

Тяжелая анемия алиментарного генеза

Н.Д.Гречанюк¹, Н.А.Беляева², Е.В.Гераськов^{1,2},
А.В.Зверьков¹, Д.В.Кладницкий^{1,2}

¹Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования Минздрава России Смоленск

²Отделенческая больница на станции Смоленск ОАО «РЖД», Смоленск

Анемия различного генеза является нередким состоянием, может быть самостоятельной патологией либо осложнением различных заболеваний. Данный клинический случай демонстрирует возможность развития тяжелой анемии алиментарного генеза и степень компенсаторных возможностей организма человека. В нашем случае удалось компенсировать недостаточность кислородотранспортной функции крови без замещения функции внешнего дыхания и инотропной поддержки симпатомиметиками.

Ключевые слова: анемия, клинический случай.

Severe Anemia of Nutritional Origin

N.D.Grechanyuk¹, N.A.Belyaeva²,
E.V.Geraskov^{1,2}, A.V.Zverkov¹, D.V.Kladnitskiy^{1,2}

¹The hospital department at the Russian Railways station, Smolensk

²Federal Center of Traumatology, Orthopaedics and Endoprosthetic care» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Smolensk

Anemia of various origins is a frequent condition. It can be a self-pathology or a complication of various diseases. This case demonstrates the possibility of severe anemia of nutritional origin and the extent of compensatory abilities of the human body. In this case it was possible to compensate the lack of oxygen transfer function without the replacement of respiratory function and to support blood circulation by sympathomimetics.

Keywords: anemia, case report.

Анемия различного генеза (постгеморрагическая, железодефицитная, В₁₂-дефицитная, смешанного генеза) является нередким состоянием, может быть самостоятельной патологией либо осложнением течения различных заболеваний. Критерием анемии является снижение уровня гемоглобина у мужчин менее 130 г/л и у женщин менее 120 г/л [1]. Несмотря на широкое распространение умеренно выраженной анемии, сообщения о выживших пациентах с экстремально низким уровнем гемоглобина в литературе встречаются довольно редко [2, 3].

Приводим наблюдение из собственной практики.

Пациент Л., 22 года, поступил в гематологическое отделение 29.05.2015 г. Диагноз: анемия тяжелой степени смешанного генеза на фоне алиментарной не-

достаточности. Сопутствующая патология: врожденный токсоплазмоз, тяжелое течение с развитием гидроцефалии, спастического тетрапареза, задержка физического и психического развития.

Является инвалидом детства I группы. В течение трех последних лет за медицинской помощью не обращался.

Из данных анамнеза: полностью зависим от помощи окружающих, находится дома. Со слов матери, употребляет в пищу только творог. Ухудшение состояния наступило в течение последних трех дней, отказывается от пищи, нет мочи около суток.

На момент поступления состояние тяжелое. Сознание угнетено до сопора. Выраженная гипотрофия, масса тела – 16 кг, индекс массы тела – менее 15. Кожные покровы – сухие, бледные, отеков нет. Гемодинамика со склонностью к гипотонии, стабильная, АД – 80/40 мм рт. ст. без инотропной поддержки симпатомиметиками. Тахикардия, ЧСС – 100–110 в минуту. Тоны сердца приглушены. Одышка – до 27 в минуту, сатурация на фоне ингаляции кислорода 4–6 л в минуту – 90–92%. Анурия. Учитывая тяжесть состояния, пациент переведен в отделение анестезиологии-реанимации.

Проведены лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови. В общем анализе крови обращает на себя внимание гипохромная микроцитарная анемия: количество эритроцитов – $0,77 \times 10^{12}/л$, уровень гемоглобина – 12 г/л, гематокрит – 3,9%. В то же время на фоне выраженной анемии, не отмечается значительного изменения количества тромбоцитов и лейкоцитов. В биохимическом анализе крови уровни билирубина, креатинина и мочевины умеренно повышены, уровни общего белка, глюкозы и сывороточного железа умеренно снижены, нарушен баланс электролитов.

Проведены инструментальные исследования: рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. На обзорной рентгенограмме активных очаговых и инфильтративных теней в легких не выявлено, сердце расширено в поперечнике. При УЗИ органов брюшной полости выявлена гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени.

