

ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ И ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Р.К.Акбарова.¹, Ф.У.Рахматова.²

^{1,2}Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Для цитирования: © Акбаров Р.К., Рахматова Ф.У.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ СЕЗОННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ НА ПРИМЕРЕ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ. ЖКМП.-2023.-Т.4.-№4.-С

Поступила: 20.09.2023
Одобрена: 23.09.2023

Принята к печати: 05.12.2023

Аннотация: На базе Республиканского Специализированного Научно –Практического Медицинского Центра Гематологии в городе Ташкенте и II-гор больницы (нынешне Клиническая база Ферганского Медицинского Института Общественного Здоровья) были проведены обследования больных и их историй болезней, их периферическая кровь и венозная кровь. В результате обследования впервые разработаны рекомендации по оптимизации диагностики и лечения АХЗ, внедрен патогенетический подход к диагностике и лечению АХЗ на основе изучения основных факторов патогенеза развития АХЗ.
Ключевые слова: Лечение анемии. АХЗ, гепатит, цирроз печени.

SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT VA JIGAR SIRROZIDA KAMQONLIKLAR DIAGNOSTIKASI VA KLINIK LABARATOR XARAKTERISTIKASI

Р.К.Акбарова.¹, Ф.У.Рахматова.²

^{1,2} Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.

Izoh: © Akbarova R.K., Rahmatova F.U.

SURUNKALI VIRUSLI GPATIT VA JIGAR SIRROZIDA KAMQONLIKLAR DIAGNOSTIKASI VA KLINIK LABARATOR XARAKTERISTIKASI.KPTJ.-2023-N.4.-№4-M

Qabul qilindi: 20.09.2023
Ko'rib chiqildi: 23.09.2023

Nashrga tayyorlandi: 05.12.2023

Аннотация: Toshkentdagi Respublika Ixtisoslashtirilgan Ilmiy Amaliy Gematologiya Tibbiyot Markazi bazasida va Farg'onadagi 2-shahar shifoxonada (hozirda Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot Instituti klinik bazasi) davolanayotgan bemorlar va ularning kasallik tarixlari, periferik qoni va venoz qoni o'rganilib, tadqiqot o'tkazildi. Tadqiqot natijasida birinchi marta surunkali kasalliklar kamqonligini diagnostikasini optimallashtirish va davolash borasida tavsiyalar ishlab chiqildi, Surunkali kasalliklar kamqonligi kelib chiqishi patogenezi asosiy omillari o'rganilishi asosida ularni diagnostikasi va davolash uchun patogenetik yondashuv tadbiri qilingi.
Калит so'zlar: Kamqonlikni davolash. SKK, гепатит, jigar sirrozi.

DIAGNOSIS, CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ANEMIA IN CHRONIC VIRAL HEPATITIS AND LIVER CIRRHOSIS

Р.К.Акбарова.¹, Ф.У.Рахматова.²

^{1,2}Fergana medical institute of public health.

For situation: © Akbarova R.K., Rakhmatova F.U.

DIAGNOSIS, CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ANEMIA IN CHRONIC VIRAL HEPATITIS AND LIVER CIRRHOSIS. JCPM.-2023.P.4.№4-A

Received: 20.09.2023
Revised: 23.09.2023

Accepted: 05.12.2023

Annotation: Based on the Republican Specialized Scientific and practical Klin Center for Hematology in the city of Tashkent and the 2-mountain hospital (now the Clinical Base of the Ferghana Medical institute of PUBLIC Health), examinations of patients and their case histories, their peripheral blood and venous blood were carried out. As a result of the examination, recommendations for optimization were developed for the first time, diagnosis and treatment of ACD, a pathogenetic approach to the diagnosis and treatment of ACD was introduced based on the study of the main factors of the pathogenesis of the development of ACD (Anemia of Chronic Diseases).
Keywords: anemia treatment, chronic disease anemia, hepatitis, liver cirrhosis.

