

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

В. С. Тригулова, Н. С. Волчкова, И. А. Тухватуллина

*Кафедра терапии № 2 (зав. — проф. Р. И. Хамидуллин) Казанского института
усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, отделенческая больница
(главврач — Р. И. Салыхов) ст. Казань Горьковской железной дороги*

Железодефицитная анемия, в основе которой лежит недостаток железа в сыроворотке крови, костном мозге, депо и тканях, распространена по сравнению с другими формами анемий в большей степени [2, 3]. Наиболее частыми этиологическими факторами железодефицитной анемии, как известно, являются различного рода кровопотери: меноррагии и метроррагии (у женщин), из желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, эрозия, дивертикулы, геморрой, неспецифический язвенный колит и др.), гематурия, носовые и маточные кровотечения. Причинами развития этой анемии могут быть опухоли различной локализации, редкие болезни (легочный гемосидероз, гломусные кисты), глистные инвазии, хронические инфекции, энтериты и резекция кишечника. Кроме того, анемия может возникнуть у женщин в периоды беременности и лактации, когда возрастает потребность организма в железе, у подростков при его недостаточном исходном уровне (если их матери страдали железодефицитной анемией), а также у доноров. В ряде случаев железодефицитная анемия может быть одним из симптомов других заболеваний кроветворных органов — лейкоза, тромбоцитопенической пурпуры и др. Следовательно, ее причины весьма разнообразны; у одного и того же больного иногда возможно сочетание нескольких факторов. Хотя наиболее частой причиной железодефицитной анемии являются геморрагии, необходимо в первую очередь исключить заболевания с неблагоприятным прогнозом, то есть опухоли. Следует помнить, что их можно просмотреть у больных, перенесших в прошлом резекцию $2/3$ желудка, у пациентов с наличием геморроя и железодефицитной анемии; у женщин с меноррагиями и железодефицитной анемией [2].

В данном сообщении мы предлагаем диагностический алгоритм при железодефицитной анемии, который построен по принципу наивысшей опасности для больного [1].

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

1.1. Тщательное исследование желудочно-кишечного тракта с применением рентгенологического, эндоскопического, ультразвукового, лапароскопического методов с целью

исключения	онкологических	заболеваний
отрицательный	положительный	опухоль
результат	результат	желудочно-кишечного тракта

1.2. Консультация гинеколога (для женщин) с целью исключения новообразования, гломусных кист

↓ опухоль гениталий, гломусная киста

1.3. Рентгенологическое исследование легких, по показаниям — бронхоскопия, бронхография с целью исключения опухоли, легочного гемосидероза

↓ опухоль легких, легочный гемосидероз

1.4. Рентгеноурологическое, скинтиграфическое, ультразвуковое исследования мочевыделительных органов с целью исключения новообразования и других возможных источников гематурии (при наличии)

↓ опухоль, камни и др.

2.1. Расспрос женщин о начале и продолжительности менструаций:

а) менструации обильные или длятся более 5 дней → железодефицитная анемия вследствие меноррагий (хроническая постгеморрагическая анемия);

б) менструации необильные, длительностью не более 5 дней → см. 2.2.

2.2. Расспрос о количестве беременностей и сроках их наступления, количестве родов и аборт, продолжительности периода лактации:

а) роды наступают с интервалом менее 2 лет → железодефицитная анемия вследствие повышенной потребности в железе;

б) роды протекают с интервалом более 2 лет → см. 2.3.

2.3. Расспрос о функции кишечника (исследование с целью исключения энтерита), перенесенных оперативных вмешательствах на кишечнике

↓ железодефицитная анемия, связанная с нарушением всасывания железа

2.4. Расспрос о донорстве (объем, частота)

хроническая постгеморрагическая анемия

2.5. Многократное исследование кала на наличие яиц гельминтов

железодефицитная анемия,
→ связанная с нарушением всасывания железа

2.6. Расспрос о наличии очагов хронической инфекции, частоте обострений

железодефицитная анемия
→ вследствие повышенной потребности в железе

2.7. Расспрос о диетических привычках (наличие в рационе мясных блюд)

→ эссенциальная железодефицитная анемия

алиментарная железодефицитная анемия

Именно такой подход, на наш взгляд, способствует правильной постановке диагноза и проведению рациональной этиотропной терапии. Примером может служить следующее наблюдение.

