А.П. Бабкин[1], М.М. Романова[1],
И.Д. Кисляк[1], М.Н. Муравицкая[1], Т.Н. Важенина[2]

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

[1] ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. поликлинической терапии,
[2] БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая поликлиника № 4

Резюме. Актуальной задачей в клинической практике остается раннее выявление, адекватная коррекция факторов риска, эффективная терапия хронических неинфекционных заболеваний, в том числе в рамках поведения диспансеризации взрослого населения страны. В статье отражены результаты исследования по изучению распространённости и структуры анемического синдрома у пациентов в амбулаторных условиях. Согласно полученным данным, на терапевтическом участке городской поликлиники анемический синдром выявляли в основном у женщин (80%) среднего возраста (40±5,7 лет) в большинстве случаев случайно (78,4%). Наиболее частыми причинами анемического синдрома являлись гинекологическая (46,6%) и онкологическая (30%) патологии. Преобладали пациенты с нормохромной, нормоцитарной анемией легкой степени (68,3%). Полученные данные, по-нашему мнению, следует учитывать при проведении диспансеризации, профилактики и реабилитации пациентов в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: анемия, анемический синдром, диспансеризация, городская поликлиника, терапевтический участок.

Актуальность. Актуальной задачей в клинической практике остается раннее выявление, адекватная коррекция факторов риска, эффективная терапия хронических неинфекционных заболеваний, в том числе в рамках поведения диспансеризации взрослого населения страны [4, 5]. Анемия и анемический синдром – наиболее частая патология системы крови в практике врача любой специальности, в том числе и врача общей практики, и участкового терапевта [1, 2, 3].

Под анемией и анемическим синдромом в настоящее время подразумевают снижение концентрации гемоглобина в единице объема крови (ниже 130 г/л у мужчин и 120 г/л), что обычно сопровождается снижением количества эритроцитов (ниже $4{,}0x10^{12}/_{л}$ у мужчин и $3{,}5x^{12}/_{л}$ у женщин). Анемия может не вызывать каких-либо клинических проявлений, поэтому с клинической точки зрения, выделяют анемический синдром, то есть сочетание лабораторных признаков анемии и ее клинических проявлений, таких как гипоксия и гипоксемия. При анемии пациент будет предъявлять жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, головную боль, головокружение, шум в ушах, потемнение в глазах, сердцебиение, боли в области сердца, снижение артериального давления; при осмотре будет наблюдаться бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек [6, 8]. Все перечисленные симптомы отмечаются у большинства больных анемией разного генеза [7]. Но каждая патогенетическая форма имеет, помимо общеанемических симптомов, свои специфические проявления и картину крови [9, 10]. Безусловный интерес для медицинской науки и практики представляет изучение эпидемиологии и структуры анемического синдрома на отдельном терапевтическом участке в поликлинике.

Цель исследования - изучение распространённости и структуры анемического синдрома у пациентов в условиях терапевтического участка городской поликлиники.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились медицинские карты 60 амбулаторных больных с анемией врачебного терапевтического участка городской клинической поликлиники, которым был установлен диагноз «анемия» за период 2016-2018 гг. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ «MicrosoftExcel» 5.0 и «Statistica» 6.0 forWindows с применением пара- и непараметрических критериев. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали p=0,05. Количественные данные представлены в виде M±m, (где M – средняя арифметическая, а m – средняя ошибка средней арифметической).

Полученные результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил 40,08±1,06 лет. Из них 48 женщин (80%) и 12 мужчин (20%). Лиц, обратившихся к участковому врачу-терапевту с клиническими проявлениями анемии было 13 человек (21,6%), среди которых только женщины. Анемический синдром был выявлен случайно, в том числе при проведении диспансеризации, у 47 пациентов (78,4%), из которых 12 мужчин (25,5%) и 35 женщин (74,5%).

В результате исследования были выявлены следующие причины анемического синдрома: гинекологические – у 28 пациенток (46,8%), онкологические заболевания – у 18 больных (31,1%), заболевания пищеварительной системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) - у 4лиц (5,8%), анемия неясного генеза – у 7 человек (12,2%), анемия при хронической сердечной недостаточности (ХСН) – у 3 пациентов (4,2%) (Рис.1).

