

Пациент с анемией в поликлинике: больше вопросов, чем ответов

А.Л. Верткин, Н.О. Ховасова, Е.Д. Ларюшкина, К.И. Шамаева

Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Анемия сегодня встречается в практике любого врача. Однако первоочередная роль в выявлении низкого гемоглобина принадлежит участковому терапевту, который должен обеспечить диагностический поиск для выявления причины анемии, что в реальной практике не выполняется.

Ключевые слова: анемия, низкий уровень гемоглобина, микроцитарная анемия, железодефицитная анемия.

Анемия — клиничко-лабораторный синдром, являющийся проявлением различных заболеваний, имеющих различную этиологию и патогенез. Анемия во многом определяет тяжесть течения и прогноз заболевания и встречается в практике любого врача.

Согласно определению ВОЗ анемия регистрируется у взрослых женщин при снижении концентрации гемоглобина ниже 120 г/л, а у мужчин — ниже 130 г/л.

Сегодня каждый пятый пациент имеет анемию. Однако в реальной практике судить о частоте встречаемости анемии невозможно: статистический учет ведется по основному заболеванию, а анемия — это всегда осложнение, что не учитывается в статистике.

Как известно, современная тенденция оказания медицинской помощи характеризуется снижением коечного фонда в стационарах, в связи с чем амбулаторному звену принадлежит ключевая роль, в том числе в активном выявлении анемического синдрома и поиске причины, приведшей к его возникновению.

Чтобы понять истинную распространенность анемии на амбулаторном этапе, мы решили создать реестр пациентов с анемией в поликлинике одного из округов Москвы, что в реальности оказалось непросто. С одной стороны, диспансерный учет и регистрация больных с анемией не ведется. С другой стороны, во многих амбулаторных картах, несмотря на наличие низких цифр гемоглобина, анемия участковым терапевтом не выносится в диагноз. Поэтому мы в регистратуре этой поликлиники стали смотреть результаты значений гемоглобина в каждой амбулаторной карте. В итоге среди просмотренных 6867 амбулаторных карт в 440 (6,4 %) был выявлен низкий гемоглобин в общем анализе крови. Среди этих пациентов преобладали женщины (79,2 %). По степени тяжести чаще встречалась анемия легкой степени — 76 %. Однако надо отметить, что у 6 % пациентов анемия была тяжелой. Возникает вопрос: почему до сих пор эти пациенты не были госпитализированы? Среди причин тяжелой анемии на первое место (более 50 %) выступили

так называемые сосудистые заболевания, главным образом — различные формы ИБС. При этом, несмотря на наличие низкого гемоглобина в анализе крови, в 72,4 % анемия не была вынесена в диагноз, и, соответственно, лечения больные не получали.

Среди пациентов, имеющих анемию, судя по амбулаторным картам, в подавляющем большинстве случаев причина анемии не была установлена. А для уточнения причин анемии по принятому стандарту было обследовано меньше трети пациентов. Так, например, среди 167 женщин лишь 43 были осмотрены гинекологом, а из 93 мужчин — 34 урологом. И только 7,7 % пациентов были госпитализированы в стационар для уточнения причины анемии.

Как оказалось, пациенты с анемией имеют массу соматических заболеваний. В современной медицине это получило название коморбидности. Среди коморбидной патологии у пациентов с анемией (n = 440) преобладала сосудистая патология (кардио- и цереброваскулярные заболевания: гипертоническая болезнь, различные формы ИБС, хроническая ишемия головного мозга), а также фоновые для них состояния (ожирение, сахарный диабет). При этом индекс коморбидности составляет 3,7. Все это еще раз подчеркивает необходимость в каждом пациенте в первую очередь видеть «сосудистого» и проводить диагностический поиск, направленный на выявление данной патологии.

При выявлении сниженного уровня гемоглобина на амбулаторном этапе участковый терапевт должен быть нацелен на поиск основных заболеваний, являющихся причиной анемии. В частности, это кардиоваскулярные, онкологические заболевания, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, а также цирроз печени. У женщин необходима консультация гинеколога для выявления генитальной патологии. При исключении всех этих болезней и неустраненной причине анемии необходим дальнейший, более пристальный диагностический поиск, а также консультации узких специалистов (гастроэнтеролог, нефролог, уролог, гематолог). Вместе с тем надо понимать, что 76 % анемий

у пациентов на амбулаторном этапе — легкой степени и на них просто не обращают внимания врачи, а при наличии анализа крови с низким гемоглобином в клинический диагноз анемия выносится только в 27,6 % случаев!!! Соответственно и лечение получают только треть пациентов, не говоря уже о том, что более чем в 60 % случаев причина анемии остается неизвестной.