Актуальность: По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) порядка 2 млрд человек, или 300/0 от общей численности населения планеты страдают от анемии. Причем распространенность анемии в развивающихся и развитых странах составляет 43% и 9%, соответственно. В США распространенность анемии различных типов среди пожилых людей (65 лет и старше) составляет от 10 до 11%. При этом одна треть случаев приходится на анемии, обусловленные хроническими заболеваниями. Анемия хронических заболеваний (АХЗ) является наиболее распространенной и занимает 2-е место после железодефицитной анемии. АХЗ часто сопровождается инфекционными, ревматическими и опухолевыми заболеваниями, хроническую сердечную недостаточность, хроническую болезнь почек, сахарный диабет, цирроз печени и др., при этом частота может достигать и 100%, если заболевание имеет высокую продолжительность. АХЗ отягощает течение основного заболевания, снижает эффективность лечения, повышает риск различных осложнений и снижает качество жизни.

Несмотря на высокую частоту АХЗ внимание к ней со стороны медицинской науки и практики недостаточно, нет единого подхода в вопросам этиопатогенеза, стандартов диагностики и лечения, профилактики анемии. Нет также единой классификации АХЗ, и в большинстве случаев в медицинской практике используется классификация на основе объема эритроцитов: микроцитарная, нормоцитарная, макроцитарная.

В доступной нам литературе относительно мало научных исследований посвященных изучению патогенеза АХЗ. В нашей республике есть единичные работы, посвященные изучению отдельных аспектов АХЗ при некоторых заболеваниях. Изучение основных факторов патогенеза АХЗ в нашей республике не проводилось, следовательно не разработаны рекомендации по диагностике и лечению АХЗ

Цель исследования: Разработать рекомендации по оптимизации диагностики и лечения АХЗ на основе изучения основных факторов патогенеза развития АХЗ. Для достижения цели поставлены следующие задачи:

1. Провести ретроспективные исследования среди больных с АХЗ в республиканских и региональных ЛПУ, изучить клинику — лабораторные аспекты диагностики и лечения АХЗ, провести статистический анализ полученных результатов.
2. Оценка состояния гемопоэза и клиники анемического синдрома у пациентов с различными хроническими заболеваниями в зависимости от пола, возраста, основного диагноза.
3. Изучить и оценить значение основных факторов патогенеза развития АХЗ показателей метаболизма железа, показателей витамина В₁₂, фолата, эритропоэтина, общего белка в крови пациентов.
4. На основе изученных ретроспективных данных и данных основных факторов патогенеза развития АХЗ разработать рекомендации по оптимизации диагностики и лечения АХЗ.

Методы исследования :

1. Ретроспективный анализ историй болезни больных с АХЗ, изучение клинику — лабораторных данных, оценка эффективности проводимой диагностики и лечения.
2. Проспективные исследования клинической картины АХЗ, изучение состояния гемопоэза по данным исследования периферической крови
3. Биохимические исследования по изучению показателей в венозной крови ферритина, трансферрина, сывороточного железа, витамина В₁₂, фолата, эритропоэтина, общего белка, билирубина
4. Статистическая обработка материала исследования.

На основе полученных данных будут разработаны методические рекомендации,

алгоритм диагностики и лечения АХЗ, будут опубликованы статьи, тезисы, а материалы исследований будут доложены на научных и практических конференциях, семинарах.

Анемический синдром является одним из частных осложнений хронических вирусных гепатитов и цирроза печени. Большое разнообразие факторов, лежащих в основе развития анемий при этих заболеваниях требует от врачей различных специальностей (гематологов, терапевтов, педиатров, гепатологов и др) квалифицированного подхода к распознаванию и дифференциации их отдельных форм. Анемией обозначается состояние, характеризующееся снижением уровня гемоглобина в крови, и возможно, количества эритроцитов в единице измерения. [3] Л.А Жеребцов (1995, 1997) констатируя, что одним из наиболее частых и тяжелых осложнений хронического вирусного гепатита и ЦП является анемия, указывает, что по данным ряда авторов её частота при этих состояниях колеблется от 26 до 96%, а в его собственных наблюдениях составила 81,5%. [3] П.М Альперин пришел к выводу, что в генезе анемий при ХГ и ЦП можно выделить три основные причины: 1) генез анемий, особенно макроцитарных, развивающихся при хронических заболеваниях печени, связан с функциональной недостаточностью печени; 2) генез анемий (а также лейко-тромбоцитопений) сопутствующих спленомегалиям и гепатолиенальным заболеваниям, связан с тормозящим влиянием селезенки на костномозговое кроветворение (спленогенным торможением деятельности костного мозга); 3) сочетание гепатолиенальных заболеваний с анемией и другими нарушениями кроветворения является результатом системного поражения печени, селезенки и костного мозга. Второстепенное значение этот автор отводил кровопотерям, дефициту железа, белков и витаминов (В₆, В₁₂, Е и др), а также повышенному гемолизу. [3] J. Algayres et al. (1980) при циррозе печени выделяет 5 видов анемии: 1. Ложная анемия вследствие разбавления крови, которая возникает в результате вторичного гиперальдостеронизма, ведущего к иммобилизации значительной части крови в чревной области. При этом происходит повышение объема циркулирующей плазмы, в то время как

