

В.А. Далидовский
**ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ
НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. К.А. Чиж
2-ая кафедра внутренних болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

V.A. Dalidovski
**FEATURES OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PATIENTS
AT DIFFERENT STAGES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE**

Tutor: associate professor K.A. Chyzh
2nd Department of Internal Diseases
Belarussian State Medical University, Minsk

Резюме. Результаты проведенного исследования демонстрируют нарастание степени тяжести железодефицитной анемии с прогрессированием хронической болезни почек.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, хроническая болезнь почек.

Resume. The results of the study demonstrate an increase in the severity of iron deficiency anemia with progression of chronic kidney disease.

Keywords: Iron deficiency anemia, chronic kidney disease.

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) – распространенное осложнение хронической болезни почек (ХБП) [1]. В большинстве своем, такая анемия выявляется на 3-5 стадиях ХБП, что соответствует снижению скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/1,73м², хотя нельзя исключать случаи выявления ЖДА на ранних стадиях ХБП [2]. Коррекция анемии является важнейшей составляющей лечения пациентов с ХБП, способствуя замедлению её прогрессирования и улучшению качества жизни пациентов [3].

Цель: изучить тяжесть ЖДА на разных стадиях ХБП, а также причины, приведшие к поражению почек.

Задачи:

1. Установить возрастную-половую структуру пациентов с ХБП.
2. Оценить средний уровень гемоглобина, эритроцитов, среднее значение СКФ на разных стадиях ХБП.
3. Изучить структуру заболеваний почек, непосредственно приведших к ХБП.

Материалы и методы. Проведен анализ 104 историй болезней пациентов с различными стадиями ХБП 1-5 и признаками ЖДА. Пациенты с иными видами анемий исключались из исследования. В ходе изучения медицинской документации основной акцент делался на пол пациентов, их возраст, а также заболевания, непосредственно приведшие к ХБП, уровни гемоглобина, эритроцитов, креатинина крови и расчету показателя СКФ на разных стадиях ХБП.

Результаты и их обсуждение. Анализ половой структуры пациентов не выявил какого-либо преобладания (соотношение мужчин и женщин составило 52% и 48% соответственно).

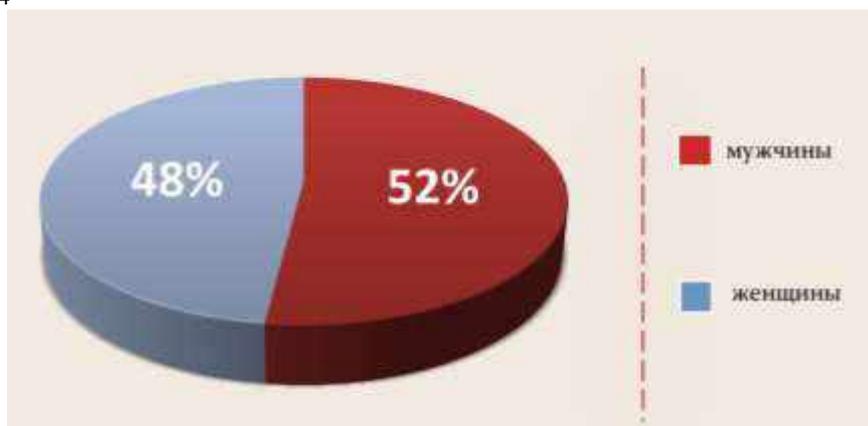


Рис. 1 – Половая структура пациентов

Средний возраст пациентов составил $60,4 \pm 1,7$ года, причем у лиц с 1 стадией ХБП (7% от общего количества исследуемых) - $38,3 \pm 2,8$ года, со 2 стадией (7%) – $62,3 \pm 5,4$ года, с 3 (17%) – $61,4 \pm 3,2$ года, с 4 (35%) и 5 (34%) стадиями ХБП соответственно $63,6 \pm 3,0$ и $61,5 \pm 3,3$ года.

