

## ЗНАЧЕНИЕ АНЕМИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

УДК 616.155.194

**А.Н. Андреев, А.В. Акимова, А.В. Невская, Е.В. Кондрашова**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В статье отражены данные по частоте встречаемости, структуре и отличиях анемии хронических заболеваний от других видов анемий в отделении неотложной терапии МБУ ЦГКБ № 6 г. Екатеринбурга.

**Ключевые слова:** анемия хронических заболеваний, терапевтический стационар.

### THE IMPORTANCE OF ANEMIA OF CHRONIC DISEASES IN THE THERAPEUTIC HOSPITAL

**A.N. Andreev, A.V. Akimova, A.V. Nevskaya, E.V. Kondrashova**

*Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation*

The article presents data on the frequency of occurrence, structure, and the differences between anemia of chronic diseases from other types of anemia in the emergency Department therapy of Central clinical hospital No. 6 in Ekaterinburg.

**Keywords:** anemia of chronic diseases, therapeutic hospital.

#### **Введение**

Частота встречаемости анемии при ряде хронических заболеваний достигает 100%, что обусловило появление термина «анемия хронических заболеваний» (АХЗ), подчеркивающего роль основного заболевания в ее патогенезе. Распространенность АХЗ в пожилом и старческом возрасте варьирует от 2,9 до 61% у мужчин и от 3,3 до 41% у женщин, а в молодом и зрелом возрасте чаще выявляется у женщин. У госпитализированных пожилых больных ее частота достигает 36–80% (у амбулаторных больных — 5–14%) [1].

Анемия хронических заболеваний (АХЗ) в настоящее время рассматривается как самостоятельная нозологическая форма, имеющая код по МКБ-10-D 63.8.

АХЗ является второй по распространенности после железодефицитной анемии (ЖДА) и наблюдается у пациентов с хронической активацией иммунной системы вследствие различных как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний.

Анемия и связанная с ней гипоксия не только отражаются на самочувствии больных, но и влияют на течение основного процесса. У больных с АХЗ чаще имеется комплексная патология. Может быть нарушена функция почек, сердца, печени и других органов. В подобных ситуациях можно говорить о взаимном отягощении имеющихся нарушений, каждое из которых вряд ли может быть излечено в отдельности. И только компенсация анемии положительно влияет на функционирование различных органов и систем [3].

Тяжелая анемия ассоциируется с увеличением сроков госпитализации, стоимости лечения и смертности.

#### **Цель исследования**

Оценить значение анемии хронических заболеваний в структуре анемий у пациентов терапевтического стационара.

#### **Задачи**

1. Оценить частоту встречаемости анемии вообще и анемии хронических заболеваний в терапевтическом отделении стационара.
2. Выявить патологические состояния, которые наиболее часто сопровождаются АХЗ.
3. Выявить основные отличия АХЗ от ЖДА и других видов анемий.

#### **Материалы и методы**

Проанализированы результаты клинико-лабораторного обследования всех пациентов (n = 373) отделения неотложной терапии МБУ ЦГКБ № 6 г. Екатеринбурга за 3 месяца (сентябрь, октябрь, ноябрь 2016 г.). Среди всех пролеченных по результатам общего анализа крови (ОАК) были выявлены пациенты с анемией. Они составили группу исследования (n = 69). Оценены данные анамнеза, общего и биохимического анализов крови и других исследований, подтверждающих наличие анемии и коморбидных заболеваний внутренних органов, а также необходимость проведения гемотрансфузии.

Из числа пациентов группы исследования были выделены 3 основные подгруппы: 1 — ЖДА, 2 — В12-дефицитная анемия, 3 — АХЗ. Проведено сравнительное исследование подгрупп по основным показателям общего анализа крови (гемоглобину, среднему содержанию гемоглобина в

эритроците (МСН), среднему объему эритроцита (MCV), гематокриту (HCT), числу эритроцитов, лимфоцитов, тромбоцитов и скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и показателям железа сыворотки крови и ферритина.

Статистическая обработка данных проводилась с применением прикладной программы Statistica for Windows v.6.0. Различия между парами групп оценивали непараметрическим методом (критерий Манна-Уитни). Различия признаны достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

За 3 месяца в отделении неотложной терапии МБУ ЦГКБ № 6 г. Екатеринбурга было пролечено 373 пациента, из которых анемия выявлена у 69 (18,4%). Медиана возраста пациентов составила 64,5 (48ч76) года. У женщин анемия встречалась немного чаще — 39 (56,5%), — чем у мужчин — 30 (44,4%).

