

КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.

Пулатова П.Х., Ташкенбаева Э.Н..

Аннотация. Хроническая болезнь почек (ХБП) часто сопутствует сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), особенно коронарной болезнью сердца (КБС). Такая взаимосвязь объясняется наличием общих факторов риска и механизмов патогенеза, которые приводят к развитию порочного круга, усугубляющего течение обоих заболеваний. Это явление получило название кардиоренального континуума. Механизмы, связывающие почечную дисфункцию (ПД) и неблагоприятные исходы у пациентов с острым коронарным синдромом, сложны и многообразны. Однако, данные исследований убедительно свидетельствуют о том, что снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл/мин/1,73 м² является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности.

Ключевые слова: коронарный болезнь сердца, хроническая болезнь почек, почечная дисфункция

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости почечной дисфункции (ПД) и ее прогностической значимости у больных коронарной болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 247 историй болезни и протоколов ангиографии пациентов с заболеваниями сердечно сосудистой системы (ССС) за период с 2022 по 2024 годы, получавших лечение в Бухарский областной многопрофильный медицинский центр. Методом отбора была сформирована основная группа больных (136 человек) с поражением коронарных и почечных артерии, а также группа сравнения (142 пациентов) без поражений почечных артерии. Средний возраст больных варьировал от 41 до 76 лет (61,2±8,7). У 36 больных первой группы выявлены гемодинамически значимые сужения (>67%) почечной артерии с одной стороны. Изучены распространенность факторов риска, особенности коронарного кровотока и состояние функции почек. ДП диагностировалась у

пациентов со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) менее 60 мл/мин/ 1,73 м², являющейся достоверным диагностическим критерием снижения почечной функции и не требующим наличия дополнительных признаков почечного повреждения. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2010 с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты. У всех больных проводился анализ результатов коронароангиографии (КАГ), который выявил превалирование поражения передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (ПМЖВ), как в группе с почечной дисфункцией (ПД) (54,3%), так и у больных с сохранной функцией почек (45,1%). Поражение правой коронарной артерии (ПКА) - 23,7% и 23,2%, огибающей ветви левой коронарной артерии (ОВЛКА) - 22% и 21,8%, соответственно. Было установлено, что у больных с ПД достоверно чаще наблюдалось трехсосудистое и многососудистое поражение коронарного русла, чем в группе сравнения (52,6% против 42,9%, $p < 0,001$), также выявлялось однососудистое (22,1% против 20,3%, $p < 0,05$) и двухсосудистое (32,6% против 27,1%, $p < 0,05$) поражение коронарных артерий. В группе больных с сохранной функцией почек обструктивных изменений коронарных артерий (стеноз менее 50%) в 3,4% случаях не было выявлено.

Было установлено, что у больных с ПД достоверно чаще наблюдалось двухсосудистое, трехсосудистое и многососудистое (32,6% против 27,1%, $p < 0,01$; 52,6% против 42,9%, $p < 0,01$ и 12,3% против 7,1%, $p < 0,01$ соответственно) поражение коронарного русла. В группе больных с ПД чаще встречались ИМ ($p < 0,01$) и ОНМК в анамнезе ($p < 0,05$), также значимое превалирование больных с

СД ($p < 0,05$) чем в группе без поражение почек. В основной группе уровень гемоглобина ($p < 0,001$) был достоверно ниже, уровень креатинина был $123 \pm 4,1$ мкмоль/л и мочевины 7,9 ммоль/л, т.е. несколько выше чем у больных второй группы ($p < 0,001$). Дальнейшие результаты анализа показали, что у 27 пациентов, имевших ПД после реваскуляризации миокарда и почечной артерии, нормализовались показатели почечной функции и стабилизировалось АД, улучшилась сердечная гемодинамика.