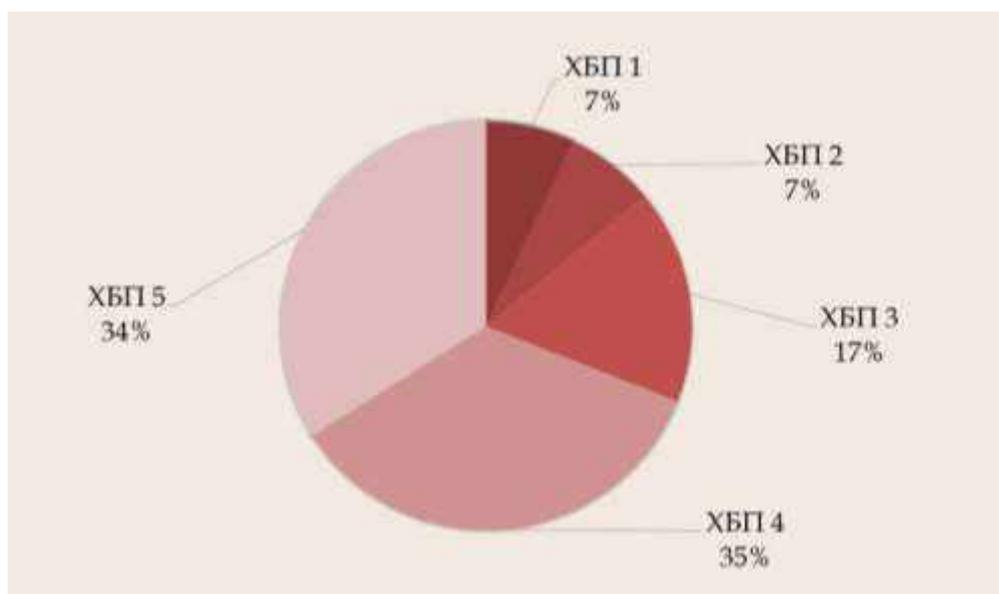


Рис. 2 – Структура пациентов по стадиям ХБП

Среди всех пациентов ЖДА легкой степени выявлена в 82% случаев, средней - в 16% и тяжелой - в 2%.

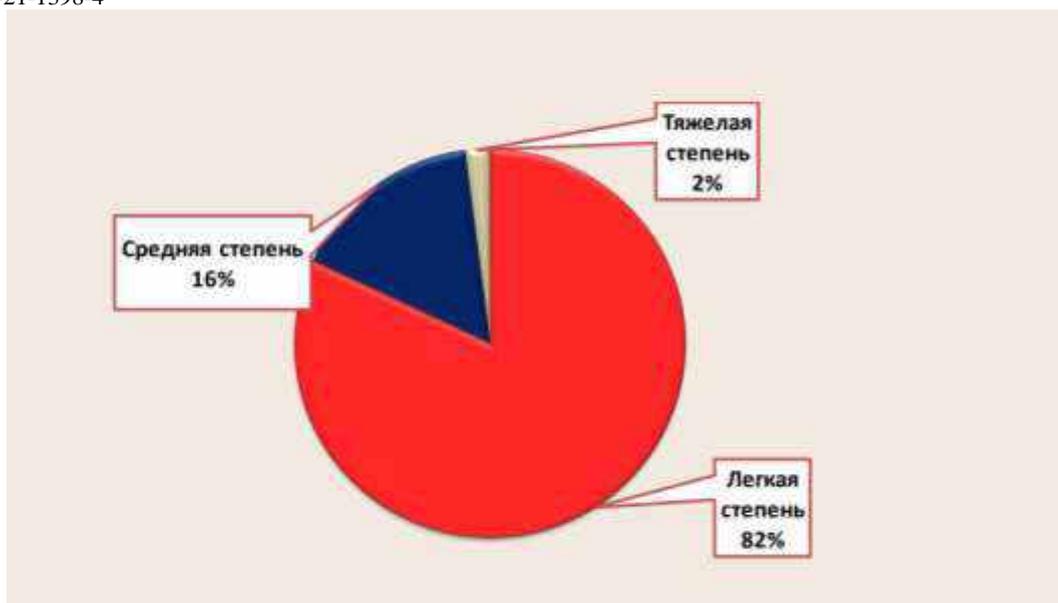


Рис. 3 – Структура ЖДА по степени тяжести у пациентов с ХБП

Средний уровень гемоглобина и эритроцитов на 1 стадии ХБП составил $115,1 \pm 2,6$ г/л и $4,0 \pm 0,2 \cdot 10^{12}$ /л соответственно, на 2 стадии – $115,7 \pm 3,8$ г/л и $4,2 \pm 0,2 \cdot 10^{12}$ /л, на 3 стадии – $111,0 \pm 3,0$ г/л и $3,9 \pm 0,2 \cdot 10^{12}$ /л, на 4 стадии – $104,2 \pm 2,3$ г/л и $3,5 \pm 0,1 \cdot 10^{12}$ /л и на 5 стадии – $103,0 \pm 1,8$ г/л и $3,5 \pm 0,1 \cdot 10^{12}$ /л соответственно. Разница между уровнем гемоглобина на ранних (1 и 2) и поздних (4-5) стадиях ХБП оказалась статистически достоверной ($p < 0,05$) [4].



