

Соловей Д.А., Журихо А.В.

КОРРЕКЦИЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Зайцева Е.С.

1-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Анемический синдром является одним из наиболее частых и тяжелых осложнений хронической болезни почек (ХБП) у детей, прогрессируя по мере снижения скорости клубочковой фильтрации (рСКФ). Анемия при ХБП ассоциирована со снижением качества жизни, задержкой физического и когнитивного развития, а также увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений. У значительной части пациентов с терминальной ХБП и после трансплантации почки сохраняется рефрактерность к стандартной терапии (препараты железа + эритропоэтины). Особую проблему представляет собой ятрогенное влияние лекарственных средств (иммуносупрессоров, ингибиторов протонной помпы, НПВС, антиагрегантов), которые могут усугублять анемию или снижать эффективность лечения.

Цель: выявление анемического синдрома и оценка эффективности лечения у пациентов с ХБП С3–С5

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов (577 анализов крови, 9 случаев: 2 мальчиков и 7 девочек) нефрологического отделения УЗ «2-я ГДКБ» г. Минска с ХБП С3–С5.

Результаты и их обсуждение. У шести из девяти пациентов в анамнезе была трансплантация почки. Анемический синдром был зарегистрирован у всех 9 пациентов (100%). На стадии ХБП С3 средний уровень гемоглобина (Hb) составлял 121 ± 12 г/л. По мере прогрессирования заболевания до стадии С5/терминальной ХБП средний уровень Hb снизился до 87 ± 15 г/л. Наиболее низкий зафиксированный уровень Hb составил 58 г/л. 7 из 9 пациентов (77,8%) получали терапию эритропоэтином (Эпоцим). На додиализных стадиях (ХБП С3–С4) стартовые дозы составляли 750–1500 МЕ 1–2 раза в неделю, у пациентов на диализе или при ХБП С5 2000–2500 МЕ 2 раза в неделю. Оценка эффективности через 2–4 недели терапии: у 1 пациента уровень Hb повысился со 110 до 121 г/л (+10%); у 2 с 89 до 126 (+41,6%) у 2 – с 82 до 109 г/л (+33%); у 1 – с 116 до 106 г/л (-8,6%). Однако, у 3 пациентов на фоне стандартной дозы эритропоэтина 2000 МЕ не было ответа (сохранялся уровень Hb ниже 80 г/л), что потребовало коррекции лечения.

Все 9 пациентов (100%) получали терапию 2-х и 3-х валентными препаратами железа. Лабораторный контроль эффективности выявил: у значительной части пациентов пероральное введение железа не позволяло достичь адекватного насыщения организма.

Абсолютный дефицит железа был у 4 из 9 пациентов (44,4%). Уровень сывороточного железа у этих пациентов составлял от 1,6 до 9,6 мкмоль/л. Функциональный дефицит железа был у 2 из 9 пациентов (22,2%). Уровень ферритина - 255–383 мкг/л, сывороточное железо в норме или снижено.

Выводы:

1. Анемия является универсальным осложнением ХБП у детей – зарегистрирована у 100% пациентов. По мере прогрессирования заболевания от стадии С3 до С5 средний уровень гемоглобина снижается на 28%

2. Стандартная терапия (пероральное железо + эритропоэтин) эффективна лишь у 55% пациентов. Остальным 45% требуются гемотрансфузии или переход на внутривенные формы железа.

3. Дефицит железа выявлен у 66,7% пациентов на стадии С5/диализа (44,4% – абсолютный дефицит, 22,2% – функциональный). Пероральная ферротерапия неэффективна при функциональном дефиците.

4. Ятрогенные факторы играют ключевую роль в развитии рефрактерной анемии: иммуносупрессоры (67% пациентов), ингибиторы протонной помпы (56%), антиагреганты (44%) и валганцикловир.