

*Сазановец К. С.*

## **ЗНАЧИМОСТЬ, ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕФРОГЕННОЙ АНЕМИИ**

*Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Кувишинников В. А.*

*2-я кафедра детских болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** В общей структуре заболеваний детского возраста инфекции мочевой системы, включая пиелонефрит, по распространённости (более 5% у девочек и 1-2% у мальчиков) занимают второе место после инфекций дыхательных путей. Согласно данным литературы, нефрогенная анемия занимает 3 - 4 место среди всех анемий; уже при I-II стадии хронической болезни почек (ХБП) более половины детей имеют анемию. В связи с этим, повышается значимость своевременного выявления нефрогенной анемии.

**Цель:** используя общеизвестные показатели эритропоза, получаемые при обработке анализов крови на автоматическом анализаторе (содержание гемоглобина, эритроцитов, гематокрит, цветовой показатель, MCV), выявить признаки, характерные для нефрогенной анемии, сопоставив их с другими клиничко-лабораторными данными больного, данными анамнеза, используя всё это в комплексе для диагностики.

**Материалы и методы.** Мы проанализировали 2 истории болезни детей раннего возраста, лечившихся в отделении №6 3 ГДКБ с различными диагнозами, сравнив разнонаправленные изменения в анализах крови больных.

**Результаты и их обсуждение.** У первого ребёнка на фоне катаральных явлений выявлен лейкоцитоз и снижение Hb (109 г/л), без снижения эритроцитов ( $4,54 \cdot 10^{12}/л$ ), признаки гипохромии и микроцитоза, что соответствует ЖДА. Диагноз – ОРИ, фарингит, ЖДА лёгкой степени. У второго ребёнка – также выявлен лейкоцитоз, снижен Hb до 109 г/л, и эритроциты -  $4,18 \cdot 10^{12}/л$ , микроцитоза нет, минимальная гипохромия (0,78). В анализе мочи – лейкоцитурия. Поступает третий раз за время жизни, с высокой температурой тела, без катаральных явлений, с лейкоцитурией. Из семейного анамнеза: у родственников имеются пиелонефрит и мочекаменная болезнь. Выставлен диагноз: ОРИ, ИМВП, анемия нормоцитарная, нормохромная (нефрогенная?) лёгкой степени тяжести. С учётом данных анамнеза, клиничко-лабораторных данных, следует предположить наличие у больной обструктивной уропатии, или дизметаболической нефропатии (ребёнку необходимо дообследование). Если для ЖДА и ЛДЖ характерно снижение содержания Hb в крови, без существенного снижения количества эритроцитов, с наличием микроцитоза и гипохромии эритроцитов, то для нефрогенной анемии характерно синхронное снижение Hb и эритроцитов, нормохромный характер анемии и отсутствие микроцитоза, что и выявлено у второй больной. Выявленный у неё минимальный сдвиг в сторону гипохромии, вероятно, отражает незначительный дефицит железа, наслаивающийся на нефрогенную анемию. Уровень снижения клубочковой фильтрации, при котором формируется нефрогенная анемия, - менее  $60 \text{ мл/мин}/1,73 \text{ м}^2$  – лёгкая степень почечной недостаточности (ПН). Проведение общеизвестной нефропротективной медикаментозной коррекции, включающей ингибиторы АПФ, энерготропные препараты (Элькар), препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал, курантил, эуфиллин), и нормализующие кальциевый обмен (ксидифон), эритропозтин, а при ЖДА – препараты железа, что способствует отодвиганию сроков ХПН и препятствует её прогрессированию.

**Выводы.** Выявление нефрогенной анемии предоставляет возможность не только заподозрить и подтвердить ХБП, но и замедлить прогрессирование ПН назначением общепринятого медикаментозного комплекса.