Медико-диагностична лаборатория ЦибаЛаб ЕООД
София 1330, бул."Акад. И. Е. Гешов" 2Е (Бизнес Център Сердика), тел. 0700 112 42,
www.cibalab.com, e-mail: office@cibalab.com

АНЕМИЯ ПРИ ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Проф. Д-р Т. Шипков, Д-р С.Халачева, МДЛ Цибалаб ЕООД

1.Същност

Според критериите на СЗО анемия има при мъже с Hb < 130 g/L, при небременни жени с Hb < 120 g/L, при бременни жени с Hb < 110 g/L. Анемията при хронично заболяване се дефинира като анемия при наличието на съобразен с CRP нормален или повишен феритин и/или ниско плазмено желязо и желязо свързващ капацитет.

Анемията при хронични заболявания е вторият по честота тип анемия, след желязонедоимъчната. Тя е нормоцитна, нормохромна. По принцип диагнозата анемия при хронично заболяване е диагноза на изключване. Тя се наблюдава при пациенти с остро или хронично активиране на имунни процеси, като:

- ревматоиден артрит;
- хронични инфекции;
- автоимунни нарушения;
- злокачествени заболявания.

2.Информативно съдържание и клинично значение

Патофизиологията на анемията при хронични заболявания е многофакторна, като включва три механизма:

- скъсено преживяване на еритроцитите;
- нарушена пролиферация на еритроидните прогениторни клетки;
- нарушаване на обмяната на желязото.

Тези механизми се задвижват от имунен или възпалителен тласък, но редица други фактори като хронична кръвозагуба, хемолиза или недоимък на витамини могат да утежняват анемията.

Хипоферемията (намаленото ниво на серумното желязо) настъпва, поради комплексно въздействие на острофазови белтъци и цитокини. Успоредно се намалява и продължителността на живот на еритроцитите. Намалява се абсорбцията на желязо в червата и същевременно в значителна степен нараства усвояването и отлагането на желязо от клетките на ретикуло-ендотелната система (РЕС). Това води до развитие на желязонедоимъчна еритропоеза и анемия.

Функционалният дефицит на желязо при пациенти с анемия на хронично заболяване може да се усложни с действителен железен недоимък, поради кръвоизливи. Това налага диференциране между анемия при хронично заболяване и анемия при хронично заболяване, съчетана с недоимък на желязо, което е трудно. И двете състояния се характеризират с понижени серумни нива на желязото и на трансферина. При наличие на възпалителни изменения нараства нивото на феритина под въздействието на възпалителни цитокини, както и при „претоварване с желязо“.

Анемията при хронични заболявания се наблюдава често при съчетание на терминален стадий на бъбречно заболяване и хронични възпалителни състояния. В част от случаите се дължи на недостатъчна продукция на еритропоетин и в тези случаи може да се коригира с въвеждане на рекомбинантен еритропоетин.

Анемията на хроничното заболяване при възпалителни чревни болести има водещо значение при началото на заболяването, в по-късните фази се развива недоимък на желязо. Често при пациенти в ремисия на чревното заболяване се наблюдава освен желязонедоимъчна анемия и недоимък на витамин B_{12} и/или фолиева киселина. В ранните стадии на заболяването еритропоетин може да нормализира нивото на хемоглобина.

Системното възпаление при хроничната обструктивна белодробна болест е причина за анемия на хроничното заболяване, която се наблюдава при 10-15% от болните и е предпоставка за по-лоша прогноза и проблеми при лечението. При част от болните има повишено ниво на еритропоетин, което може да бъде свързано с резистентност спрямо еритропоетина .

Анемията при ракови заболявания е резултат от комплексни взаимодействия между туморните клетки и имунната система.

Съществува и рефрактерна на желязо желязодефецитна анемия, (наследствена рецисивна анемия), която се дължи на дефект в гена кодиращ матриптаза-2. Болестта най-често се проявява в детска възраст, но понякога и по-късно. Характеризира се като микроцитна хипохромна анемия, с ниско насищане на трансферина и нормален до повишен серумен хепсидин. Заболяването е рефрактерно на лечение с желязо през устата и умерено се влияе от венозно въведено желязо.

Друга рядка форма на анемия се наблюдава при наличие на повишена еритропоетична активност при нисък серумен холестерол.

За диагностициране на анемия при хронично заболяване е необходимо да се изследват: ПКК, морфология на еритроцитите, ретикулоцити, серумно желязо, трансферин, феритин, CRP, вит.B_{12}, фолиева киселина.

Книгопис

1. Bager P, Belfrits R, Wikman O et al. High burden of iron deficiency and different types of anemia in inflamatory bowel disease outpatients in Scandinavia: a longitudinal 2-year follow up study. Scand J Gastroenterol 2013; 48: 1286-93.
2. Bassen RJ, Nemeth E, Vassilaki M et al. Hepsidin is a key mediator of anemia of inflammation in Crohn's disease J Crohn,s and Colitis 2013,7: 286-91.
3. Bergamaschi G, Gaetano MD, Di Sabatino M et al. Serum hepsidin in inflamatory bowel disease: biological and clinical significance. Inflamatory Bowel Diseases 2013; 19: 2166-172.
4. Brugnara C, Adamson J, Auerbach M et al. Iron deficiency: what are the future trends in diagnostics and therapeutics. Clin Chem 2013; 59:740-5.
5. Cullis JO. Diagnosis and management of anemia of chronic disease: Current status – Brit J Haematol 2011: 154: 289-300 и други.

09.10.2015г. С пожелания за ползотворна съвместна дейност: (Д-р Д. Петкова – управител)