

Алгоритм обследования больных с железодефицитной анемией

Оразбаев С.Т., Ярмоленко Л.В., Аппазова М.М., Браун М.А.
Центральный госпиталь МВД РК, г. Астана

Железодефицитная анемия (ЖДА) является одним из самых распространенных заболеваний. Число больных ЖДА в мире составляет около 600 млн, что составляет примерно 15%. У мужчин, а также у женщин в период менопаузы самой распространенной причиной ЖДА являются желудочно-кишечные кровотечения. Не всегда желудочно-кишечные кровотечения ярко проявляются. Существуют «скрытые» и «слепые» желудочно-кишечные кровотечения. Скрытым желудочно-кишечным кровотечением называется такое кровотечение, которое не сопровождается соответствующей клинической картиной и при котором отсутствуют явные признаки наличия крови в кале. У таких пациентов имеются положительные результаты химического анализа кала на наличие в нем крови, а также ЖДА. Под «слепым» желудочно-кишечным кровотечением понимают продолжающееся или рецидивирующее как острое, так и хроническое желудочно-кишечное кровотечение при неустановленном источнике.

Исследование кала на скрытую кровь является важным этапом в диагностике желудочно-кишечных кровотечений. Для обнаружения скрытой крови в кале в настоящее время наряду с бензидиновым методом используются тест-полоски (HemOccult-карты). Однако возможности метода ограничивают ложноположительные и ложноотрицательные результаты анализа. Ложноположительную реакцию теста на скрытую кровь могут вызвать пищевые продукты, содержащие пероксидазу (красное мясо, цветная капуста, редька, дыня и др.). Ложноотрицательные результаты теста на скрытую кровь связаны с приемом аскорбиновой кислоты, неправильным хранением и применением диагностических полосок (например, при проведении анализа спустя слишком большое время после эпизода кровотечения), с разрушением гемоглобина бактериями толстой кишки, а также отсутствием кровотечения в момент выполнения анализа. В литературе приводятся данные о том, что пероральный прием препаратов железа не приводит к ложноположительным результатам теста на скрытую кровь, и следовательно, положительные результаты этого теста при поддерживающей терапии препаратами железа следует оценить как следствие скрытого желудочно-кишечного кровотечения.

Для положительного результата теста на скрытую кровь достаточно 2 мл крови. Мелена появляется, если в желудок одновременно попадает 200 мл крови. Если 150 мл крови попадает в слепую кишку, то у пациента возникают либо мелена, либо кровавый стул.

При обследовании нами 36 больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта положительные результаты анализа кала на скрытую кровь были выявлены у 5 пациентов; 4 из них страдало язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК), 1 — эрозивно-язвенным гастритом. ЖДА легкой и средней степени отмечалась у 28 из 36 больных. Всем наблюдавшимся больным (36 человек) проводилась ЭФГДС. Источники кровотечения были выявлены только у двух больных язвенной болезнью ДПК. Таким образом, анализ кала на скрытую кровь при правильном проведении является более информативным

методом исследования в плане диагностики осложнений эрозивно-язвенных заболеваний желудка и ДПК.

Нами разработана тактика врача в случае, если у пациента с железодефицитной анемией при ЭФГДС и ректороманоскопии не выявлено никакой патологии. Если при эндоскопическом обследовании верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта не выявлено никакой патологии, необходимо обследовать тонкую кишку. Досмотр тонкой кишки с бариевой взвесью в 5% случаев позволяет определить патологию, а с использованием высокой клизмы этот показатель повышается до 10%. Если и при этом не обнаруживается никакой патологии, пациенту проводят заместительную терапию препаратами железа (200 мг/сут молекулярного железа) и наблюдают за его состоянием. Если содержание гемоглобина нормализуется, наблюдение продолжают. Однако если концентрация гемоглобина остается на низком уровне или развивается рецидив анемии, больному необходимы специальные исследования — УЗИ и компьютерная томография органов брюшной полости.

Нами установлено, что наиболее частыми причинами развития ЖДА у больных являются эрозивный гастрит, эрозивный эзофагит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Реже ЖДА развивается как осложнение геморроидального кровотечения, паразитарных заболеваний (лямблиоз, описторхоз, аскаридоз). У части пациентов, в основном пожилого возраста, ЖДА умеренной степени может быть одним из первых признаков онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта или другой локализации.

У пациентов в возрасте старше 50 лет при наличии ЖДА средней или легкой степени и отсутствии клинических симптомов со стороны других органов мы разработали алгоритм диагностики, включающий:

- Исследование кала на скрытую кровь
- При положительном результате — исключить опухоль колоректальной области. Наиболее чувствительным и специфическим методом в данном случае является колоноскопия. Но не меньшей чувствительностью обладает и сигмоидоскопия в сочетании с ирригоскопией и двойным (воздушным) контрастированием, хотя при использовании этого метода есть пропустить опухоль небольшого размера.
- Если при исследовании толстой кишки не выявлено ни опухолей, ни косвенных признаков заболевания, то при отсутствии клинических симптомов и анемии целесообразно закончить на этом обследование пациента и повторить анализ кала на скрытую кровь через 6-12 месяцев.
- Если в аналогичной клинической ситуации и при отсутствии клинических признаков анемии запасы железа в организме низкие, о чем можно судить по концентрации сывороточного ферритина, необходимо продолжить обследование пациента с целью уточнения причин кровопотери.
- Если при обследовании и ЭФГДС источник кровотечения не выявлен, а налицо признаки продолжающегося кровотечения, больному необходимо провести фиброэнтроскопию, проводя зонд эндоскопа за связку Трейтца.