Пациент осмотрен хирургом, данных за желудочно-кишечное кровотечение не выявлено.

Исходя из анамнеза, клинического, лабораторного и инструментального обследования, данных за постгеморрагическую, гемолитическую анемию, гемобластозы и другие новообразования не выявлено. Наиболее вероятной причиной анемии явилась общая алиментарная недостаточность без выраженного дефицита какого-либо одного фактора гемопоэза.

При определении трансфузиологической тактики в лечении данного больного объем необходимой эритроцитарной массы рассчитывался по формуле [4]:

$$\text{НОЭС (мл)} = \frac{\text{ДГ (г/л)} \times \text{ОЦК (мл)}}{\text{СГТС (г/л)}}$$

где: НОЭС – необходимый объем эритроцитсодержащей среды; ДГ – дефицит гемоглобина; СГТС – содержание гемоглобина в трансфузионной среде.

Учитывая тяжесть анемии, наличие признаков гемической гипоксии, трансфузионная терапия начата на фоне острой почечной недостаточности. В течение первых суток больному проводилось восполнение объема циркулирующей крови сбалансиро-

рованными полиионными растворами, проведена трансфузия 150 мл лейкофильтрованной эритроцитной взвеси. Коррекция дыхательной недостаточности проводилась в виде оксигенотерапии, клинических показаний для интубации трахеи и перевода пациента на искусственную вентиляцию легких не было.

К концу первых суток в состоянии пациента отмечена положительная динамика. После восстановления объема циркулирующей крови явления острой почечной недостаточности купировались без применения экстракорпоральных методов гемокоррекции. Гемодинамика стабильная без инотропной поддержки. В общем анализе крови после трансфузии: количество эритроцитов – $1,34 \times 10^{12}/л$, уровень гемоглобина – 30 г/л, гематокрит – 9%. Продолжена оксигенотерапия, медикаментозная, инфузионная и трансфузионная терапия, зондовое питание.

Пациент находился в отделении анестезиологии-реанимации 3 сут, было перелито 450 мл эритроцитсодержащих компонентов, по 150 мл/сут. На шестые сутки от момента госпитализации пациент выписан на амбулаторное лечение. Общий объем перелитых эритроцитсодержащих компонентов за весь период госпитализации составил 4 дозы (600 мл). При выписке в общем анализе крови – ко-

личество эритроцитов – $3,3 \times 10^{12}/л$, уровень гемоглобина – 90 г/л, гематокрит – 25,2%.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует возможность развития тяжелой анемии алиментарного генеза и степень компенсаторных возможностей организма человека. В нашем случае удалось компенсировать недостаточность кислородотранспортной функции крови без замещения функции внешнего дыхания и инотропной поддержки симпатомиметиками.

Литература

1. WHO. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, World Health Organization, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_ru.pdf, по состоянию на 18/08/2015)
2. Al-Mondhiry H., Al-Hilali A. Severe anemia. Clinical observations in 100 patients with very low hemoglobin levels. Arch Intern Med. 1979; 139 (9): 1053–1054.
3. Williams G., Naraq S. Severe anaemia in Port Moresby. A review of 101 adult Melanesian patients with haemoglobin level of 4G/100 ml or less. P N G Med J. 1979; 22 (4): 29–36.
4. Жибурт Е.Б. Трансфузиология. Санкт-Петербург: Питер, 2002. / Zhiburt E.B. Transfuziologija. Sankt-Peterburg: Piter, 2002. [in Russian]

Сведения об авторе:

Гречанюк Наталья Дмитриевна – врач-трансфузиолог, заведующая трансфузиологическим кабинетом ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России, Смоленск

Беляева Наталья Аркадьевна – врач-терапевт, заведующая приемным отделением НУЗ «Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД», Смоленск

Гераськов Евгений Васильевич – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России; врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации НУЗ «Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД», Смоленск

Зверьков Александр Владимирович – к.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России, Смоленск

Кладницкий Дмитрий Викторович – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Минздрава России; врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации НУЗ «Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД», Смоленск