

ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПЕРЕГРУЗКЕ ЖЕЛЕЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ

ФГУ ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева МЗ РФ, Москва

В обзоре литературы представлены современные данные об эндокринных нарушениях при перегрузке железом у пациентов с заболеваниями крови. Постоянная трансфузионная терапия, особенно у пациентов с талассемическими синдромами, неизбежно приводит к избыточному отложению железа в органах эндокринной системы, что играет ведущую роль в патогенезе развития эндокринных осложнений, таких как гипогонадотропный гипогонадизм, задержка роста, сахарный диабет, остеопороз, гипотиреоз, гипопаратиреоз. В статье представлены данные о разработке неинвазивных методов диагностики и оценки содержания железа в органах эндокринной системы.

Ключевые слова: перегрузка железом, эндокринные нарушения, хелаторная терапия.

The literature review presents current data on endocrine disorders at the background of iron overload in patients with haemopathies. Continuous transfusion therapy, particularly in patients with thalassemia, necessitates excessive iron deposition in endocrine organs, which plays the leading part in the pathogenesis of endocrine complications (hypogonadotropic hypogonadism, growth inhibition, diabetes, osteoporosis, hypothyroidism, hypoparathyroidism). The article performs current data on non-invasive diagnostic procedures and methods of endocrine organs iron assessment.

Key words: iron overload, endocrine disorders, chelator therapy.

Регулярные трансфузии эритроцитарной массы являются основой терапии многих заболеваний, проявляющихся нарушениями эритропоэза, как врожденных – гемоглобинопатий, врожденных гемолитических, дизэритропоэтических анемий и аплазий кроветворения, так и приобретенных – апластических анемий и миелодиспластических синдромов. Регулярная заместительная терапия донорскими эритроцитами неизбежно приводит к избыточному отложению железа в органах и тканях с последующим нарушением их функции. В первую очередь железо накапливается в органах эндокринной системы, в дальнейшем поражаются печень и сердце [1].

В связи с отсутствием физиологических механизмов, способных осуществлять выведение избытка железа, принципиально важна ранняя диагностика перегрузки железом (ПЖ) с целью своевременного назначения и контроля адекватности хелаторной терапии, направленной на выведение его избытка из организма. Лабораторным критерием, коррелирующим с риском токсического действия железа, является стойкое повышение концентрации ферритина в сыворотке более 1000 мкг/л.

Наиболее остро стоит проблема ПЖ у пациентов с талассемическими синдромами – самой многочисленной популяции пациентов, получающих программную трансфузионную терапию. Несмотря на широкое использование в этой группе хелаторов железа, развитие вторичной ПЖ остается существенной проблемой. Именно ПЖ играет ведущую роль в патогенезе развития эндокринных осложнений, таких как гипогонадотропный гипогонадизм (40–60%), задержка роста (30–40%), сахарный диабет (СД) (5–14%), остеопороз (70–90%), гипотиреоз (6–20%), гипопаратиреоз (5–7%) [2–4] (см. таблицу).

Данные по частоте возникновения эндокринных нарушений при ПЖ в Российской Федерации в настоящее время отсутствуют.

Основными факторами риска для развития эндокринных нарушений являются: высокое содержание ферритина сыворотки, нерегулярный прием хелаторной терапии, раннее начало трансфузионной терапии, спленэктомия [5].

У пациентов с содержанием ферритина сыворотки ≥ 2500 мкг/л по сравнению с пациентами с ферритином сыворотки < 1000 мкг/л в 3,5 раза выше риск развития СД, гипотиреоза и гипопаратиреоза.

Контактная информация:

Сметанина Наталья Сергеевна – д.м.н., проф., зав. отделом оптимизации лечения гематологических заболеваний ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева МЗ РФ, проф. каф. онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Адрес: 117997 г. Москва, ул. Саморы Машела, 1

Тел.: (495) 287-65-81, E-mail: nataly.smetanina@gmail.com

Статья поступила 15.10.13, принята к печати 25.06.14.