

5. Миллер О.Н., Пономаренко С.В. «Диагностика и лечение наджелудочковых тахикардий», Новосибирск, 2003.
6. Роман Т.С., Волков В.Н., Долгошей «Характеристика вегетативных типов пароксизмальной мерцательной аритмии по данным электрофизиологических исследований» <http://www.med.by>.
7. Соколов С.Ф., Джагангиров Ф.Н. «Антиаритмический препарат аллапинин: обзор результатов клинического изучения». Кардиология. 2002, 7, с. 96–102.
8. Alboni P, Paparella N., «Pharmacological therapy of symptomatic atrial fibrillation with a slow ventricular response» in: «Atrial fibrillation. Mechanisms and Therapeutic Strategies» B. Olsson, M. Allessie, R. Campbell (eds.) Futura Publishing Company, 1994.
9. Benjamin E., Wolf P., D'Agostino R. et al.: «Impact of atrial fibrillation on the risk of death. The Framingham Heart Study». Circulation 1998, 98, P.946–52.
10. Fogoros R.N. «Antiarrhythmic Drugs», пер с англ. BINOM PUBLISHERS, M, 2002.

УДК 616

**А.А. Мигунова, П.С. Гилёва, К.В. Потапов, А.М. Шимкевич
ИЗУЧЕНИЕ ПОДХОДОВ К НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У
ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННОЙ РАСЧЁТНОЙ СКФ В
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**A.A. Migunova, P.S. Gileva, K.V. Potapov, A.M. Shimkevich
THE STUDY OF APPROACHES TO RENOPROTECTIVE THERAPY
IN PATIENTS WITH DECREASED THE ESTIMATED GFR IN A
THERAPEUTIC HOSPITAL**

Department of faculty therapy and endocrinology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: a.migunova93@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены подходы к нефропротективной терапии у пациентов со сниженной СКФ, а также даны рекомендации по их коррекции.

Annotation. The article discusses approaches to renoprotective therapy in patients with decreased GFR (glomerular filtration rate), and recommendations for their correction .

Ключевые слова: нефропротективная терапия, сниженная СКФ.

Keywords: renoprotective therapy, decreased glomerular filtration rate.

ХБП — понятие, объединяющее всех пациентов с сохраняющимися в течение 3 и более месяцев признаками повреждения почек и/или снижением их функции.

В случае сохранной или повышенной СКФ, а также у больных с ее начальным снижением ($60 \leq \text{СКФ} < 90$ мл/мин/1,73 м²) для диагноза ХБП необходимо присутствие признаков повреждения почек: альбуминурия ≥ 30 мг/сут или отношение альбумин/креатинин в моче ≥ 30 мг/г (≥ 3 мг/моль), изменение осадка мочи, электролитные нарушения, структурные и морфологические изменения, трансплантация почки в анамнезе.

При СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² ХБП диагностируется даже при отсутствии маркеров повреждения почек в течение 3 и более месяцев.

Хроническая болезнь почек (ХБП) в настоящее время во всем мире является глобальной медицинской проблемой, но подходы к её выявлению и подбору терапии в реальной клинической практике не позволяют своевременно выявлять пациентов с риском развития ХБП и адекватно корректировать терапию с целью сохранения и/или улучшения функции почек. Что особенно важно из-за того, что ХБП – это независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые у пациентов с ХБП становятся причиной смерти в 10-25 раз чаще, чем в популяции в целом. [3]

Цель исследования – анализ подходов к нефропротективной терапии пациентов со сниженной расчетной СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м², путем сбора анамнеза и работы с историями болезни, для обоснования необходимости коррекции терапии с целью лечения прогрессирующего ухудшения функции почек у пациентов терапевтического стационара.