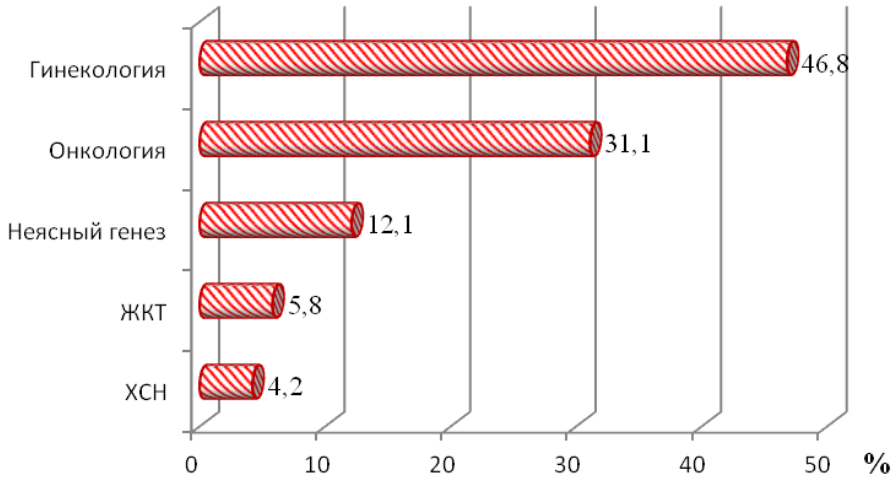


Рис. 1. Структура причин анемического синдрома

Согласно статический обработке полученных результатов среди обследованных пациентов с анемией легкой степени было 41 человек (68,3%); среди них 32 женщины (78,04%) и 9 мужчин (21,96%); анемия средней степени наблюдалась у 17 лиц (28,3%); из них 14 женщин (82,35%) и 3 мужчины (17,65%); анемия тяжелой степени отмечена у 2 пациентов (3,3%), из них 2 женщины (100%) (Рис 2.).

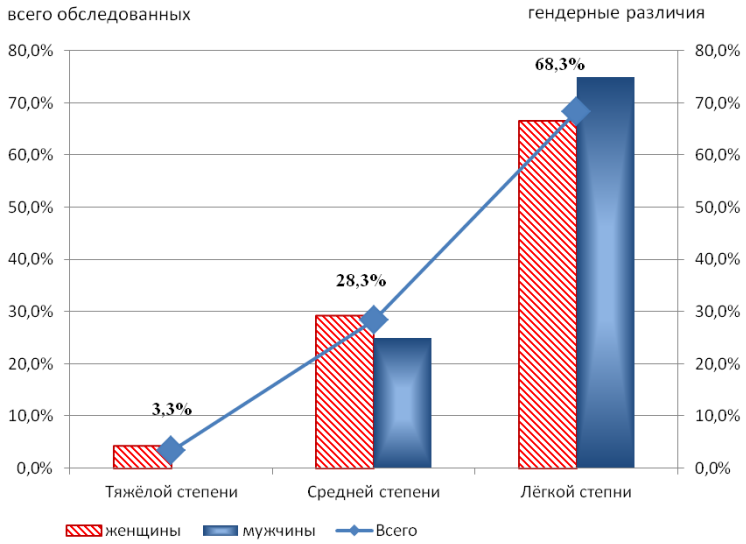


Рис. 2. Структура больных с анемией по степени тяжести и гендерной принадлежности.

Структура обследованных пациентов с анемией по цветовому показателю и гендерной принадлежности представлена на рисунке 3: гипохромная анемия наблюдалась у 28 человек (47%), 20 женщин (71,4%) и 8 мужчин (28,6%); нормохромная - у 21 человек (35%), 18 женщин (85,7%) и 3 мужчины (14,3%); гиперхромная - у 11 человек (18%); 10 женщин (90,9%) и 1 мужчина (9,1%).