Анемия выступала основным диагнозом при поступлении у 35 (9,3% от всех пролеченных), сопутствующим — у 34 (9,1%) пациентов.

Структура анемий по степени тяжести: легкой степени — 22 (31,8%), средней тяжести — 14 (20,2%), тяжелые — 33 (47,8%) (рис. 1).

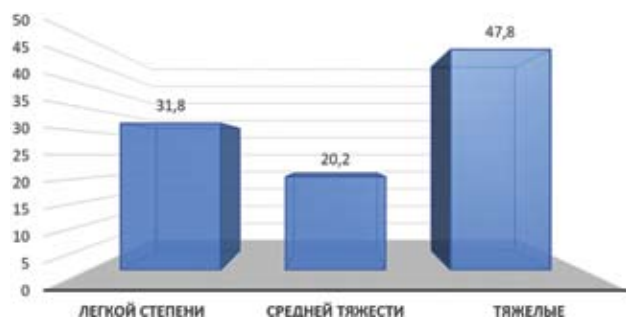


Рис. 1. Степени тяжести анемии, %

По цветовому показателю: нормохромные — 30 (43,4%), гиперхромные — 15 (21,7%), гипохромные — 24 (34,7%).

Всего выявлено: ЖДА — 22 пациента (31,9%), В12-дефицитная анемия (В12-ДА) — 8 (11,6%), АХЗ — 29 (42%), сочетанные и другие анемии — 10 (14,4%) (рис. 2).

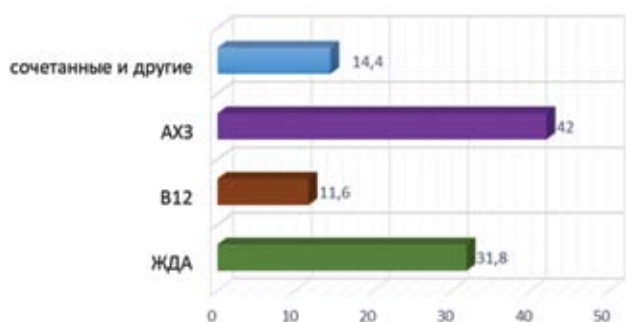


Рис. 2. Структура анемий, %

14 пациентам из 69 (20,3%) проводилась гемотрансфузия по жизненным показаниям. Проведение гемотрансфузий закономерно ассоциировалось с более низким уровнем гемоглобина — 61 (41ч66,5) г/л против 90,5 (78ч100) г/л,  $p = 0,000$  — и не зависело от этиологии анемий.

АХЗ была выявлена у 29 человек (42%). Из них у 15 (51,7%) — тяжелая степень анемии, средней тяжести — 6 (20,6%), легкой степени — 8 (27,5%). По цветовому показателю преимущественно выявлялась нормохромия эритроцитов — у 24 человек (82,8%), гипохромия — у 5 (17,2%). Медиана возраста пациентов с АХЗ составила 66 (38ч73) лет. Значимой разницы по полу не выявлено. АХЗ как основной диагноз при поступлении был у 12 пациентов (41,3%), у остальных 17 (58,6%) — как сопутствующее заболевание.

Среди пациентов с АХЗ наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы (различные формы ИБС, гипертоническая болезнь, нарушения ритма, чаще по типу постоянной формы фибрилляции предсердий), осложненная хронической сердечной недостаточностью (ХСН), — 41,4% больных. Злокачественные новообразования были причиной АХЗ у 24,1% больных. Хронический панкреатит и ХБП были на 3-м месте среди заболеваний, ассоциированных с АХЗ, — по 10,3%.

Вместе с тем, АХЗ значимо отличалась от ЖДА и В12-дефицитной анемии по показателям крови (табл. 1).

Группы не различались по числу эритроцитов и концентрации гемоглобина. В ОАК при АХЗ отмечалась нормохромия эритроцитов, и по показателю МСН 27,6 (26,8ч32,4) группа АХЗ значимо отличалась от пациентов с ЖДА ( $p = 0,000$ ) и В12-дефицитной анемией ( $p = 0,000$ ). Показатели MCV при АХЗ соответствовали нормальным значениям 85,9 (80,8ч91,5) и значимо отличались от таковых при ЖДА ( $p = 0,000$ ) и В12-ДА ( $p = 0,000$ ).

