

# ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Стяжкина С.Н.<sup>1</sup>, Ишматова Ю.В.<sup>2</sup>, Шаритдинова Р.Д.<sup>3</sup>, Сабирова Н.Р.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Стяжкина Светлана Николаевна – профессор, доктор медицинских наук, преподаватель, кафедра факультетской хирургии;

<sup>2</sup>Ишматова Юлия Вениаминовна – студент;

<sup>3</sup>Шаритдинова Регина Димитриевна – студент;

<sup>4</sup>Сабирова Назгуль Радиковна – студент,

кафедра факультетской хирургии с курсом урологии,

Государственное федеральное образовательное учреждение высшего профессионального образования Ижевская государственная медицинская академия,

Первая республиканская клиническая больница, г. Ижевск

**Аннотация:** отмечается рост патологии желудка и двенадцатиперстной кишки в последние годы. Это связано с возрастающим интересом к проблеме анемии и совершенствованием диагностических методик, основанных на достижениях в различных областях фундаментальной науки и их доступности для специализированных лечебных учреждений и возрастающем профессионализме современного врача [1].

**Ключевые слова:** железодефицитная анемия, язвенная болезнь желудка, постгеморрагическая анемия, хирургическое отделение.

Железодефицитная анемия - это анемия, обусловленная дефицитом железа в сыворотке крови, костном мозге и депо. Люди, страдающие скрытым дефицитом железа и железодефицитной анемией, составляют 15-20% населения Земли. Общепринято выделять две формы железодефицитных состояний: латентный дефицит железа и железодефицитную анемию. Латентный дефицит железа характеризуется уменьшением количества железа в его депо и снижением уровня транспортного железа крови при нормальных показателях гемоглобина и эритроцитов. Анемия характеризуется снижением уровня гемоглобина ниже 130 г/л и количества эритроцитов ниже  $4 \cdot 10^{12}/л$  у мужчин и соответственно ниже  $120 г/л$  и  $3,5 \cdot 10^{12}/л$  у женщин [2].

По статистическим данным, железодефицитная анемия занимает первое место среди 38 самых распространенных заболеваний человека. Из всех анемий она является самой распространенной: до 70-80% всех диагностируемых анемий. В России железодефицитная анемия выявляется у 6-30% населения. Язвенная болезнь, приводящая к анемии, относится к числу распространенных заболеваний: она встречается у 3—13 % лиц с заболеваниями органов пищеварения, у 7—10 % вскрываемых трупов. По данным различных статистических материалов, язвенная болезнь отмечается у 1—3 % взрослого населения. Мужчины болеют в 1,5—3 раза чаще, чем женщины. Наиболее часто страдают люди в возрасте 30—50 лет, но описаны случаи язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки у детей 2—3 лет и у людей старых и престарелых [4, 6].

**Цель работы:** изучить железодефицитную анемию у больных хирургического профиля, анализ распространенности, исследовать пациентов с заболеваниями, приводящих к анемии за 2016 год в хирургическом и проктологическом отделениях в 1 Республиканской клинической больнице, проанализировать актуальность исследуемой темы и лечение.

**Материалы и методы:** Исследованы 80 историй болезней, из которых 12 пациентов с другими заболеваниями. С заболеваниями язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки-28 человек, что составляет 41,18%, которые были госпитализированы в хирургическое отделение для дальнейшего оперативного лечения, 40 человек (58,82%) - в проктологическом отделении, из них с заболеваниями - болезнь Крона (9 человек-13,23%), неспецифический язвенный колит (15 человек-22,06 %), геморрой (16 человек-23,53%) [7].

Причиной железодефицитной анемии является несоответствие между потребностью организма в железе и его поступлением: при различных заболеваниях и состояниях, сопровождающихся кровопотерями от минимальных до значительных, в том числе при частых заборах крови, длительном донорстве. Другими причинами железодефицитной анемии являются: повышенная потребность в железе (в период роста организма, беременности, лактации); нарушение всасывания железа; недостаточное поступление железа с пищей (вегетарианство, голод) [3,5,6].

**Результаты исследования.** При обследовании у пациентов биохимического анализа крови наблюдалось: уменьшение концентрации сывороточного ферритина; уменьшение концентрации сывороточного железа; повышение ОЖСС; уменьшение насыщения трансферрина железом.

