

*Далидовский В.А.*

## **ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Чиж К.А.*

*2-ая кафедра внутренних болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

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

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

**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). Средний возраст пациентов составил 60,4±1,73 года, причем у лиц с 1 стадией ХБП (7% от общего количества исследуемых) – 38,3±2,80 года, со 2 стадией (7%) – 62,3±5,36 года, с 3 (17%) – 61,4±3,16 года, с 4 (35%) и 5 (34%) стадиями ХБП соответственно 63,6±2,96 и 61,5±3,25 лет.

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

Средний уровень гемоглобина и эритроцитов на 1 стадии ХБП составил 115,1±2,6 г/л и 4,0±0,15\*10<sup>12</sup>/л соответственно, на 2 стадии – 115,7±3,8 г/л и 4,15±0,17\*10<sup>12</sup>/л, на 3 стадии – 111,0±3,0 г/л и 3,9±0,17\*10<sup>12</sup>/л, на 4 стадии – 104,2±2,26 г/л и 3,54±0,08\*10<sup>12</sup>/л и на 5 стадии – 103,0±1,82 г/л и 3,51±0,08\*10<sup>12</sup>/л соответственно. Разница между уровнем гемоглобина на ранних (1 и 2) и поздних (3-5) стадиях ХБП оказалась статистически достоверной (p < 0,05).

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

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.

### **Выводы:**

1. С прогрессированием ХБП отмечается и нарастание степени тяжести ЖДА (средний уровень гемоглобина на 1 стадии ХБП составил 115,1±2,62 г/л, на 3 стадии – 111,0±3,0 г/л, на 5 стадии – 103,0±1,82 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.