Рис. 4 – Средний уровень гемоглобина на разных стадиях ХБП

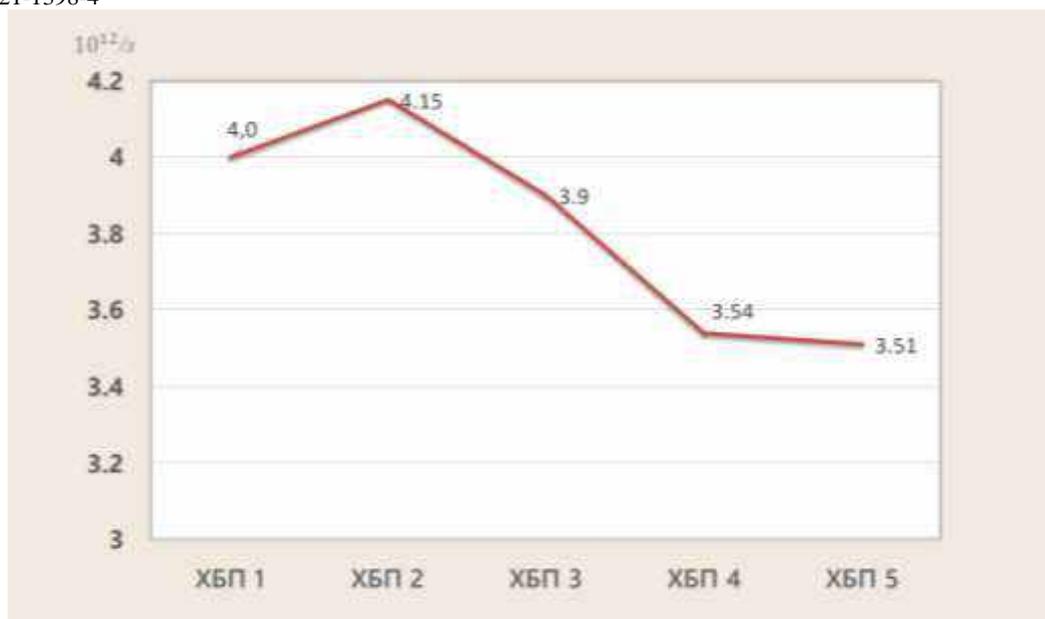


Рис. 5 – Средний уровень эритроцитов на разных стадиях ХБП

Среднее значение СКФ на 1 стадии ХБП составило 110 мл/мин/1,73м², на 2 стадии – 74 мл/мин/1,73м², на 3 стадии - 43 мл/мин/1,73м², на 4 стадии – 20 мл/мин/1,73м², на 5 стадии ХБП – 10 мл/мин/1,73 м².

