



Гериатрические аспекты заболеваний системы крови

Пономарева Татьяна Александровна

Возрастные изменения при старении

Возрастной инволюции подвергаются: костный мозг, селезенка, лимфатические узлы, миндалины, масса которых уменьшается к 65-70 годам. В периферической крови уменьшается количество клеток, отвечающих за иммунитет.

Число форменных элементов крови, гематокрит обычно не меняются.

Уменьшается абсорбция железа. Увеличивается вязкость крови, что приводит к расстройствам микроциркуляции. Уменьшается масса костного мозга.

Происходит замещение кроветворной ткани жировой. СОЭ может возрасти до 40 мм/час

Анемии

Анемия - клинико-гематологический синдром, характеризующийся снижением содержания гемоглобина и в большинстве случаев эритроцитов в единице объема крови. Частота анемий у больных пожилого и старческого возраста составляет, по различным данным, 20 - 25 %.

Анемии имеют ряд особенностей, знание которых имеет важное значение в диагностике и лечении. Развитие анемии в позднем возрасте в большинстве случаев не связано с возрастными изменениями кроветворной ткани, а обусловлено разнообразными патологическими процессами.

Возрастные особенности анемии

- 1. Механизм развития анемий такой же, как и в молодом возрасте.**
- 2. Может быть сочетание дефицита железа и витамина В12.**
- 3. Проявления анемии у пожилых могут маскироваться симптоматикой основного заболевания (головокружение у пациентов с церебральным атеросклерозом, одышка при СН).**
- 4. Развитие анемии усугубляет симптоматику часто встречающихся у стариков заболеваний и их декомпенсация нередко является основным клиническим проявлением анемии.**

Наиболее часто у лиц пожилого и старческого возраста встречается железодефицитная анемия.

Причины железодефицитной анемии

- 1. Хронические кровопотери, в связи с поражениями желудочно-кишечного тракта (варикозное расширение вен пищевода, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, злокачественные опухоли желудка, толстой кишки, кровоточащий геморрой, неспецифический язвенный колит и др.), гематурия при опухолевых заболеваниях почек и мочевой системы, кровоточивость десен и носовые кровотечения**
- 2. Нарушение всасывания железа при прогрессирующей атрофии слизистой оболочки желудка и кишечника, при энтеритах, после резекции желудка, тонкой кишки, опухолевом поражении тонкой кишки**
- 3. Алиментарный фактор (недостаточное потребление продуктов, содержащих железо) в позднем возрасте приобретает значительно большую роль, чем в других возрастных группах.**

Клиническая картина

1. На первом месте гипоксический синдром: головные боли, головокружение, обморочные состояния, нарушение сна, одышка, тахикардия, бледность кожи и слизистых

2. В различной степени выражены трофические нарушения кожи, волос, ногтей, слизистых оболочек, мышц; наиболее характерны мышечная слабость, нарушение мочеиспускания, недержание мочи при кашле и чихании

3. Извращение вкуса и обоняния

**В анализе крови нормохромная анемия: ЦП 0,8-1,05
снижение гемоглобина, эритроцитов, умеренная лейкоцитопения и тромбоцитопения, низкое содержание сывороточного железа.**

При обследовании пациентов необходим тщательный поиск причин малокровия: рентгенологическое исследование ЖКТ, ФГДС, УЗИ, пальцевое исследование прямой кишки, анализ кала на кровь.

Лечение.

1. Диета, богатая железом: говяжье мясо, рыба, печень, почки, легкие, яйца, крупа овсяная, гречневая, бобы, белые грибы, какао, шоколад, зелень, овощи, горох, фасоль, яблоки, пшеница, персики, изюм, чернослив, сельдь, гематоген.

Для нормального кроветворения необходимо также получать с пищей различные микроэлементы (медь, марганец, цинк, кобальт).

2. Устранение дефицита железа.

Препараты железа обычно применяют внутрь и лишь в отдельных случаях парентерально. Для лучшего всасывания железа его запивают кислым фруктовым соком. Некоторые лекарственные препараты (тетрациклины, антацидные средства, препараты кальция) могут нарушать всасывание железа.

В12-дефицитная анемия у лиц пожилого и старческого возраста довольно распространенная и резко учащающаяся в последние годы форма малокровия.

Анемия может быть вызвана дефицитом витамина В12

В СВЯЗИ:

- с нарушением всасывания (при атрофическом гастрите, раке желудка, заболеваниях или резекции кишечника, дисбактериозе кишечника)**
- с преобладанием в диете вегетарианской пищи и ограничением продуктов, богатых витамином В12**
- с нарушением его депонирования при циррозе печени и гепатите**
- с повышенным расходом (инвазия широкого лентеца)**
- с нарушением его транспорта**

Патогенез

В результате дефицита В12 развивается неэффективный мегалобластический эритропоэз (в норме существует только у плода) с продукцией нестойких макроцитов и мегалоцитов. Наряду с этим снижается продукция нейтрофильных лейкоцитов и тромбоцитов.

Анемия часто встречается у больных пожилого и старческого возраста, особенно в сочетании с заболеваниями щитовидной железы и сахарным диабетом.

Медленное развитие анемии дает возможность развития компенсаторных механизмов, что определяет различную выраженность синдромов анемической гипоксии.

Клиническая картина

1. Гипоксический синдром (слабость, сонливость, шум в ушах, головокружение, утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке, боли в области сердца, развитие сердечной недостаточности, одышка).

Гипоксия мозга может привести к коме.

2. Поражение нервной системы — фуникулярный миелоз (парестезии, периферическая полинейропатия, атаксия, нарушение вибрационной чувствительности, спастическая походка, отмечаются нарушения психики — нарушение памяти, галлюцинации).