Материалы и методы исследования

В группу исследования вошло 138 человек госпитализированных в первое и второе терапевтическое отделение ГКБ № 40 г. Екатеринбурга в период со 02.11.15 по 12.02.16. Средний возраст 54 ± 14 лет, из них женщин 54, средний возраст 58 ± 16 лет, мужчин 83, средний возраст 52 ± 13 лет.

Средний уровень расчетной СКФ составил 83 ± 27 мл/мин/1.73 м².

Методы: изучение и обобщение специализированной литературы, сбор анамнеза у пациентов, работа с историями болезней, расчет СКФ по формуле СКД-ЕРІ и анализ терапии, обработка полученных результатов в программе Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

У 24 пациентов (17%) человек среднего возраста 73 ± 11 лет имело место снижение расчетной СКФ менее 60 мл/мин/1.73 м². Из числа пациентов со

сниженной СКФ было 17 (71%) женщин от 56 до 87 лет, средний возраст 73 ± 11 лет, 7 (29%) мужчин от 45 до 82 лет, средний возраст 73 ± 13 лет.

24 пациента среднего возраста 73 ± 11 лет с расчетной СКФ более 60 мл/мин/1.73 м². были взяты в группу сравнения. Из них 10 женщин от 36 лет до 81 года, средний возраст 64 ± 15 лет, 14 мужчин от 32 до 76 лет, средний возраст 59 ± 11 лет.

Группы были сопоставлены по возрасту: в группу исследования (n= 24) вошло 3 пациента среднего возраста (44-59 лет), 9 пациентов пожилого возраста (60-74 года), 12 человек старческого возраста (75 -89 лет). В группу сравнения (n= 24) вошло 10 человек среднего возраста, 10 пациентов пожилого и 4 старческого возраста. В группе исследования доля пациентов старческого возраста оказалась значительно больше, чем в группе сравнения, что обусловлено возрастными изменениями функционального состояния почек.

Группы также были сопоставлены по основному заболеванию: в группе исследования (n= 24) и в группе сравнения (n= 24) 6 человек было госпитализировано по поводу бронхиальной астмы, 7 пациентов с пневмонией, 2 пациента с ХОБЛ. В группе исследования 4 человека обратились за помощью по поводу ИБС, а в группе сравнения ИБС стала причиной госпитализации только у 3 пациентов. С другими причинами были госпитализированы 5 и 6 пациентов соответственно.

Таблица.

Сопоставление групп исследования по сопутствующей патологии

Сопутствующая патология	Группа исследования (n= 24)	Группа сравнения (n= 24)	Достоверность различий
СД	10	3	p = 0,15
ГБ	22	18	p = 0,8
ПИКС	1	2	p = 0,97
ОНМК	1	1	p = 1

В группе исследования (n= 24) 10 пациентов имеет СД и 22 пациента гипертоническую болезнь в анамнезе, это объясняется тем, что данная сопутствующая патология может приводить к нарушению функции почек. Повышенное АД в течение 5 лет увеличивает вероятность развития поражения почек в 2 раза, а более 5 лет – в 5 раз. [1]

Анализ применения блокаторов РААС среди пациентов со сниженной СКФ (n=24) и группы сравнения (n=24) показал, что и в группе исследования, и в группе сравнения наиболее часто применяемым препаратом был эналаприл (15 пациентов из каждой группы). Периндоприл в группе исследования никто не принимал, а в группе сравнения только 3 пациента. Лозартан принимали 9 пациентов в группе исследования и 3 человека в группе сравнения. Валсартан

принимал только 1 пациент в группе исследования. Нефропротективная активность подтверждена в исследованиях RENAAL (для лозартана), IRMA-2 и IDNT (для ирбесартана), DETAIL (для телмисартана).

В ходе исследования было установлено, что 7 человек со сниженной СКФ принимали одновременно иАПФ и сартаны, что запрещено в Европейских рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2013 года.