С., 48 лет, поступил в терапевтическое отделение 15.01.1988 г. с диагнозом: обострение хронического холецистита, колита, гипохромная анемия. Считает себя больным в течение последнего года, когда появились боли в эпигастриальной области с иррадиацией в правое подреберье, отрыжка воздухом, ощущение вздутия и урчание в животе. К моменту госпитализации боли усилились и начали распространяться по всему животу. В мае 1987 г. амбулаторно проводилась рентгеноскопия желудка: поставлен диагноз хронического холецистита. Лечение диетой, но-шпой, метилурацилом эффекта не оказало. В течение последнего месяца присоединилась общая слабость, выявлена гипохромная анемия.

При поступлении состояние средней тяжести. Рост — 176 см, масса тела — 85 кг. Кожные покровы бледные. Температура нормальная. Число дыханий — 18 в 1 мин. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушен-

ные, ритмичные; частота пульса — 80 уд. в 1 мин, АД — 15,3/9,3 кПа.

Язык влажный, не обложен; живот мягкий, болезненный над пупком. Печень и селезенка не увеличены. Сигмовидная кишка безболезненна.

Анализ крови: Hb — 1,1 ммоль/л, эр.— $2,63 \cdot 10^{12}$ /л, л.— $5,8 \cdot 10^9$ /л, цв. показатель — 0,8; СОЭ — 10 мм/ч. Лейкоформула, состав мочи — без отклонений от нормы. В кале яйца гельминтов не обнаружены, реакция Грегерсена положительная.

Эндоскопия: гастрит, дуоденогастральный рефлюкс. Ректороманоскопия: патологии не выявлено. Ирригоскопия: контрастная масса с трудом заполнила все отделы обычно расположенной толстой кишки. Поперечная ободочная кишка на протяжении около 10 см циркулярно сужена, контуры нечеткие, рельеф слизистой перестроен. Рентгенологически: инфильтративная форма новообразования толстой кишки.

Больной переведен в хирургическое отделение с диагнозом: опухоль печеночного угла поперечной ободочной кишки.

02.03.1988 г. произведена операция — резекция правой половины поперечной ободочной кишки с опухолью восходящей кишки. Гистологически: умеренно дифференцированная аденокарцинома.

Послеоперационный период протекал без осложнений; больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

В данном случае наличие гипохромной анемии, несмотря на отсутствие симптомов кишечной диспепсии, побудило нас к проведению (помимо гастроброскопии) ирригоскопии. Таким образом, уже в течение первой недели пребывания больного в стационаре была выявлена опухоль поперечной ободочной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Германов В. А. // Клин. мед. — 1974. — № 9. — С. 85.
2. Идельсон Л. И. // Гипохромные анемии. — М., Медицина, 1981.
3. Шерба М. М., Петров В. Н., Рысс Е. С. и др. // Железодефицитные состояния. — Л., Медицина, 1975.

Поступила 20.03.89.

УДК 616.832—02:616.155.2

НАРУШЕНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

А. С. Шитикова, О. Е. Беязо, Е. А. Ушакова, В. В. Куралева

Ленинградский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови
(директор — проф. Е. А. Селиванов)

Третья часть больных с миелодиспластическим синдромом погибает до развития лейкоза от инфекционных и геморрагических осложнений; после возникновения острого миелолейкоза эта величина достигает 59% [8]. В связи с этим актуальность изучения гемостатических нарушений при прелейкемических состояниях дикту-

ется прежде всего необходимостью сохранения жизни больных. Данные литературы свидетельствуют об отсутствии существенных изменений в плазменно-коагуляционном звене гемостаза и фибринолитических процессах [7]. Вместе с тем гематопэтическая дисфункция при миелодиспластическом синдроме обязательно включает и мегака-