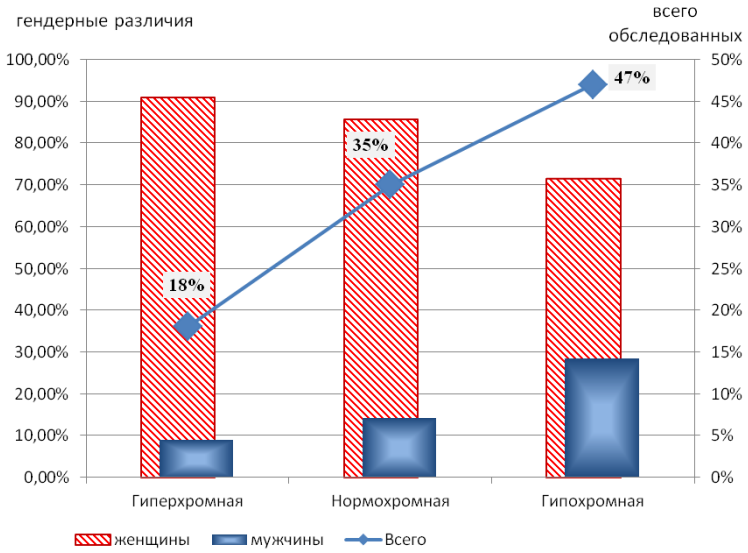


Рис. 3. Структура больных с анемией по цветовому показателю и гендерной принадлежности.

Структура больных с анемией по показателю MCV и гендерной принадлежности представлена на рисунке 4: микроцитарная анемия выявлена у26 человек (43,3%), из которых 22 женщины (84,6%) и 4 мужчины (15,4%);нормоцитарная анемия наблюдалась у25 лиц (41,6%), среди них - 19 женщин

(76%) и 6 мужчин (24%);макроцитарную анемию наблюдали у 9 человек (15,1%), из них 7 женщин (77,7%) и 2 мужчин (22,3%).

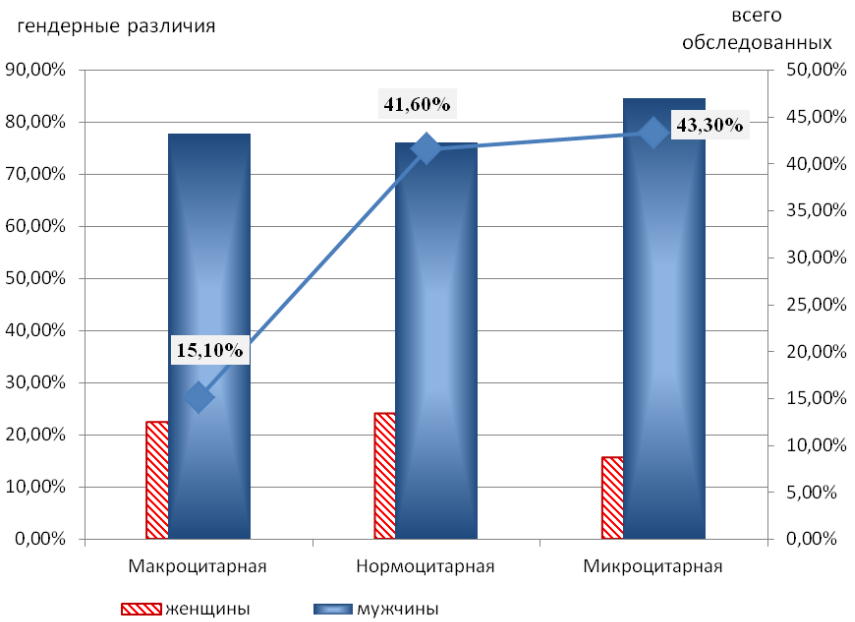


Рис. 4. Структура больных с анемией по MCV и гендерной принадлежности.

Выводы. Таким образом, на терапевтическом участке городской поликлиники анемический синдром выявляли случайно в большинстве случаев (78,4%), в основном у женщин (80%) среднего возраста (40±5,7 лет). Наиболее частыми причинами анемического синдрома являлись гинекологическая (46,6%) и онкологическая (30%) патологии. Преобладали пациенты с нормохромной, нормоцитарной анемией легкой степени (68,3%). Полученные данные, по-нашему мнению, следует учитывать при проведении диспансеризации, составлении программ профилактики и реабилитации пациентов в амбулаторных условиях.

Литература.

1. Верткин А. Л. Пациент с анемией в поликлинике: больше вопросов, чем ответов / А.Л. Верткин и др. // Земский врач. – 2013, №4 (21). - С.19-20.

2. Воробьев П. А. Анемический синдром в клинической практике. - Москва: Ньюдиамед. - 2001. - 468 с.

3. Моисеев В.С. Болезни сердца: Руководство для врачей /В.С. Моисеев, А.В. Сумароков. - М.: Универсум Паблишинг. - 2014. - 463с.

4. Романова М.М., Зуйкова А.А. Анализ гастроэнтерологической патологии, пищевого статуса, фактического питания по данным посещений Центра здоровья/ М.М. Романова, А.А. Зуйкова // Фундаментальные исследования. – 2014, № 2. - С. 151-155.

