

В.В. Халудорова, Г.Х. Дамдинова

**АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

*Одним из характерных синдромов хронической болезни почек является гипохромная нормоцитарная анемия. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 115 пациентов с хронической болезнью почек, ассоциированной с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической больнице им. Н.А. Семашко, за 2009 г. Оценивались пол, возраст, частота гипертрофии левого желудочка, степень тяжести анемии по стадиям хронической болезни почек.*

*Получены следующие результаты: степень тяжести анемии возрастает по мере прогрессирования хронической болезни почек. Анемия способствует развитию ишемии миокарда, гипертрофии левого желудочка. Коррекция анемии может способствовать уменьшению темпов прогрессирования хронической болезни почек.*

**Ключевые слова:** нормоцитарная анемия, почки, гипертрофия левого желудочка

**ANEMIA IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE ASSOCIATED WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS**

V.V. Khaludorova, G.Kh. Damdinova

Buryat state university, Ulan-Ude

*One of the most typical syndrome of chronic kidneys disease is anemia. We analyzed the cases of 150 patients with chronic kidney disease, treated in the Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko during 2009. The evaluated parameters were sex, age, frequency of left ventricular hypertrophy, degree of severity of anemia according to stages of chronic kidney disease.*

*The following results were obtained. Degree of severity of anemia rises accordingly to progressing of chronic kidney disease. Anemia promotes to development of ischemia of myocardium, hypertrophy of left ventricle. Anemia correction may contribute to reduction of rate of progressing of chronic kidney disease.*

**Key words:** normocytic anemia, kidneys, hypertrophy of left ventricle

**ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время наблюдается значительное увеличение числа больных с хронической почечной патологией. Это, прежде всего, обусловлено ростом заболеваемости сахарным диабетом и артериальной гипертензией, старением населения, а также увеличением числа пациентов с повреждениями почек сосудистой природы. Хроническая болезнь почек (ХБП) быстро приводит к полной утрате трудоспособности, инвалидизации больных [1–5], ранним сердечно-сосудистым катастрофам.

Одним из характерных синдромов ХБП является гипохромная нормоцитарная анемия. Умеренное снижение гемоглобина крови нередко выявляется уже на ранних стадиях ХБП и усугубляется по мере прогрессирующего падения функции почек. Основной причиной развития анемии при ХБП является снижение выработки эритропоэтина, немаловажную роль играют и другие факторы: кровопотеря, повышенный гемолиз, дефицит железа, накопление в сыворотке крови физиологических ингибиторов эритропоэза, дефицит фолиевой кислоты, витамина В<sub>12</sub>. Эритропоэтин стимулирует выработку эритроцитов в костном мозге. Уменьшение их содержания в крови приводит к снижению доставки кислорода к тканям, в том числе и к почкам, то есть к гипоксии.

Коррекция анемии может способствовать уменьшению темпов прогрессирования хронической болезни почек.

**МЕТОДИКА**

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 115 пациентов (из них – 79 (69 %) женщин и 36 (31 %) мужчин с хронической болезнью почек, ассоциированной с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической больнице им. Н.А. Семашко за 2009 г. Оценивались пол, возраст, частота гипертрофии левого желудочка, соотношение степени тяжести анемии и стадии ХБП. Величина СКФ определялась расчетным методом (по формуле Коккрофт – Голт).

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

На основании проведенных исследований выявлено:

1. Из 115 пациентов с хронической болезнью почек, ассоциированной с артериальной гипертензией и сахарным диабетом: I стадии ХБП – 2,6 %; II стадии ХБП – 6,08 %; III стадии ХБП – 7,8 %; IV стадии ХБП – 1,7 %; V стадии ХБП – 6,8 %.

2. Анемия различной степени тяжести наблюдалась в 28 случаев из всех исследуемых пациентов (рис. 1).



Рис. 1. Распределение случаев анемии по степени тяжести у пациентов с ХБП.

3. Из 28 случаев анемии в I стадии ХБП – 10 %; II стадии ХБП – 10 %; III стадии ХБП – 53 % (рис. 2); V стадии ХБП – 25 %. У 71 % больных анемия была легкой степени тяжести, в 21 % – средней степени тяжести, что подтверждает формирование нефрогенной анемии уже на ранних стадиях ХБП (рис. 1).

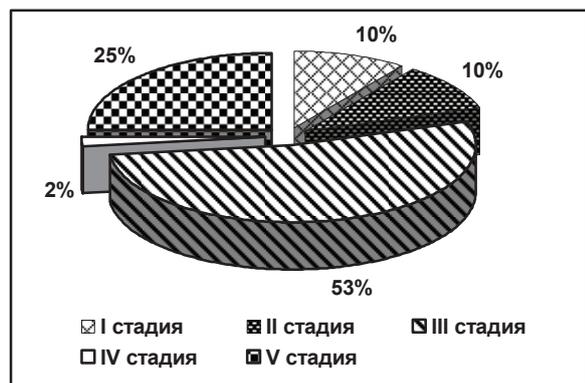


Рис. 2. Распределение случаев анемии по стадиям ХБП.