количество эритроцитов остается без изменений;

2. Анемия, вызванная кровотечениями. Природа анемического синдрома при острых и хронического кровотечениях различна;

3. Гемолитическая анемия, возникающая вследствие ряда причин (повышенное разрушение эритроцитов в печени и селезенке, гуморальное ингибирующее действие селезенки на эритропоэз, появление при ХГ и циррозе печени морфологически аномальных, «неполноценных» эритроцитов, имеющих меньшую продолжительность жизни);

4. Анемии, возникающие в случае неспособности костного мозга полностью компенсировать кровопотерю или повышенный гемолиз. Первостепенное значение в развитии этого типа анемии автор отводит нарушению метаболизма витаминов В6, В12, фолиевой кислоты;

5. Анемия, развивающаяся при наличии всех или нескольких вышеперечисленных причин.[3]

Таб.№1 Лабораторно- инструментальные методы диагностики анемии при хронических вирусных гепатитах и циррозе печени.

ПРИЧИНЫ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.

Частые	Очень редкие	нечастые
Хроническая интоксикация алкоголем (40-80%)	Вторичный билиарный цирроз печени	Первичный билиарный цирроз печени
Хронические гепатиты вирусной этиологии (В,С И Д) (30 - 40 %)	Медикаментозные и химические средства Гемохроматоз	Хронический аутоиммунный гепатит
Алкогольно- вирусные циррозы Криптогенные (10 - 35%)	Болезнь Вильсона-Коновалова Дефицит α 1- антитрипсина	

Рисунок №1 Вид печени в норме и при циррозе



При диагностике непосредственно ХВГ, цирроза печени и их анемических осложнений, мы учитывали показатели билирубина и его фракций, общего белка и

белковых фракций, активности ферментов трансаминазы (АЛТ и АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), а также тимоловой пробы.

Содержание общего билирубина и его фракций в сыворотке крови определялось унифицированным колориметрическим диазометодом (метод Ендрашика и Клетгорна). В норме прямая фракция билирубина отсутствует, непрямая равна 6,8-20,5 мкмоль/л. Общий белок сыворотки крови определялся с помощью биуретовой реакции, белковые фракции-методом электрофореза на бумаге.[3] Нормальное значение ОЖСС варьируют от 44,75 до 71,60 ммоль/л (норма у здоровых мужчин -45-75ммоль/л, у женщин -40-65 ммоль/л). Содержание сывороточного железа – по методу Генри (норма 12,53-28,64 мкмоль/л).

Трансферрин сыворотки. Трансферрин относится к гамма глобулинам. Главная функция трансферрина- это транспорт всосавшегося железа в его депо (печень, селезенка), в ретикулоциты и их предшественники в костном мозге. Определение трансферрина в сыворотке является наиболее достоверным тестом оценки железодефицитных анемий. Нормальная его величина составляет от 2,00 до 3,20 г/л. [3].

Ферритин сыворотки. Ферритин является растворимым, легко мобилизуемым пулом железа, необходимым для эффективного эритропоэза. В то же время он защищает организм от токсического действия железа, связанного с катализом продукции свободных радикалов. Молекула ферритина состоит из железосодержащего ядра и белковой оболочки (апоферритина). Каждая молекула способна удерживать до 4500 атомов железа в виде сложного комплекса гидроксидов и фосфатов. Ферритин преимущественно находится в клетках селезенки, печени, красного костного мозга. Содержание ферритина в сыворотке крови в норме у мужчины 85-130 мкг/л, у женщин -58-150 мкг/л.[3].

