

# ПОШИРЕНІСТЬ І ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО КАРДІОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ СЕРЕД ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Лаба В.В., доц., Єрмоленко Т.С., студентка

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Відносно недавно провідними нефрологами і кардіологами було сформовано принципово нове поняття – «кардіоренальний синдром» (КРС), що раніше не вживалося клініцистами, але яке відповідає вимогам ситуації і відображає сучасні дані про кардіоренальні взаємовідношення. Згідно існуючим уявленням КРС – це патофізіологічний стан серця і нирок, при якому гостра або хронічна дисфункція одного з цих органів веде до гострої або хронічної дисфункції іншого, що призводить до значного підвищення рівня летальності.

Метою дослідження було вивчення поширеності і особливостей хронічного КРС у стаціонарних хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН), зумовленою ішемічною хворобою серця (ІХС) і артеріальною гіпертензією (АГ), що призводило до дисфункції нирок і формувало розвиток хронічної ниркової недостатності (ХНН) з потребою в проведенні медикаментозної корекції.

Матеріали і методи дослідження. Методом ретроспективного аналізу вивчено 150 стаціонарних карт хворих кардіологічного відділення обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення, що перебували на лікуванні протягом 12-13 днів, впродовж 2-х місячного завантаження ліжка всього відділення в 2012 р. З них відібрано 20 карт (13,3%) пацієнтів з ознаками ХНН. Умовами виключення з дослідження були пацієнти з ренокардіальним синдромом, тобто наявністю хронічної хвороби нирок. Вивчено заходи корекції даного синдрому.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед 20 пацієнтів чоловіків було 18 (90%), жінок – 2 (10%). Переважала вікова група – 60-69 років – 9 (45%), далі 50-59р. – 5 (25%), 70-79р. – 4 (20%) і по 1 – 40-49р. і 80 р. і старше, що склало по 5%. У всіх хворих була ІХС – 100%, з них постінфарктний кардіосклероз (ПШКС) мав місце у 6 (30%), фібриляція і тріпотіння передсердь – у 4 (20%), перенесене аорто-коронарне шунтування – в 1, радіочастотна абляція – в 1 і штучний водій ритму теж в 1, що становило по 5% відповідно. Пацієнтів з інфарктом мозку в анамнезі було 2 (10%). Супутня АГ була у 18 (90%) хворих в т.ч. ІІ стадія була у 6 (33,3%), СН І стадії реєструвалась у 16 (80%), ПА – у 4 (20%). Дані лабораторного обстеження виявили гіперхолестеринемію  $> 4,5$  ммоль/л у 14 (70%), гіперфібриногенемію у 13 (65%), мікроальбумінурію і інші складові сечового синдрому – у 4 (20%). Прискорена швидкість зсідання еритроцитів була у 7 (35%). Показники сечової кислоти патологічно не змінювалися. Основним показником порушення функції нирок була гіперкреатиніємія. Показники І стадії ХНН ( $\geq 0,123 \leq 0,176$  ммоль/л) були у 16 (80%), ІІ стадії ( $> 0,176 \leq 0,352$  ммоль/л) у 4 (20%). Показники сечовини вважали патологічними  $> 7,1$  ммоль/л до 60 років і вище 8,3 ммоль/л старше 60 років. Кореляція патологічних рівнів сечовини стосовно гіперкреатиніємії були у 8 (40%) випадках. Аналіз клубочкової фільтрації за пробою Реберга зроблено тільки у 5 (25%) пацієнтів, до 60 мл/хв. було у 2 (12,5%) і  $< 60$  мл/хв. – ще у 2 (12,5%). Хворі стаціонару отримували стандартну терапію при ІХС, АГ і ХСН. На етапі верифікації ХНН в лікувальні заходи включались додатково до інгібіторів АПФ (сартанів) бета-адреноблокатори, верошпірон, петльові діуретики з відміною тіазидних. З метою покращення гемоперфузії нирок проводились інфузії пентоксифіліну 2% 5,0 на 200,0 фізіологічного розчину, введення 2% еуфіліну 5,0 (при відсутності протипоказань), амбулаторне лікування канефроном протягом 1-2 місяців. При виписці зі стаціонару позитивна динаміка креатиніємії мала місце у більшості пацієнтів – 12 (60%).

Висновки. 1. Хронічний КРС (ІІ тип) реєструвався у 13,3% і його рівні відповідали переважно ХНН І стадії – 80% і лише 20% ІІ стадії. 2. Постійне приймання базової нефротекторної терапії і АПФ в лікуванні АГ і СН, а також бета-блокаторів є основою профілактики КРС ІІ типу. 3. Петльові діуретики, дезагреганти і еуфілін на стаціонарному етапі знижують прояви даного синдрому.