ	30–45
ЖДА	15–30
Анемия, вызванная кровопотерей	5–10
Дефицит витамина В ₁₂ и фолиевой кислоты	5–10
Хронический лейкоз или лимфома	5
МДС	5
Неясная причина	15–25

ДИАГНОСТИКА АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ¹⁴**I. Необходимые исследования:**

1. **анамнез** с акцентом:
 - на заболеваниях, связанных с анемией;
 - на приёме лекарств (аспирина и других НПВП);
2. **осмотр**;
3. **общий анализ крови с тромбоцитами, абсолютное количество ретикулоцитов**;
4. **тесты содержания железа** (концентрация железа и ферритина в сыворотке, ОЖСС, растворимые трансферриновые рецепторы);
5. **тесты дефицита витамина В₁₂** (уровень кобаламина, метилмалоновой кислоты и гомоцистеина в сыворотке);
6. **креатинин**;
7. **биохимия крови**;
8. **эритропоэтин в сыворотке**.

II. Дополнительные исследования:

1. **Т4, ТТГ, тестостерон в сыворотке**;
2. **тесты воспаления** (СОЭ, С – реактивный протеин);

3. **пункция костного мозга, биопсия, цитогенетика** (особенно при подозрении на МДС);

4. **концентрация фолиевой кислоты** в сыворотке или эритроцитах;

5. выявление *Helicobacter pylori*;

6. **ФГДС и ФКС.**

ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ. – Пожилые плохо переносят анемию, в связи с этим требует коррекции даже лёгкая анемия. Особенно это касается АХБ и вторичных анемий при патологии почек, печени, эндокринных органов.

Лечение постцитостатической анемии у пожилых должно начинаться с появлением первых признаков слабости¹⁵. Основная роль в лечении этого вида анемии отводится эритропоэтину. Он показан большинству онкологических больных.

¹ Вуд М. Э., Банн П.А. Секреты гематологии и онкологии. – М., “Изд-во Бином”, 1997. – 560 с.

² Baker K.R. The hematologic complications of HIV infection/ in: Human immunodeficiency virus hematology// Hematology 2003: 294–313.

³ Sullivan P.S. et al. Epidemiology of anemia in human immunodeficiency virus (HIV)–infected persons: results from the multistate adult and adolescent spectrum of HIV disease surveillance project// Blood 1998; 91(1): 301–308.

⁴ Maslo C. et al. Thrombotic microangiopathy and cytomegalovirus disease in patients infected with human immunodeficiency virus// Clin. Infect. Dis. 1997; 24(3): 350–355.

⁵ Balducci L., Beghe Cl. Anemia, fatigue, and aging// Annals of Long–Term Care 2005; 13(7): 18–23.

⁶ Там же.

⁷ Там же.

⁸ Там же.

⁹ Guralnik J.M. et al. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia// Blood 2004; 104(8): 2263–2268.

¹⁰ Guralnik J.M. et al. Anemia in the elderly: A Public Health Crisis in Hematology// Hematology (Am. Soc. Hematol. Educ. Program). 2005: 528–532.

¹¹ Balducci L., Beghe Cl. Указ. соч.// Annals of Long–Term Care 2005; Dharmarajan T.S. et al. Does anemia matter? Anemia, morbidity, and mortality in older adults: Need for greater recognition// Geriatrics 2005; 60: 22–29.

¹² Dharmarajan T.S. et al. Указ. соч.// Geriatrics 2005.

¹³ Smith D.L. Указ. соч.// Am. Family Physician 2000.

¹⁴ Там же.

¹⁵ Balducci L., Beghe Cl. Указ. соч.// Annals of Long–Term Care 2005.