

УДК 616.1:614.8.026.1-092:616.61-036.1

Яшкина Т.О., Высочина И.Л., Росицкая А.А., Черниловский А.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК I—III СТАДИИ.

г. Днепрпетровск, Украина

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

кафедра семейной медицины ФПО

Резюме. *Исследование кардиоваскулярного риска у пациентов с хронической болезнью почек I—III стадии. Яшкина Т.О., Высочина И.Л., Росицкая А.А., Черниловский А.В.* Распространенность хронической болезни почек (ХБП) в популяции неуклонно растет, при чем течение данного заболевания ассоциировано с множеством осложнений, которые ухудшают качество жизни пациентов. Целью нашего исследования было определение уровня кардиоваскулярного риска у пациентов с ХБП и изучить распространенность наиболее значимых осложнений, ухудшающих кардиоваскулярный прогноз. Нами проведено обследование и оценка кардиоваскулярного риска у 74 больных с ХБП I-III стадии, которое показало, что уже на первой стадии болезни 81,8% пациентов имеют риск выше, чем средний в популяции, а в третьей стадии пациенты с ХБП переходят в категорию «высокого» и «очень высокого» риска сердечно-сосудистых катастроф. Среди осложнений ХБП по нашим данным наиболее значимыми являются артериальная гипертензия, анемический синдром, протеинурия.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, кардиоваскулярный риск, осложнения.

Резюме. *Дослідження кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з хронічною хворобою нирок I—III стадії. Яшкіна Т.О., Височина І.Л., Росицька О.А., Черниловский А.В.* Розповсюдженість хронічної хвороби нирок (ХХН) в популяції неухильно зростає, при чому перебіг даного захворювання асоційований з багатьма ускладненнями, які погіршують якість життя пацієнтів. Метою дійсного дослідження було визначити рівень кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з ХХН та вивчити розповсюдженість найбільш значимих ускладнень, що погіршують серцево-судинний прогноз. Нами проведено обстеження та оцінку кардіоваскулярного ризику у 74 хворих з ХХН I-III стадії, яке показало, що вже на першій стадії хвороби 81,8% пацієнтів мають ризик серцево-судинних катастроф вищий, ніж середній у популяції, а на третій стадії пацієнти з ХХН переходять до категорії «високого» та «дуже високого» ризику серцево-судинних катастроф. Серед ускладнень ХХН за нашими даними найбільш вагомими є артеріальна гіпертензія, анемічний синдром, протеїнурія.

Ключові слова: хронічна хвороба нирок, кардіоваскулярний ризик, ускладнення

Вступление. В исследованиях сегодняшнего дня показано, что почечная дисфункция – независимый предиктор кардиоваскулярной заболеваемости и смертности, при этом сердечнососудистые события, а не прогрессирующее снижение функции почек и нарушение обмена жидкости и электролитов,

являются ведущей причиной смерти больных с хронической болезнью почек (ХБП) [5]. Уровень кардиоваскулярной летальности у лиц с ХБП в 5–20 раз выше, чем в общей популяции и составляет около 16,5% ежегодно [8].

По данным многоцентровых исследований [4, 6, 9], посвященных изучению различных аспектов сердечно-сосудистых нарушений при ХБП, есть доказательная база, что наиболее частыми осложнениями со стороны сердечнососудистой системы (ССС) при ХПБ является артериальная гипертензия, что совпадает с данными многолетних исследований коллектива отечественных авторов [1]. Особое место и значимость при оценке кардиоваскулярного риска отводится формированию не сосудистых осложнений ХБП: хронической почечной недостаточности, железодефицитной анемии, протеинурии.

Цель: исследовать уровень риска сердечно - сосудистых катастроф у пациентов с ХБП на I—III стадиях и оценить распространенность осложнений ХБП, влияющих на кардиоваскулярный риск.

Материалы и методы: проведено обследование 74 больных с ХБП I—III стадии в возрасте от 19 до 82 лет, которые находились на Д-учете в КУ ЦПМСП №6 и/или на лечении в условиях нефрологического отделения КУ ГМКБ №4 ДОС г. Днепропетровска. Все пациенты с установленным диагнозом ХБП получали стандартизированное лечение основного заболевания согласно протоколам МЗ и национальным рекомендациям [3].

Объем обследования пациентов включал в себя: общеклиническое обследование (оценка жалоб, данные анамнеза, физикальный осмотр), оценку лабораторных данных (общий анализ крови, общий анализ мочи, уровень протеинурии, биохимические показатели крови: азотный, липидный спектр, общий белок, глюкоза крови). Проведение оценки прогноза ХБП проводилось по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ), категории альбуминурии (протеинурии) (KDIGO 2012), уровню артериального давления и наиболее значимых осложнений (шкала стратификации риска) [2, 7].

Все методы лабораторных исследований пациентов были стандартизированными и проводились в сертифицированных лабораториях КУ ДГМКБ №4 и КУ ЦПМСП № 6. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программы STATISTICA 6.1.

Результаты и их обсуждение: по нашим данным, среди 74 обследованных пациентов основной группы наблюдения с ХБП в возрасте от 19 до 82 лет, мужчин было 26 человек (35,2 % наблюдений), женщин – 48 пациентов (64,8 %). Основную часть пациентов с ХБП составили люди трудоспособного возраста со средним показателем возраста $45,1 \pm 3,1$ года. При этом в возрастной группе 19-44 года зарегистрировано 51,4% пациентов (среди которых 68,4% женщин и 31,6% мужчин), в возрастной группе от 45 до 59 лет – 29,7% наблюдений (54,5% и 45,5% соответственно), в группе 60-74 лет – 13,5% (60% и 40% соответственно), в группе от 75 до 90 лет – 5,4% (все 100% женщины). В зависимости от стадии ХБП, распределение пациентов основной группы наблюдения выглядело следующим образом - с ХБП I стадии было 29,7% пациентов, ХБП II стадии - 40,6%, ХБП III стадии, соответственно 29,7%.