Заключение. При атеросклерозе часто наблюдается одновременное поражение коронарных и почечных артерий. ПД встречается чаще у больных с ИБС более

старшего возраста, имеющих множество факторов риска, в первую очередь артериальную гипертонию, сахарный диабет, ожирение, перенесенный инфаркт миокарда и мозговой инсульт, а также имеющие вредные привычки.

Список литературы

1. Арутюнов, Г. П. Острый инфаркт миокарда и почечная функция / Г. П. Арутюнов, Л. Г. Оганезова // Нефрология. – 2010. – № 3. – С. 39-44.
2. Беялов, Ф. И. Диагностика и лечение ишемической болезни сердца при хронической болезни почек. 2010 [Электронный ресурс] / Ф. И. Беялов. – URL: www.therapy.irkutsk.ru/my/ckdcad.pdf (дата обращения: 01.12.2015).
3. Беялов, Ф. И. Инфаркт миокарда у пациентов с нарушением функции почек. Гемодиализ для специалистов. 2010 [Электронный ресурс] / Ф. И. Беялов. – URL: <http://www.hd13.ru/article/1405/> (дата обращения: 22.12.2015).
4. Бова, А. А. Хроническая почечная недостаточность и хроническая болезнь почек: соотношение терминов / А. А. Бова // Воен. медицина. – 2012. – №– С. 25-34.
5. Бова, А. А. Хроническая болезнь почек как независимый фактор риска сердечно-сосудистой патологии / А. А. Бова // Воен. медицина. – 2014. – № 2. – С. 15-21.
6. Вельков, В. В. Современная лабораторная диагностика ренальных патологий: от ранних стадий до острой почечной недостаточности / В. В. Вельков, О. И. Резникова // Лаб. диагностика. – 2010. – № 4. – С. 59-65.
7. Вельков, В. В. Цистатин С и NGAL - маркеры преคลินิกеской ренальной дисфункции и субклинического острого повреждения почек. Лабораторная служба. 2015;4(2):38-43. Визир, В. А. Кардиоренальный синдром / В. А. Визир, А. Е. Березин // Артер. гипертензия. – 2011. – № 2. – С. 100-109.
8. Влияет ли на госпитальный прогноз больных с Q-образующим ОИМ эндоваскулярная реперфузия миокарда, выполненная в первые часы заболевания? / Е. Ц. Мачитидзе, И. Ю. Костянов, А. Г. Колединский, Д. Г. Иоселиани // Интервенц. кардиология. – 2010. – № 20. – С. 11-15.

9. Возрастные аспекты заболеваемости острыми формами ишемической болезни сердца и смертности от них у мужчин и женщин / С. А. Бойцов, С. С. Якушин, Н. Н. Никулина и др. // Рацион. фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – Т. 6, № 5. – С. 639-644.
10. Волгина, Г. В. Контраст-индуцированная нефропатия: патогенез, факторы риска, стратегия профилактики (часть I) / Г. В. Волгина // Нефрология и диализ. – 2006. – № 1. – С. 69-77.
11. Волгина, Г. В. Контраст-индуцированная нефропатия. Эпидемиология, факторы риска, патофизиология / Г. В. Волгина // Радиология–практика. – 2007. – № 6. – С. 42-53.
12. Гиляревский, С. Р. Современные подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в постменопаузе: роль заместительной гормональной терапии / С. Р. Гиляревский // Сердце. – 2006. – № 7. – С. 340-345.
13. Дедов, И. И. Проблемы острого инфаркта миокарда у больных сахарным диабетом: эхо Мюнхена / И. И. Дедов, А. А. Александров // Кардиология. – 2008. – № 1. – С. 4-10.
14. Демографический ежегодник России (официальное издание Федеральной службы государственной статистики) 2000-2011: стат. сб. / Росстат. – М., 2011. – 795 с.
15. Деформационные свойства эритроцитов человека в присутствии рентгеноконтрастных средств / О. А. Киселева, А. Н. Усенко, Е. Е. Сидорова и др. // Эксперим. и клин. фармакология. – 2009. – № 4. – С. 33- 35.