



## ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ, АНЕМИЯ И ЕЕ СИМПТОМЫ

Уразбаева Гульмира Генджебаевна

Нукусский техникум здравоохранения. Абу Али ибн Сини.

Преподаватель клинико-лабораторных методов испытаний

<https://doi.org/10.5281/zenodo.13822991>

### ARTICLE INFO

Received: 17<sup>th</sup> September 2024

Accepted: 19<sup>th</sup> September 2024

Published: 21<sup>st</sup> September 2024

### KEYWORDS

анемия хронических заболеваний;  
распространенность;  
лечебная тактика.

### ABSTRACT

*Анемия, возникающую при инфекционно-воспалительных процессах, неинфекционных воспалительных заболеваниях, опухолях называют «анемией при хронических заболеваниях» (АХЗ), подчеркивая роль основного заболевания в ее патогенезе. Частота встречаемости анемии при ряде хронических заболеваний достигает 100%. При всем многообразии патогенетических механизмов анемий в данных ситуациях одним из основных считается перераспределение железа в клетки макрофагальной системы, активирующейся при различных воспалительных (инфекционных и неинфекционных) или опухолевых процессах.*

### ВВЕДЕНИЕ

Анемия выявляется у 4% мужчин и у 8% женщин, а среди лиц среднего и пожилого возраста — у 8—44%. Одним из распространенных вариантов анемий является анемия хронических заболеваний (АХЗ), или анемия хронического воспаления, или железоперераспределительная анемия, которая встречается у пациентов с хронической активацией клеточного иммунитета и продолжается более 1—2 мес. Частота встречаемости этой анемии при ряде хронических заболеваний достигает 100% [1, 2].

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

АХЗ по распространенности занимает 2-е место среди анемий после железодефицитной анемии (ЖДА) [3]. Заболеваемость в пожилом и старческом возрасте характеризуется полиморбидностью, т.е. накоплением заболеваний, среди которых значимое место занимает анемия. Распространенность АХЗ в пожилом и старческом возрасте варьирует от 2,9 до 61% у мужчин и от 3,3 до 41% у женщин. У госпитализированных пожилых больных ее частота достигает 36—80% (у амбулаторных больных — 5—14%). Частота анемий в пожилом возрасте распределяется следующим образом: ЖДА — 45%, АХЗ 68—76% (АХЗ, связанные с хроническими заболеваниями почек — 22,6%, хроническими диффузными заболеваниями печени — 22,4%, хроническими заболеваниями легких — 19%, хроническими воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — 18%, хроническими эндокринологическими заболеваниями — 16%, злокачественными новообразованиями — 6%, ревматоидным артритом — 6%), острая и хроническая постгеморрагическая анемия — 6%, гемолитические анемии (приобретенные и наследственные) — 3%, апластические анемии — 3—4%, В<sub>12</sub> и фолиеводефицитные анемии — 2—3%, неидентифицированные — 17%. У половины больных имеются сопутствующие

заболевания, индуцирующие анемию (два и более), поэтому процентное распределение видов анемий условно. Не удается установить причину анемии у 17—20% больных [4].

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Основным патогенетическим механизмом при АХЗ считается перераспределение железа в клетках макрофагальной системы, активирующейся при различных воспалительных или опухолевых процессах.

Анемии очень разнообразны по этиологии, патогенезу и клинико-гематологическим признакам. В клинико-патогенетической классификации анемий выделяется раздел, касающийся нарушения обмена железа (железодефицитная, железоперераспределительная, сидероахрестическая анемия). В морфологической классификации анемий АХЗ относится к нормоцитарным анемиям, а по степени регенерации — к регенераторным.

В соответствии с МКБ 10-го пересмотра учитывают следующие формы анемий, связанных с хроническими заболеваниями: D63 Анемия при хронических болезнях, классифицированных в других рубриках; D63.0 Анемия при новообразованиях (C00+); D63.8 Анемия при других хронических болезнях, классифицированных в других рубриках.

Клинические ситуации, ассоциирующиеся с АХЗ: острые и хронические инфекции — вирусные, включая ВИЧ, бактериальные, паразитарные, грибковые; опухоли — гемобластозы, солидные опухоли; аутоиммунные заболевания — ревматоидный артрит, системная красная волчанка и другие заболевания соединительной ткани, васкулиты, саркоидоз; хронические воспалительные заболевания кишечника; хронические заболевания почек (ХЗП); эндокринная патология; заболевания печени; хронические невоспалительные заболевания — тяжелая травма, термические ожоги; смешанные заболевания — алкогольный цирроз печени, недостаточность кровообращения, тромбозы, ишемическая болезнь сердца [3].

Уровень ферритина — золотой стандарт для оценки количества железа, запасенного в организме: он прямо пропорционален накоплению железа в макрофагах и гепатоцитах, если при этом нет инфекции или воспалительного процесса. Его снижение имеет 100% специфичность в отношении выявления железодефицитных состояний. Концентрация ферритина может увеличиваться при АХЗ, связанных с инфекционным процессом, воспалением и злокачественным заболеванием.

Содержание Hb в ретикулоцитах более 28 пкг указывает на достаточные запасы железа для синтеза Hb и эритропоэза. Необходимо учитывать, что трансферрину (Тф) свойственны качества «отрицательного» белка острой фазы, т. е. острое воспаление способствует снижению его уровня. Злокачественные новообразования, заболевания печени, нефротический синдром и плохое питание могут уменьшать концентрацию сывороточного Тф, в то время как беременность и прием пероральных контрацептивов могут повышать этот показатель.

Общая железосвязывающая способность сыворотки крови (ОЖСС) отражает степень «голодания» сыворотки и коррелирует с уровнем Тф. При дефиците железа (ДЖ) наблюдается повышение ОЖСС. Уменьшение этого показателя наблюдается при заболеваниях, сопровождающихся значительной потерей или усиленным потреблением белка (нефротический синдром, хроническая почечная недостаточность, тяжелые ожоги, хронические инфекции и активные воспалительные процессы, злокачественные новообразования, тяжелые заболевания печени). Нет данных о влиянии воспалительных реакций на концентрацию ТфР [4].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При хронической анемии нет необходимости в проведении гемотрансфузий даже в случаях тяжелой анемии, поскольку она развивается постепенно, пациент адаптируется к анемизации. Трансфузии оправданы при угрожающем жизни состоянии, наличии выраженных симптомов со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем (тахикардия, одышка), затрудняющих повседневную жизнь пациента. Чаще такая симптоматика развивается при снижении уровня Hb ниже 70 г/л. Однократно переливается 2—4 Ед эритроцитарной массы. Не следует стремиться быстро скорректировать тяжелую анемию, так как при этом возникает риск последующей гиперволемии сердечной недостаточности.

## ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Bauer J.H., Reams G.P.* The angiotensin II type 1 receptor antagonists. A new class of antihypertensive drugs. *Arch. Intern. Med.* 2015; 155(13): 1361—8.
2. *Чазова И.Е., Фомин В.В., Пальцева Е.М.* Прямой ингибитор ренина алискирен: новые возможности защиты почек при артериальной гипертензии. *Клиническая нефрология.* 2019; 1: 44—9.
3. *Чазова И.Е., Фомин В.В.* Прямой ингибитор ренина алискирен: возможности коррекции кардио-ренального синдрома. *Системные гипертензии.* 2019; 4: 53—8.
4. *Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации. Системные гипертензии.* 2010; 3: 5—26.

INNOVATIVE  
ACADEMY