3. Стойкая ахлоргидрия и развитие глоссита, синдромы желудочной и кишечной диспепсии, симптоматика атрофического гастрита.

В анализе крови отмечается высокий цветной показатель, лейкоцито- и тромбоцитопения. В костном мозге - мегалобласты различной степени зрелости.

Проводятся рентгенологическое и эндоскопическое исследования желудка, кишечника, печени, флоры кишечника, обследование на гельминты.

Лечение.

1. Диета, богатая витамином В12: мясо, печень, сыр, яйца, свежие овощи и фрукты.

2. Медикаментозное лечение.

Проводится внутримышечными инъекциями витамина В12. После 2-ух месячного курса лечения препарат назначают постоянно ежемесячно по схеме.

Переливание эритроцитной массы производят только по жизненным показаниям: кома, снижение уровня гемоглобина до катастрофически низких величин (50—40 г/л), развитие энцефалопатии.

Лейкозы

Лейкозы — опухоли кроветворной ткани с первичной локализацией в костном мозге, дальнейшее распространение процесса происходит путем переноса (метастазирования) этих клеток по кроветворной системе – очаги кроветворения появляются там, где их не должно быть (головной мозг, легкие, сердце, кожа).

В структуре заболеваний системы крови у лиц пожилого и старческого возраста лейкозы составляют около 55 %.

Лейкозы подразделяются на острые и хронические по степени зрелости клеток крови.

Острый лейкоз.

Это злокачественная опухоль системы крови, состоящая из молодых недифференцированных клеток, присутствующих в большом количестве в костном мозге.

В настоящее время отмечается увеличение числа больных острым лейкозом среди лиц старше 60 лет.

К ним предрасполагают наследственные заболевания и иммунодефициты, ионизирующая радиация, воздействие химических мутагенов (бензол, химиопрепараты), лечение цитостатическими препаратами.

Клиническая картина.

Начало заболевания проявляется по-разному. Чаще всего больные отмечают слабость, снижение аппетита, боли в суставах, появление кровоизлияний после мелких травм. В других случаях болезнь начинается остро с катаральных изменений в носоглотке, ангины, высокой температуры тела.

В развернутой стадии заболевания можно выделить несколько синдромов:

- анемический (жалобы на слабость, головокружение, боли в области сердца, одышку. Объективно: бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек)**
- геморрагический (жалобы на кровоточивость десен, носовые кровотечения, метроррагии, геморрагии на коже и слизистых оболочках. В местах внутримышечных и внутривенных инъекций возникают обширные кровоизлияния)**

- **инфекционный и язвенно-некротический (пневмонии со скудной симптоматикой и отсутствием рентгенологических признаков, инфекции мочевыводящих путей, абсцессы в местах инъекций, ангины. Нередко наблюдается септицемия. Сопровождаются лихорадкой. Отмечаются язвенно-некротические поражения слизистых оболочек рта, глотки, некротическая ангина. В терминальной стадии присоединяются язвенно-некротические изменения в слизистой оболочке желудка и кишечника)**
- **синдром внекостномозговой локализации (очаги лейкемической инфильтрации распространяются в других органах и тканях)**

В анализе крови: нормохромная, реже гиперхромная анемия, ретикулопения, лейкоцитоз, для пожилого возраста более характерны лейкопения, тромбоцитопения, бластные клетки могут иметься или отсутствовать (лейкемическая или алейкемическая картина крови).

В пожилом возрасте клиника имеет особенности, так как развивается на фоне уже измененных органов и тканей:

- 1. На первый план выступают жалобы на одышку, сердцебиение, общую слабость и кровоточивость.**
- 2. Геморрагический синдром отличается большей тяжестью, так как наблюдаются кровоизлияния во внутренние органы.**
- 3. Увеличение селезенки встречается редко.**
- 4. Часто осложняется инфекционными процессами — пневмониями, сепсисом, ангиной.**
- 5. Анемия и тромбоцитопения выражены значительно.**
- 6. Лейкоцитоз не достигает высоких цифр, у 50 % больных выявляется лейкопения.**
- 7. В пожилом и старческом возрасте преобладают миеломные формы острого лейкоза.**
- 8. Чаще заболевание протекает сравнительно спокойно, с медленно прогрессирующими гематологическими сдвигами.**

Лечение острого лейкоза в пожилом и старческом возрасте аналогично лечению в молодом и среднем возрасте. Следует помнить о замедлении эвакуации лекарственных веществ из желудка в кишечник, возможности кумуляции лекарственных веществ и повышении чувствительности к ним в пожилом возрасте.

- 1. Лечебный режим: госпитализация в специализированное гематологическое отделение. Чрезвычайно важно, особенно в период до достижения ремиссии, пребывание в асептической палате, ограничение посещений больного родственниками в целях предупреждения его инфицирования. По мере улучшения общего состояния режим больного расширяется.**
- 2. Питание больного должно быть высококалорийным, обогащенным витаминами, микроэлементами.**
- 3. Цитостатическая терапия**
- 4. Синдромная терапия**

Хронические лейкозы

-это формы лейкозов, при которых опухоль состоит из более зрелых клеток крови, достигших определенного уровня дифференцировки: хронический лимфолейкоз, миелолейкоз, эритремия, миеломная болезнь.

Заболевания протекают более благоприятно, клиника развивается постепенно годами, сопровождается осложнениями, в том числе: со стороны сердечно-сосудистой системы, нарушение зрения, сосудистые тромбозы, геморрагический синдром, гнойно-воспалительные заболевания.

Диагноз подтверждается лабораторно-инструментальными данными: гемограмма, исследование костного мозга, рентгенисследование.

Лечение может проводиться в дневном стационаре, направлено на максимальное продление жизни: химиотерапия цитостатиками, глюкокортикоиды, лучевая терапия по показаниям, посиндромное лечение.