Согласно поставленным задачам исследования, нами проведен контроль уровня артериального давления (АД) у пациентов с ХБП при первичном осмотре и в динамике их наблюдения на фоне лечения основного заболевания, как на амбулаторном, так и стационарном уровне их обследования. Средние показатели АД у пациентов с ХБП (первичные и в динамике наблюдения) в зависимости от стадии болезни, представлены в таб.1

Таблица 1.

Сравнительная характеристика среднего уровня артериального давления у пациентов с ХБП в динамике наблюдения и лечения

Стадия	Первичное обследование		На фоне лечения основного заболевания	
	САД мм.рт.ст.	ДАД мм.рт.ст.	САД мм.рт.ст.	ДАД мм.рт.ст.
ХБП I	127,7 ± 5,1	85 ± 4,2	117,7 ± 1,8	76 ± 1,8
ХБП II	155,7 ± 8,9	90,4 ± 3,9	127,5 ± 3,4	77,9 ± 2,5
ХБП III	159,1 ± 6,8	96,8 ± 4,9	132,7 ± 2,9	80,9 ± 2,1

Стойкая артериальная гипертензия среди пациентов, которых мы наблюдали, отмечалась в 43,2% наблюдений, в том числе, в группе с ХБП I у 9,1% случаев, с ХБП II – в 26,7%, с ХБП III – в 36,4% соответственно.

В структуре не сосудистых осложнений влияющих на прогноз сердечно - сосудистых катастроф у пациентов с ХБП, находящихся под нашим наблюдением доминировали протеинурия и анемический синдром. Так, не зависимо от стадии ХБП, протеинурия регистрировалась в 72,9% случаев, при этом, в группе с ХБП I стадии у 54,5% пациентов, с ХБП II – в 73,3% наблюдений, с ХБП III – в 90,9% случаев. Анемический синдром (железодефицитная анемия) по данным настоящего обследования регистрировался у 37,9% случаев не зависимо от стадии ХБП, в том числе, в группе с ХБП I у 27,3%, с ХБП II – в 40%, с ХБП III – в 45,5% случаев.

Результаты проведенной нами оценки наличия факторов риска в соответствии с рекомендациями KDIGO 2012, шкалой стратификации риска [2, 7], позволила определить уровень кардиоваскулярного риска среди пациентов с ХБП, что наглядно представлено в таб.2.

Таблица 2.

Оценка уровня кардиоваскулярного риска у пациентов с ХБП

Риск	ХБП I	ХБП II	ХБП III
Средний, как и в популяции	18,2%	-	-
Низкий (1)	81,8%	35,8%	-
Умеренный (2)	-	21,4%	9,1%
Высокий (3)	-	21,4%	63,6%
Очень высокий (4)	-	21,4%	27,3%

Анализ связи между временем верификации диагноза ХБП и развитием сердечнососудистых катастроф, в частности острого нарушения мозгового кровообращения, показал, что у 6,7% обследованных нами пациентов, независимо от стадии болезни, данное осложнение развилось в течение трех лет от постановки диагноза ХБП.

Выводы:

1. Среди больных с ХБП преобладают пациенты в возрасте от 19 до 44 лет (51,4% наблюдений) и женского пола в соотношении 2:1 (64,8% женщин и 35,2% мужчин).
2. Среди не сосудистых осложнений ХБП доминируют протеинурия (72,9% наблюдений) и железодефицитная анемия (37,9%).
3. Стойкая гипертензия у пациентов с ХБП регистрируется в 43,2% наблюдениях.
4. На первой стадии ХБП 81,8% пациентов имеют кардиоваскулярный риск выше, чем средний в популяции, а в третьей стадии ХБП этот риск у 90,9% обследованных увеличивается до высокого и очень высокого.

Литература:

1. Иванов Д.Д., Корж О.М. Нефрологія в практиці сімейного лікаря: навчально-методичний посібник. — 2-ге вид., переробл. — Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2012. — 384 с.
2. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії: наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012р.- Київ, 2012.- 72с.
3. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нефрологія»: наказ МОЗ України № 593 від 12.12.2004р.- Київ, 2004.
4. Cannata-Andia J., Passlick-Deetjen J. Ritz E. Management of the renal patients: experts' recommendations and clinical algorithms on renal osteodystrophy and cardiovascular risk factors// Nephrol. Dial. Transplant. — 2000. — Vol. 15 (Suppl. 5). — P. 1–154.
5. Mann J.F. Cardiovascular risk in patients with mild renal insufficiency: implications for the use of ACE inhibitors. Presse Med 2005; 34 (18): 1303-8.
6. Mann J.F., Gerstein H.C., Pogue J., Bosch J., Yusuf S. Renal insufficiency as a predictor of cardiovascular outcomes and the impact of ramipril: the HOPE randomized trial. Ann. Intern. Med. 2001; 134: 629–36.
7. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2012 update // Am. J. Kidney Dis. — 2012. — 60 (5). — 850–886.
8. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. The HDFP cooperative group. Persistence of reduction in blood pressure and mortality of participants in the Hypertension Detection and Follow-up Program. JAMA 1988;259:2113.