4. В структуре заболеваемости преобладают женщины 69 %, поскольку их больше среди исследуемых пациентов (рис. 3).

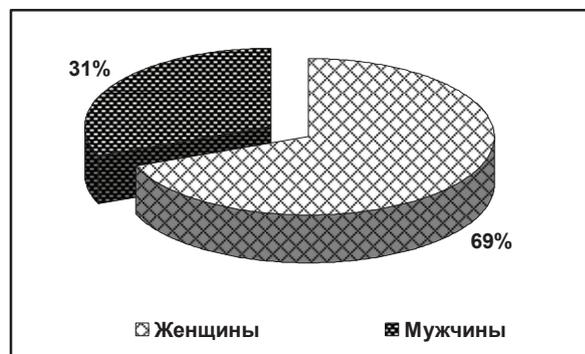


Рис. 3. Половая структура заболеваемости анемией и ХБП.

5. Среди пациентов с АГ и СД в возрастной группе 60 – 69 лет отмечается наибольшая частота

ХБП и, следовательно, частота и выраженность анемии (рис. 4).

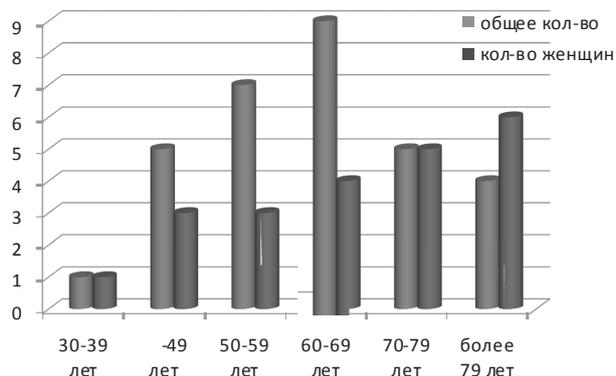


Рис. 4. Повозрастная структура заболеваемости анемией и ХБП.

6. Анемия при диабетической нефропатии развивается в 7 случаях, достаточно рано; выявлено: при I стадии ХБП (ассоциированной с артериальной гипертензией и сахарным диабетом) 14 % случаев анемии, при II стадии – у 14 %, III ст. – 15 % (рис. 5).

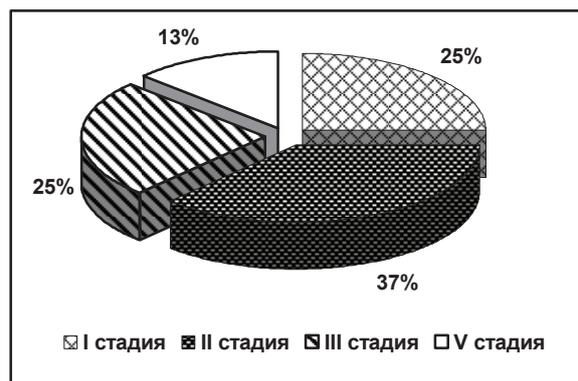


Рис. 5. Анемия при СД.

## ВЫВОДЫ

1. Таким образом, анемия при хронической болезни почек встречается достаточно часто, что соответствует данным литературы. Также подтверждается, что по мере прогрессирования хронической болезни почек возрастает не только частота, но и степень тяжести анемии.

2. Так как анемия при сахарном диабете встречается на ранних стадиях чаще, чем при ХБП другого генеза, можно предположить, что обнаружение анемии может служить ранним маркером поражения почек у больных с сахарным диабетом.

3. Наличие анемии, наряду с нарушением липидного, пуринового и других видов обмена веществ, присущих метаболическому синдрому и СД, является предиктором повышенного риска неблагоприятных исходов.

4. Анемию при хронической болезни почек можно рассматривать как маркер прогрессирования заболевания, своевременная и эффективная коррекция анемии должна замедлить прогрессирование как почечных, так и сердечно-сосудистых повреждений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Горбачев А.Г. Первичная инвалидность при урологических болезнях / А.Г. Горбачев, М.Б. Кадьскин, З.В. Милькишева // Урология и нефрология. — 1984. — № 1. — С. 51 — 60.

2. Калугина Г.В. Хронический пиелонефрит / Г.В. Калугина, Л.Ф. Клушанцева, Л.Ф. Шехаб. — М., 1993.

3. Мухин Н.А. Диабетическая нефропатия / Н.А. Мухин, М.В. Шестакова // Нефрология; под ред. И.Е. Тареева. — М., 2000. — С. 448 — 454.

4. Нарушения, ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность больных с хронической почечной недостаточностью / А.Л. Арьев [и др.] // Нефрология. — 1997. — Т. 1, № 3. — С. 58 — 69.

5. Щербакова А.В. Хроническая болезнь почек / А.В. Щербакова. — М., 2008. — 350 с.

#### Сведения об авторах

**Дамдинова Галина Хандажаповна** — к.м.н. доцент; 670047, г. Улан-Удэ, ул. Боевая, 6А, кв. 23, тел. 89246590018.