Все пациенты с анемией имели пониженные уровни гематокрита. Это подтверждает значимость оценки этого показателя при диагностике анемии. Группы АХЗ и В12-ДА статистически значимо отличались меньшими показателями гематокрита от пациентов с ЖДА ( $p = 0,02$  и  $p = 0,009$  соответственно). Это можно связать с более частым гипопластическим генезом анемии в данных группах, а также с возможным наличием гипергидратации у части пациентов с ХСН и почечной недостаточностью. Влияние гемотрансфузий на выявленные различия уровней гематокрита в настоящем исследовании доказать нельзя, так как группы значимо не различались по частоте их назначения.

Содержание лимфоцитов и тромбоцитов в крови пациентов с АХЗ было в пределах нор-

мальных значений, чем отличалось от пациентов с ЖДА и В12-дефицитной анемией. Пациенты с АХЗ отличались значимо более высокими цифрами СОЭ — 51,5 (33,5ч74,5) мм/ч по сравнению

с больными ЖДА ( $p = 0,000$ ). Низкие показатели железа и ферритина специфичны для ЖДА ( $p < 0,05$ ), а при АХЗ они чаще имеют нормальные значения.

Таблица 1

### Показатели крови у пациентов в зависимости от вида анемии

Показатель	Группа 1 ЖДА (n=22)	Группа 2 В12-ДА (n=8)	Группа 3 АХЗ (n=29)	Р 1 и 2 группы	Р 2 и 3 группы	Р 1 и 3 группы
МСН	22,05 (16,8ч25,7)	43,9 (35,8ч45,8)	27,6 (26,8ч32,4)	0,000	0,000	0,000
МСV	73,1 (61,3ч78,4)	120,9 (102,9ч122,7)	85,9 (80,8ч91,5)	0,000	0,000	0,000
НСТ	26,6 (23ч31,8)	17,1 (14,2ч24)	19,5 (17,2ч28)	0,009	0,55	0,02
Лимфо-циты	22 (14ч30,8)	47,8 (35,5ч54)	26,6 (16,1ч46,7)	0,000	0,024	0,24
Тромбо-циты	408 (251ч527)	123 (86ч167,5)	229 (122ч299)	0,000	0,03	0,000
СОЭ	20 (13ч48)	31,5 (20ч42,5)	51,5 (33,5ч74,5)	0,22	0,07	0,000
Железо сыворотки	4 (3,7ч4,3)	38,2 (30ч50)	18,75 (8,2ч50)	0,000	0,09	0,000
Ферритин	7,85 (4,5ч13,1)	162,6 (76,2ч270)	176 (68ч233)	0,001	0,55	0,01

### Выводы

Таким образом, анемия хронических заболеваний чаще всего встречалась у пациентов, страдающих ХСН (41,4%), на втором месте — активные злокачественные новообразования (24,1%), на третьем — хронические панкреатиты и ХБП 4–5-стадии (по 10,3%).

АХЗ чаще ассоциировалась с нормохромией и нормоцитозом эритроцитов в ОАК, более высо-

кими цифрами СОЭ и меньшими показателями гематокрита по сравнению с ЖДА и В12-дефицитной анемией.

Выделение АХЗ в отдельный патогенетический вариант и осведомленность о нем врачей разных специальностей имеет важное значение для дифференциальной диагностики анемий, так как сущность и терапевтические подходы при разных видах анемий отличаются.

### Литература

1. Андреев, Л. А. Анемия хронических заболеваний / Л. А. Андреев, Л. В. Балева // РМЖ. — 2014. — № 2. — С. 50–55.
2. Дворецкий, Л. И. Железодефицитная анемия в практике терапевта / Л. И. Дворецкий // РМЖ: Гематология. — 2009. — № 23, Т. 17. — С. 1517–1521.
3. Рукавицын, О. А. Анемия хронических заболеваний: отдельные аспекты патогенеза и пути коррекции / О. А. Рукавицын // Онкогематология. — 2016. — № 1, Т. 11. — С. 37–46.
4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению анемии хронических болезней. — 2014. — 9 с.
5. Чернов, В. М. Анемия в практике терапевта и принципы ее коррекции / В. М. Чернов, И. С. Тарасова, А. Г. Румянцев // Лечебное дело. — 2011. — № 1. — С. 81–88.

Адрес для переписки: anna\_v\_akimova@mail.ru