Определение концентрации витамина В12, содержания фолиевой кислоты в сыворотке крови используется для правильной диагностики макроцитарных и мегалобластных анемий. Известно, что фолиевая кислота один из важнейших водорастворимых витаминов

в организме человека, необходимых для нормального физиологического процесса гематопоза.

В своем составе молекула фолиевой кислоты имеет замещенный птерин, п-аминобензойную кислоту и глутаминовую кислоту, поэтому другое ее название м-птероилглутаминовая кислота. Фолиевая кислота играет важную роль в процессах обмена веществ, наиболее выраженным симптомом дефицита фолиевой кислоты в организме является нарушение синтеза пуринов и синтеза пиримидинового основания тимидина. Следовательно, уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови является важным информативно-диагностическим маркером, а ее определение в сыворотке крови должно входить в программу мониторинга тех или иных физиологических и патологических состояний.[2] Определение активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) в сыворотке крови проводится с помощью колориметрического метода (по методу Райтмана и Френкеля, 1957). Нормальные значения АСТ -0,1-0,45 ммоль/ч.л, АЛТ-0,1-0,68 ммоль/ч.л

Подсчет количества эритроцитов, ретикулоцитов, измерение диаметра и других параметров эритроцитов производится общепринятыми методами. Осмотическая резистентность эритроцитов осуществляется по методу J. Dacie.

Определение гемоглобина крови необходимо осуществлять унифицированным цианметгемоглобиновым методом, результаты которого эквивалентны показателям международного стандартного гемиглобинцианидного метода.

Критериями анемии, согласно рекомендациям ВОЗ(1976), являются уровень гемоглобина ниже 130 г/л у мужчин, ниже 120 г/л у женщин; количество эритроцитов ниже $4,0 \times 10^{12}$ л у мужчин и ниже $3,9 \times 10^{12}$ л у женщин. Нормальное значение ретикулоцитов-2-10%.[1] Для подтверждения наличия аутоагрессии у обследованных больных ХГВ и ЦП, наряду с классической пробой Кумбса, обнаруживающей антиэритроцитарные аутоагглютинины, рекомендуются:

- Оригинальная проба аутоэритрофагоцитоза, позволяющая выявлять аутоэритроопсонины, самостоятельную разновидность

антиэритроцитарных аутоантител:

-Реакция гемагглютинации аутоэритроцитов (РГАЭ) в присутствии тканевых антигенов печени, селезенки и вирусного маркера, предложенная проф. А.Г. Валиевым (1993). В целом верификация симптоматических АИГА при ХГВ и ЦП, определение их иммунной природы основывается: на выявлении у больных чаще нормохромного типа анемии с макроцитозом, на фоне анизоцитоза, ретикулоцитоза, повышения не прямой фракции билирубина и положительных прямой пробы Кумбса, реакции аутоэритрофагоцитов [1].

Во первых:устанавливаем вид анемии вышеуказанными исследованиями

Во вторых:если установлен диагноз ЖДА,то назначить препарат железа в виде таблетки.Инъекционные железопрепараты изза опасности гемосидероза нежелательны.

Если анемия тяжёлой степени рекомендуется вливание отмытых эритроцитов250-300мл 3-4раза в неделю,кроме этого обязательно назначаем гепатопротекторы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1.А.И Воробьев."Руководство по гематологии" П-том.2000 г.
- 2.В.Г.Михайлов."Курс гематологии".Ташкент. Издательство мед. Литературы имени Абу Али ибнСино.2002 г.
- 3.Эшов Н.Р., Бахрамов С.М, Маликов О.М."Анемии при хронических вирусных гепатитах и циррозе печени".Ташкент-2007г.

Информация об авторах:

- © АКБАРОВА Р.К.- Ферганский медицинский институт общественного здоровья, г. Фергана.
© РАХМАТОВА Ф.У.- Ферганский медицинский институт общественного здоровья, г. Фергана.

Muallif haqida ma'lumot:

- © АКБАРОВА Р.К.- Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg'ona sh.
© РАХМАТОВА Ф.У.- Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg'ona sh.

Information about the authors:

- © АКБАРОВА Р.К.- Fergana medical institute of public health, Fergana.
© РАХМАТОВА Ф.У.- Fergana medical institute of public health, Fergana.