

Кудина М.Д.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП У АМБУЛАТОРНОГО КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Ерёмина Н.М.

*Кафедра поликлинической терапии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Хроническая болезнь почек (ХБП) является серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире с выраженной тенденцией к росту распространенности за последние три десятилетия. Снижение функции почек, по современным представлениям, является самостоятельной и важной причиной ускоренного развития патологических изменений сердечно-сосудистой системы. Это обусловлено рядом метаболических и гемодинамических нарушений, которые развиваются у больных со сниженной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ). Поэтому определение гемодинамического фенотипа, основанного на построении регрессионного ряда по совокупности величин артериального давления (АД), у пациентов с ХБП и сердечно-сосудистой патологией открывает новые возможности комплексного подхода в оценке состояния данных пациентов.

Цель: определить гемодинамический фенотип и его взаимосвязь с различными стадиями ХБП у амбулаторного контингента пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы. В ходе исследования проведен ретроспективный анализ 64 медицинских карт амбулаторных больных на базе поликлиник г. Минска. Критерием отбора пациентов являлся факт установленного диагноза артериальной гипертензии (АГ) с или без ИБС в сочетании с ХБП. Все пациенты были обследованы согласно протоколам диагностики данных заболеваний с расчетом СКФ (формула CKD-EPI Creatinine Equation). Гемодинамический фенотип определялся с помощью методики количественного анализа связей параметров артериального давления (КАСПАД).

Результаты и их обсуждение. При анализе гемодинамики по КАСПАД в группе наблюдения гармонический фенотип (ГФ) был выявлен у 40 пациентов (62,5%), диастолический дисфункциональный фенотип (ДДФ) – у 24 (37,5%) соответственно. По результатам анализа амбулаторных карт на первом этапе пациенты были разделены на две группы: первая группа – пациенты с АГ в сочетании с ИБС – 35 человек, вторая группа – пациенты с различными формами АГ без ИБС – 29 человек. В группах гемодинамические фенотипы распределились следующим образом: первая группа – ГФ - 22 чел. (62,9%), ДДФ – 13 чел. (37,1%); вторая группа – ГФ – 18 чел. (62,1%) и ДДФ – 11 чел. (37,9%) соответственно. При анализе данных биохимического анализа крови в группах и подгруппах наблюдения в зависимости от гемодинамического фенотипа были получены следующие результаты. Статистически достоверных различий лабораторных исследований липидного профиля, креатинина и СКФ у пациентов с разными гемодинамическими фенотипами выявлено не было. Однако при межгрупповом сравнении результаты биохимического анализа крови у пациентов с гармоническим гемодинамическим фенотипом первой и второй групп достоверно различались по СКФ ($1,22 \pm 0,48$ и $1,88 \pm 1,16$ мл/мин/1,73м²), уровню мочевого кислоты ($385,22 \pm 113,69$ и $314,56 \pm 71,45$ мкмоль/л). Статистически достоверных различий лабораторных данных между пациентами с ДДГФ первой и второй групп так же не было выявлено.

Выводы. Достоверно более низкие значения СКФ у пациентов с ГФ первой группы связаны с более тяжелым поражением почек как органа мишени и также требуют усиления нефропротективной терапии с обязательным достижением целевого уровня АД.