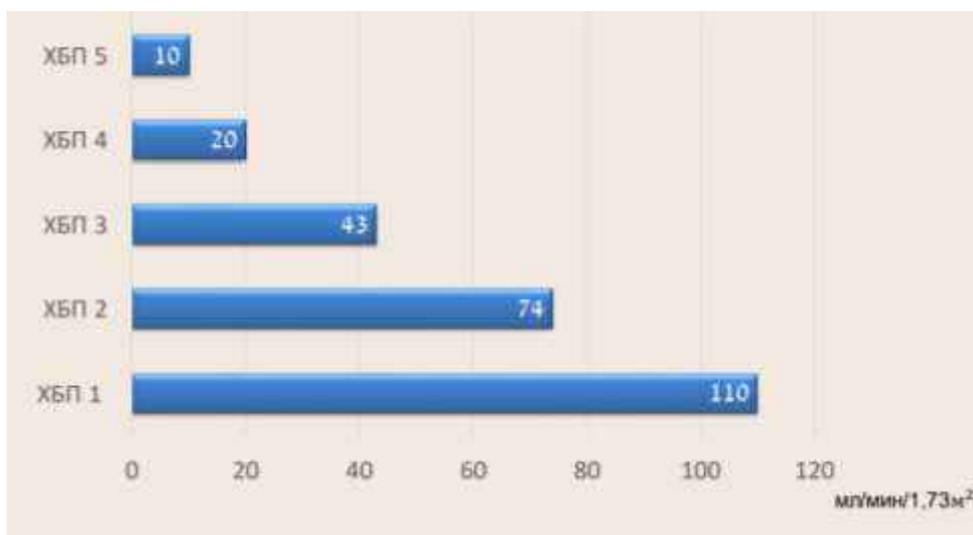


Рис. 6 – Среднее значение СКФ на разных стадиях ХБП

Согласно полученным нами данным установлено, что основной причиной ХБП является хронический гломерулонефрит (46%); далее следует смешанная нефропатия (32%), вызванная сочетанием артериальной гипертензии и сахарного диабета; 22% пришлось на иные заболевания, такие как хронический тубулоинтерстициальный нефрит, урологическая патология, системные васкулиты, системная красная волчанка.

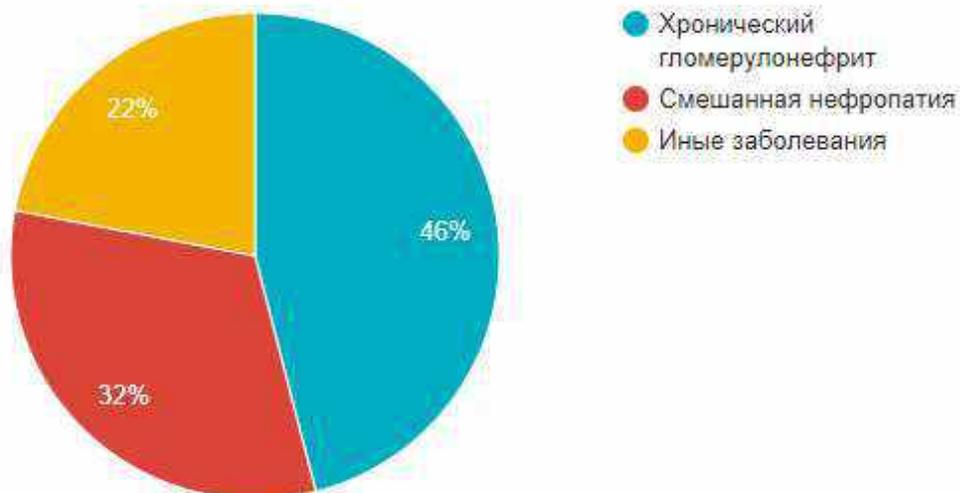


Рис. 7 – Структура заболеваний, регистрируемых среди пациентов с ХБП

Выводы:

1. С прогрессированием ХБП отмечается и нарастание степени тяжести ЖДА (средний уровень гемоглобина на 1 стадии ХБП составил $115,1 \pm 2,6$ г/л, на 3 стадии – $111,0 \pm 3,0$ г/л, на 5 стадии – $103,0 \pm 1,8$ г/л). Почти у каждого пятого (18%) пациента с ХБП, несмотря на проводимую коррекцию препаратами железа и эритропоэтина сохраняется тяжелая и средней степени тяжести ЖДА.

2. Несмотря на сохраняющееся преобладание хронического гломерулонефрита (46%) в структуре заболеваний, играющих ключевую роль в возникновении ХБП, большое значение приобретают смешанные нефропатии (32%), что требует внимания не только нефрологов, но и врачей других специальностей.

Литература

1. Чиж, К. А. Анемия при хронической болезни почек / К. А. Чиж // Внутренние болезни сегодня : сб. науч. тр., посвящ. 100-летию УО «Белорусский государственный медицинский университет» / под ред. Е. Л. Трисветовой. – Минск, 2021. – С. 182-195.

2. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney inter., Suppl.* 2012;2:279-335.

3. Клинический протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с нефрологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь (утвержден приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.09.2011 № 920)

4. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / Н.Н. Пилипцевич [и др.] ; под ред. Н.Н. Пилипцевича. – Минск : Новое знание, 2015. – 784 с.