

Чердиченко М.Д.

ВЛИЯЮТ ЛИ ТРАНСФУЗИИ ТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССЫ НА РАННИЙ И ОТДАЛЕННЫЙ ИСХОДЫ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ?

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Байко С.В.

1-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Гемолитико-уремический синдром (ГУС) остается одной из наиболее частых причин острого почечного повреждения у детей раннего возраста. Данные литературы относительно эффекта трансфузии тромбоцитарной массы (ТМ) на исход ГУС противоречивы: от негативного до отсутствия такого влияния. По этой причине в международных рекомендациях по ведению пациентов с ГУС такие трансфузии не рекомендуются, а могут использоваться только по очень узкому спектру показаний.

Цель: определить влияние трансфузий тромбоцитарной массы на ранний и отдаленный исходы ГУС у детей.

Материалы и методы. В исследование включено 118 детей с установленным диагнозом ГУС и проходивших лечение в Республиканском центре детской нефрологии и заместительной почечной терапии г. Минска, которые были разделены на 2 группы: 1-я (n=103) без и 2-я (n=15) с трансфузиями ТМ. Катамнез заболевания прослежен у всех исследуемых и составил 4,5 (3,6; 6,3) года. Неблагоприятным исходом в катамнезе считалось наличие артериальной гипертензии (АГ) и/или патологической альбуминурии/протеинурии и/или снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73м². Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 13.3. Рассчитывали медиану и квартили (Me (P25; P75)). Различия считали достоверными при p<0,05.

Результаты и их обсуждение. Пациенты 1 и 2 групп значительно не различались по возрасту: 1,4 (0,9; 2,5) и 1,5 (1,0; 2,4) года, полу: 53% и 40% мальчиков, катамнезу заболевания: 4,4 (3,7; 6,3) и 5,9 (3,6; 7,4) года, по исходным уровням в остром периоде ГУС лейкоцитов: 15,3 (11,5; 20,9) и 15,0 (13,4; 18,9) ×10⁹/л и гемоглобина: 85 (73; 93) и 86 (81; 88) г/л, лактатдегидрогеназы: 4020 (3010; 5510) и 4800 (3990; 5260) МЕ/л и степени превышения аланинаминотрансферазы верхней границе нормы: 2,0 (0,9; 4,0) и 2,9 (0,7; 4,2) раз, СРБ 11,8 (2,6; 24,0) и 8,0 (1,0; 24,0) мг/л, по потребности в диализе: 69% и 73% и ИВЛ: 18% и 27%, частоте судорожного синдрома и других неврологических расстройств: 15% и 13% соответственно.

Различия между 1-й и 2-й группами выявлено по длительности продромального периода (от начала диареи до поступления в диализный центр): 6 (4; 8) и 4 (4; 5) дня (p=0,021), исходному уровню тромбоцитов 77 (55; 106) и 39 (30; 44) ×10⁹/л (p<0,001) и их минимальному уровню за время госпитализации 54 (38; 74) и 34 (24; 39) ×10⁹/л (p<0,001) соответственно. После переливания ТМ уровень тромбоцитов крови увеличивался на 81 (50; 109) ×10⁹/л.

Влияние трансфузии ТМ на ранний исход оценивали по длительности анурии, которая не различалась между 1-й и 2-й группами: 9 (7; 13) и 8 (6; 11) дней, p=0,50. В отдаленном периоде также не отмечалось различий по доле пациентов 1 и 2 групп с неблагоприятными исходами: 46% и 33%, p=0,58, включая пациентов с АГ 35% и 21%, p=0,38, патологической альбуминурией 17% и 7%, p=0,46 и протеинурией 13% и 7%, p=0,69, со скоростью клубочковой фильтрации: 107 (99; 120) и 122 (108; 127) мл/мин/1,73 м², p=0,055 соответственно.

Выводы: по результатам исследования трансфузии тромбоцитарной массы не влияют на ранний и отдаленный исходы ГУС у детей и при наличии показаний могут безопасно использоваться у этой категории пациентов.