Из блокаторов кальциевых каналов пациенты и в группе исследования, и группе сравнения наиболее часто использовали амлодипин: 7 и 10 пациентов соответственно. Только 2 человека из группы сравнения принимали нифедипин. Дилтиазем использовал только 1 пациент из группы исследования. Никто из пациентов не принимал лерканидипин. В исследовании ZAFRA было показано, что добавление лерканидипина к терапии ИАПФ/БРА достоверно уменьшало протеинурию и замедляло прогрессирование патологии почек. [2]

Применение диуретиков среди пациентов со сниженной СКФ (n=24) и группы сравнения (n=24): наиболее популярным диуретиком в группе исследования был калийсберегающий верошпирон (8 пациентов), а в группе сравнения – гидрохлортиазид (5 пациентов). Фуросемид принимали 2 пациента в обеих группах. Тиазидные диуретики, широко используемые в составе фиксированных комбинаций, становятся малоэффективны, начиная с 3б стадии ХБП, и связаны с высоким риском гиперурикемии.[2]

Анализ статинотерапии среди пациентов со сниженной СКФ (n=24): 6 пациентов принимали симвастатин, 1 пациент аторвастатин. В процессе исследования обнаружено, что 12 пациентов со сниженной СКФ нуждаются в терапии статинами, но не получают её. Никто из пациентов не принимал розувастатин, снижающий уровень ОХС на 46-58% (эффективен в минимальной дозе).

Выводы:

1) Фозиноприл (иАПФ) доказавший большую эффективность при хронической болезни почек, чем эналаприл, и показанный больным со сниженной СКФ так как характеризуется двумя путями выведения (выводится в равных долях почками и печенью) не назначался ни одному больному в группах исследования.

2) Из 10 пациентов, страдающих диабетом и имеющих сниженные значения СКФ из 5 пациентов получающих терапию сартанами (доказаны нефропротективные свойства при сахарном диабете), не было ни одного случая назначения наиболее доказанного при диабетической нефропатии ирбесартана.

3) Среди пациентов со сниженной СКФ менее 60 мл/мин/1.73 м² имело место совместное применение иАПФ и сартана, что запрещено в Европейских рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2013 года[4]. Это было установлено в ходе сбора анамнеза при непосредственном общении с пациентами. Больные самостоятельно принимали решение о совместном применении иАПФ и сартана ввиду неэффективности назначенного им иАПФ (чаще эналаприла).

4) Самым часто назначаемым блокатором медленных кальциевых каналов у исследуемых пациентов был амлодипин, в единичных случаях назначался нифедипин.

5) Пациенты терапевтического стационара, включённые в исследование, не получали терапию лерканидипином, который рекомендован для применения у пациентов с ХБП (в исследовании ZAFRA доказано уменьшение протеинурии и повышение СКФ при приёме лерканидипина).

6) Из числа пациентов со сниженной СКФ только 7 принимали статины, еще 12 из 24 имели показание к их назначению, учитывая диагностированную гиперхолестеринемию.

7) Самым распространенным статином являлся наименее эффективный симвастатин.

8) Не было ни одного случая применения доказавшего снижение крупных сосудистых событий (коронарной смерти, острого инфаркта миокарда, мозгового инсульта) при ХБП препарата инеджи (комбинации сивастатина и эзетимиба).

Литература:

1. Арутюнов Г.П. «Проблемы нефропротекции у пациентов с артериальной гипертонией. Значение показателя микроальбуминурии для врача общей практики» // Болезни сердечно-сосудистой системы: Артериальная гипертония, 2005; №3. 22-7 с.

2. Национальные рекомендации: Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции. 2014.

3. Тугушева Ф.А., Зубина И.М., Митрофанова О.В. Оксидативный стресс и ХБП // Нефрология. 2007. №11. 29-47 с.

4. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // Journal of Hypertension. 2013. 1281 -1357 p.

УДК: 616-005.2

А.В. Микитюк, И.В. Биляченко

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ

Кафедра внутренней медицины №4

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
Киев, Украина

A.V. Mykytyuk, I.V. Bilyachenko