Лечение при острой кровопотери состоит в возмещении кровопотери. Больному переливают кровь, вводят такие кровезаменители, как полиглюкин, раствор альбумина, а также солевые растворы (их объём зависит от величины кровопотери). Препараты железа: солевые(ионные соли Fe 2+(железа сульфат

2+, железа фумарат 2+, железа глюконат 2+, железаклорид.); несолевые (неионные) железа(III) гидроксид полимальтозный комплекс [2, 3].

При хронической постгеморрагической анемии наилучшим методом лечения является удаление источника кровопотери (иссечение геморроидальных узлов, резекция желудка при кровоточащей язве и.т.д.). Однако радикальное излечение основного заболевания не всегда возможно (например, при неоперабельном раке желудка). Очень важно назначение препаратов железа. Целесообразным считается использование препаратов, содержащих микроэлементы (медь, кобальт, марганец) Микроэлементы помогают утилизации железа, ускоряют процессы образования гемоглобина и поддерживают эритропоэз в организме [1].

Критериями правильности проводимого лечения будут служить повышение уровня общего железа в крови, рост концентрации гемоглобина, числа ретикулоцитов и эритроцитов, и конечно, улучшение самочувствия больного

**Клинический пример.** Пациентка Макшиева А.Н., 37 лет находилась на стационарном лечении в 1 РКБ г.Ижевск в течении 10 койко-дней с диагнозом :

Основное заболевание: Болезнь Крона с поражением поперечной ободочной кишки, течение средней тяжести (индекс активности по Бесту - 385). Сопутствующее заболевание: Хроническая железодефицитная анемия средней степени тяжести. Железодефицитное состояние.

Жалобы: на периодические приступообразные боли по ходу толстого кишечника сопровождающиеся тенезмами, запоры до 4 дней со стулом по типу «овечьего кала» иногда с примесью слизи, субфебрильную температуру тела. Анамнез заболевания: Запоры и анемия с детства. С 1998 г. – ЯБ ДПК. Обострения на фоне лечения препаратами железа. Последние 15 лет без рецидивов. В начале 2016 г. перенесла ОРВИ, после чего отмечает усугубление анемии (Hb 78 г/л). Был назначен длительный курс препаратами железа (сорбифер), на фоне приема которых у пациентки в течение года нарастают боли в животе и нарушение стула. Лечение: спазмолитики, ферменты, ИПП, антисекреторные препараты без эффекта.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. л/у не увеличены. Питание умеренно понижено ИМТ 17,5. Пульс 86 уд. в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот мягкий, резко болезненный в илеоцекальной области. Печень не увеличена [7].

#### Общий анализ крови от

23.11.2016	Результат	Норма
Тест		
Эритроциты	3,94 10 <sup>12</sup> /л	4,6-6,1
Гемоглобин	86 г/л	137-175
Гематокрит	41,3%	40-50
Средний объем эритроцита	77,2 фл	80-95
Среднее содержание гемоглобина	23,8 пг	27-33
Средняя концентрация гемоглобина	308 г/л	320-360
Индекс анизоцитоза эритроцитов	19,0%	9-15
Тромбоциты	351 10 <sup>9</sup> /л	150-420
Лейкоциты	8,5 10 <sup>9</sup> /л	4,2-9,1
Нейтрофилы	75,5%	34-72
Лимфоциты	12,5%	19-50
Моноциты	7,7%	3-12
Эозинофилы	1,8%	0,5-5
Базофилы	0,5%	0-2
СОЭ	33 мм/ч	0-30

#### Лабораторное и инструментальное обследование

- ОАМ, биохимический анализ крови от 23.11.16 – без отклонений от нормы.
- СРБ – 30,1 мг/л (0-5)
- Сывороточное железо 2,6 мкмоль/л (12,5-32,2)
- Ферритин 4,5 нг/мл (25-250)
- Вит В12 314 пг/мл (180-900)
- Эритропоэтин – 17,9 мМЕ/мл (3,7-31,5)
- УЗИ брюшной полости, почек от 30.10.14 – признаки хронического холецистита.
- ФГС от 18.11.14 – хронический гастрит, дуоденит.

