

Ранние и поздние осложнения геморрагического цистита у детей после аллогенной ТГСК

А.А. Щербаков, О.В. Паина, Р.В. Клементьева, О.В. Голощапов, Л.С. Зубаровская

Актуальность

Среди потенциальных многочисленных осложнений аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК), особое место занимает геморрагический цистит (ГЦ) – диффузное воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря, встречающейся у детей после алло-ТГСК в 8-25% случаев.

Цели и задачи

Целью исследования было выявление особенностей течения ГЦ у реципиентов алло-ТГСК детского возраста.

Материалы и методы

В ходе научной работы определяли частоту острого повреждения почек (ОПП) на основе уровня креатинина и базовой скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в течении 100 дней после алло-ТГСК, в том числе по шкале rRIFLE. Состояние мочевого пузыря, мочеточников и чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), а также диагностику наличия сгустков выполняли с помощью УЗИ. Потребность в гемотранфузионной терапии оценивали на примере эритроцитной взвеси, в первые 50 дней после алло-ТГСК.

Результаты

В исследование включен 581 пациент до 18 лет получивший алло-ТГСК из которых у 22% пациентов (n=128) развился ГЦ. Общая кумулятивная частота ГЦ после алло-ТГСК с учётом конкурирующих рисков составила 22,1% (95% ДИ, 18,8-25,5%). Медиана дня манифестации ГЦ после алло-ТГСК составила 32 (19; 42) дня. Наиболее поздний случай развития ГЦ диагностирован в Д+175. Медиана длительности течения ГЦ в исследуемой когорте составила 17 (11; 31) дней. Отмечено преобладание третьей степени тяжести ГЦ – 43,8% (n=56). Первая степень тяжести встречалась в 18,8% случаев (n=24), вторая – в 21,9% (n=28), четвёртая – в 15,6% случаев (n=20). По данным УЗИ тампонада мочевого пузыря развивалась в 15,6% случаев (n=20), расширение мочеточников и ЧЛС отмечалось в 32% случаев (n=41). Из них пиелэктазия в 36,6% случаев (n=15), пиелoureteroэктазия в 46,3% (n=19) и каликопиелoureteroэктазия в 17% (n=7). Двухстороннее расширение мочеточников и ЧЛС отмечалось в 34,1% случаев (n=14). Сгустки в ЧЛС были выявлены в 39% случаев (n=16). Во всех клинических наблюдениях расширение мочеточников и ЧЛС купировалось в течение 3 месяцев после окончания ГЦ. Базовая СКФ в контрольной и в исследуемой группе, не различалась и составила 152,5 (128,4; 190,8) мл/мин/1.73 м² и 161,1 (141,4; 205,5) мл/мин/1.73 м² (p=0,39). Минимальная СКФ на Д+100 в контрольной и в исследуемой группах не различалась и составила 95,4 (73,0; 113,0) мл/мин/1.73 м² и 93,8 (78,1; 113,0) мл/мин/1.73 м², соответственно (p=0,7). Частота развития ОПП после алло-ТГСК по шкале rRIFLE не отличалась и составила 84,8% (n=384) в контрольной группе и 90,6% (n=116) в группе пациентов, развивших ГЦ (p=0,12). Степень тяжести ОПП согласно классификации rRIFLE также не отличалась, p=0,89. Медиана количества гемотранфузий в группе пациентов с ГЦ была выше по сравнению с контрольной группой – 3 дозы (2-4) против 2 доз (1-3) (p=0,01), но значительно ниже чем у пациентов имеющих ЖКК (медиана гемотранфузий 6 (6-15) (p=0,003)). ГЦ повышал потребность в гемотранфузиях по сравнению с пациентами без ГЦ – 0,42 и 0,28 доз эритроцитной взвеси в неделю, соответственно. ГЦ не оказывал влияния на однолетнюю общую выживаемость, которая составила 63,1% у больных с ГЦ против 53,1% у пациентов без ГЦ (p=0,1).



Рис. 1 Степень тяжести ГЦ

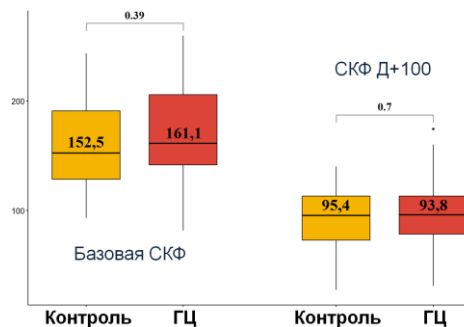


Рис. 2 Сравнение СКФ в зависимости от развития ГЦ

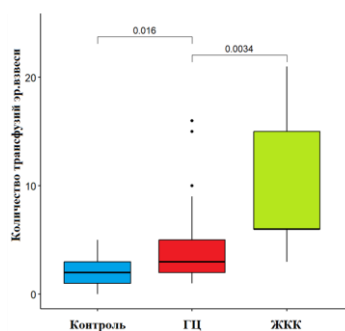


Рис. 3 Потребность в эритроцитсодержащих гемоконпонентах

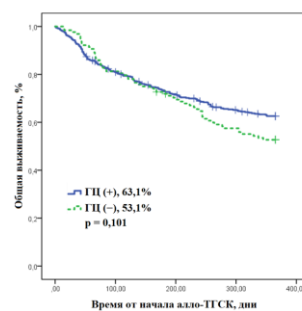


Рис. 4 Влияние ГЦ на общую однолетнюю выживаемость

Выводы

ГЦ – это частое осложнение после алло-ТГСК у детей, которое в случае развития тяжелых форм, способно приводить к дисфункции мочевыделительной системы, требует комплексного лечения и интенсификации заместительной гемотранфузионной терапии. Выявленные особенности течения ГЦ в посттрансплантационном периоде создают теоретическую основу для дальнейших исследований и совершенствования терапии ГЦ.