5. Романова М.М.Оценка возможностей модификации факторов риска развития неифекционных заболеваний в Центре здоровья/ М.М. Романова и др. // Профилактическая медицина. – 2012, Том 15, № 2. - С.122.

6. Стуклов Н. И. Анемии. Клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие / Н.И. Стуклов, В.К. Альпидовский, П.П. Огурцов. - 2013. - 264 с.

7. Тарасова И.С. Оценка чувствительности и специфичности симптомов анемии и сидеропении / И.С. Тарасова и др. // Гематология и трансфузиология. - 2011. - Т. 56, N 5. - С. 6-13.

8. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии/ Румянцев А.Г. и др. - М. 2015. - 43 с.

9. Baker R.D., Greer F.R. Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age)// Pediatrics.2010.Vol.126, N5. P. 1040-1050.

10. UNICEF, United Nations University, WHO. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization, 2001(WHO/NHD/01.3). 114 p.

Abstract

A.P. Babkin [1], M. M. Romanova [1], I. D. Kislyak [1], M. N. Muravitskaya [1], T.N. Vazhenina[2]

SOME OF THE FEATURES OF ANEMIC SYNDROME

PATIENTS OF CITY POLICLINIC

[1] FGBOU IN the vgma them. N. N. Burdenko Ministry of health of Russia, DEP. outpatient therapy,

[2] BUZ VO " Voronezh city clinical polyclinic № 4

An urgent task in clinical practice is the early appearance, adequate correction of risk factors, effective therapy of chronic non-infectious diseases, including in the framework of clinical examination of the adult population of the country. The article presents the results of a study on the prevalence and structure of anemic syndrome in patients on an outpatient basis. According to the obtained data, in the therapeutic area of the city polyclinic anemic syndrome was detected mainly in women (80%) of middle age (40□5.7 years) in most cases by accident (78.4%). The most frequent causes of anemic syndrome were gynecological (46.6%) and oncological (30%) pathologies. Prevailed patients with normochromic, normalfree anemia mild (68.3 per cent). The data obtained, in our opinion, should be taken into account when conducting clinical examination, prevention and rehabilitation of patients in outpatient settings.

Keywords: anemia, anemic syndrome, clinical examination, therapeutic area, city polyclinic

References.

1. Vertkin A. L. the Patient with anemia in the clinic: more questions than answers / A. L. Vertkin, etc. / / country doctor. - 2013, №4 (21). - C. 19-20.

2. Vorobyev P. A. Anemic syndrome in clinical practice. - Moscow: Newdiamed. - 2001. - 468 C.

3. Moiseev V. S. heart Disease: a guide for doctors-V. S. Moiseyev, a.V. Sumarokov. - M.: Universum Publishing. - 2014. - 463c.

4. M. M. Romanova, A. A. Zuikova Analysis of gastrointestinal patho-ogy, nutritional status, actual food according of visits to the health Center/ M. M. Romanova, A. A. Zuikova // Fundamental research. - 2014, № 2. - P. 151-155.

5. Romanova M. M. Evaluation of the possibilities of modification of risk factors for non-infectious diseases in the health Center / M. M. Roma-Nova et al. / / Preventive medicine. - 2012, Volume 15, № 2. - P. 122.

6. Stuklov N. I. Anemia. Clinic, diagnosis and treatment. Training-expedient / N. And. Stuklov, V. K. Albinowski, P. P. Ogurtsov. - 2013. - 264 c.

7. Tarasov, I. S. Estimation of sensitivity and specificity of the symptoms of anemia and sideropenia / I. S. Tarasov et al. / / Hematology and transfusiology. - 2011. - Vol. 56, N 5. - P. 6-13.

8. Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of iron deficiency anemia/ Rumyantsev, Etc. - M. 2015. - 43 p.

9. "Baker", "American Academy of Pediatrics". Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age)// Pedi-atrics.2010.Vol.126, N5. 1040-1050.

10. UNICEF, United Nations University, WHO. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization, 2001 (WHO/NHD/01.3). 114 p.

Сведения об авторах: Бабкин Андрей Петрович – д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Романова Марина Михайловна – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, e-mail mmromanova@mail.ru; Татьяна Николаевна Важенина – зам. гл. врача БУЗ ВО ВГКП № 4, Кисляк Инна Дмитриевна – студентка ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Муравицкая Марина Николаевна – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.