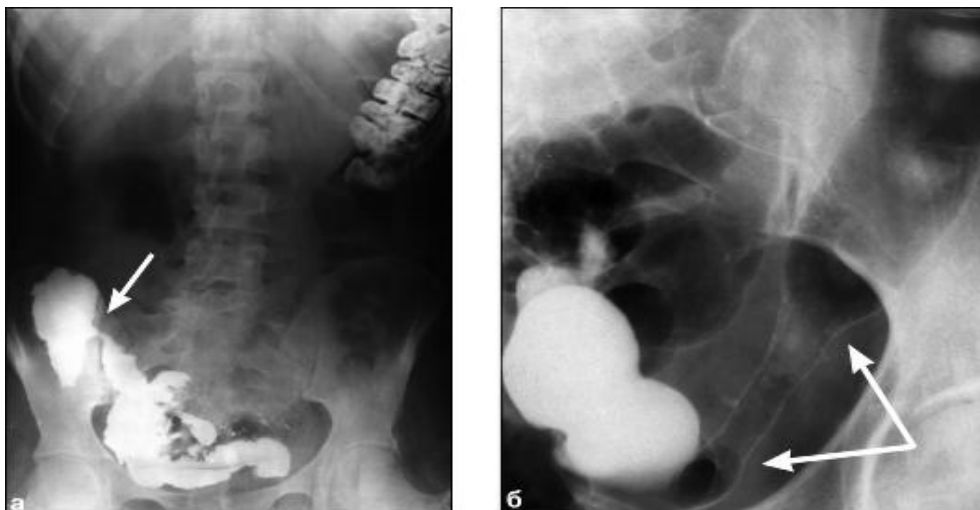
•Кал на яйца гельминтов и простейших (по Турдыеву) от 08.11.14 – отр.

•Кал на иерсиниоз, токсины А и В Clostridium dif., E. coli – отр.

Колоноскопия от 2.12.16

•Колоноскоп проведен до с/3 поперечной ободочной кишки, далее кишка представляет собой ригидную трубку с грубыми продольными складками. Слизистая на них ярко гиперемирована, отечна. Между складками – неправильной формы язвенные дефекты, прикрытые фибрином.

•Заключение: Болезнь Крона выраженной активности с поражением поперечной ободочной кишки (Рис 1).



*Рис. 1. Болезнь Крона*

*а) поражен терминальный отдел тонкой кишки*

*б) поражен дистальный отдел нисходящей ободочной кишки*

Лечение: Метипред 40 мг/сут, Азатиоприн 100 мг/сут, Феринжект 1000 мг.

Заключение: ЖДА до настоящего времени остаётся одной из актуальных проблем медицинской науки и практического здравоохранения вследствие широкого распространения и неблагоприятного воздействия на организм человека. Причина её ещё заключается в том, что пациенты поздно обращаются к врачу, что приводит к его выявлению в поздних запущенных случаях, когда пациент нуждается в оперативном лечении. Многим пациентам в начале заболевания не был установлен правильный диагноз и они безуспешно лечились у врачей различного профиля. Также важной проблемой остаётся недостаточная информированность пациентов о профилактике анемий. В последние годы появилось много новых методов исследования, благодаря которым врачи получают более достоверную информацию об этом заболевании

#### **Список литературы**

1. *Белошевский В.А.* Анемии / В.А. Белошевский, Э.В. Минаков. Воронеж: Изд-во им. Е.А. Болховитинова, 2003. 346 с.
2. *Бокарев И.Н.* Анемический синдром / И.Н. Бокарев, Е.Н. Немчинов, Т.Б. Кондратьева. М.: Практическая медицина, 2006. 128 с.
3. *Воробьев П.А.* Анемический синдром в клинической практике / П.А. Воробьев. М.: Ньюдиамед, 2001. 168 с.
4. *Дворецкий Л.И.* Клинические рекомендации по лечению больных железодефицитной анемией / Л.И. Дворецкий. Рус. мед. журнал, 2004. № 14. С. 893—897.
5. Протокол ведения больных с диагнозом «железодефицитная анемия». М.: Ньюдиамед, 2005. 76 с.
6. Руководство по гематологии: в 3 т. / под ред. А.И. Воробьева. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Ньюдиамед, 2002—2004.
7. Истории болезней у пациентов в хирургическом и проктологическом отделениях в 1 Республиканской клинической больнице в г. Ижевск.