На сегодняшний день существует множество классификаций анемии, по множеству параметров. Одна из них — по уровню цветового показателя: гипо-, нормо- и гиперхромные. У амбулаторных пациентов преобладает гипохромная анемия (47 %). Вторая по частоте — нормохромная анемия, реже встречается гиперхромная анемия. Применять эту классификацию удобно при скрининге анемии в амбулаторных условиях с помощью экспресс-методов.

Однако классификация анемии по цветовому показателю применяется преимущественно в России и странах СНГ. Сегодня в литературе, а также в клинико-лабораторной практике принятой является классификация, основанная на показателе среднего объема эритроцитов (MCV). По данному показателю анемии делятся на микроцитарные (MCV < 80 фл), нормоцитарные (MCV 80–100 фл) и макроцитарные (MCV > 100 фл). К микроцитарным относятся 3 группы анемий: железодефицитная (ЖДА), анемия хронических заболеваний и некоторые редкие анемии. Первые две являются прерогативой терапевтов, тогда как последняя — гематологов.

ЖДА является самой распространенной из всех известных анемий: по данным мировой статистики, на ее долю приходится 41,5 %. Высокая распространенность ЖДА обуславливает необходимость пристального внимания к вопросам диагностики и лечения данного вида анемии.

ЖДА — клинико-гематологический синдром, характеризующийся нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающегося на фоне различных патологических или физиологических процессов, и проявляющийся признаками анемии и сидеропении.

Необходимо помнить, что ЖДА всегда микроцитарная, но не все микроцитарные анемии железодефицитные. Поэтому для правильной постановки диагноза ЖДА необходимо лабораторное определение обмена железа. К доступным для определения показателям обмена железа относятся сывороточное железо, ферритин, трансферрин. Сегодня стало понятно, что изолированное определение сывороточного железа недостаточно, так как оно составляет только 0,2–0,5 % всего железа в организме, уровень сывороточного железа снижается только при выраженном дефиците железа, что не позволяет диагностировать его латентный дефицит.

К основным принципам лечения ЖДА относятся прежде всего назначение пероральных препаратов железа, так как диетой восстановить запасы железа в организме нельзя. Для парентерального назначения препаратов железа существуют строгие показания.

Однако, несмотря на известные принципы, лечение в амбулаторных условиях при диагностированной ЖДА получали только лишь 16 % пациентов. При этом необходимо отметить, что в поликлиниках чаще назначались соли двухвалентного железа. По всей видимости, не учитывалось сформировавшееся в последние годы мнение, что трехвалентное железо является наиболее предпочтительным для пациентов с ЖДА. Препараты трехвалентного железа не обладают раздражающим действием на слизистую оболочку верхних отделов ЖКТ и, соответственно, не вызывают её эрозивно-язвенного поражения, что особенно актуально для пожилых «сосудистых» пациентов, которые преобладают среди больных с анемией. Трехвалентное железо не обладает оксидантным эффектом, а потому предотвращает окисление атерогенных фракций липопротеидов и образование свободных радикалов, что также немаловажно для «сосудистых» пациентов. Отсутствие окислительного потенциала также профилактирует потемнение и пожелтение эмали зубов и появление металлического привкуса во рту, что является одной из причин отказа от приема препаратов двухвалентного железа.

Препараты трехвалентного железа имеют в своем составе либо белковую структуру, либо полисахаридную, что приближает их к физиологическим условиям обмена железа в организме, нежели использование неорганических солей железа.

Современный препарат железа (III) гидроксид полимальтозный комплекс (Мальтофер) имеет положительную практику применения при лечении ЖДА. И это вполне оправдано. Структура, находящаяся в основе Мальтофера, напоминает депонирующий железо белок ферритин. Высокой эффективности данного препарата способствует полимальтозная оболочка, которая обеспечивает стабильность и растворимость комплекса в широком диапазоне кислотности желудка. Низкая токсичность и хорошая переносимость также являются важными характеристиками Мальтофера, так как железо из полимальтозного комплекса высвобождается постепенно. Низкий уровень окислительного стресса, наблюдаемый при использовании Мальтофера, объясняется тем, что абсорбция железа происходит при участии активного физиологического механизма. В отличие от препаратов двухвалентного железа, концентрация железа в сыворотке, достигаемая после введения солей двухвалентного железа, может приводить к высокой степени насыщения трансферрина и даже к повышению количества сывороточного железа, не связанного с трансферрином, что обуславливает развитие окислительного стресса и гемосидероза в различных органах и тканях.

Благодаря физико-химическим свойствам Мальтофера какие-либо взаимодействия его с лекарствами или компонентами пищи практически отсутствуют. Эффективность и безопасность препарата Мальтофер повышают комплаенс у пациентов, что обуславливает его широкое применение при анемии, в том числе и на амбулаторном этапе.