

группой пациентов с СД 1 типа и контрольной группой по следующим показателям: СКФ (мл/мин) 74,5 ($p < 0,001$), мочевины (мкмоль/л) 5,67 ($p < 0,01$), креатинин (мкмоль/л) 81,5 ($p = 0,042$), общий холестерин (мкмоль/л) 5,4 ($p = 0,03$), триглицериды (мкмоль/л) 2,34 ($p = 0,01$), микроальбуминурия 21,5 ($p < 0,001$). Гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия выявлены у 44% и 33% соответственно, из них только 11% (2 пациента) получали гиполипидемическую терапию. У 55% диагностирована артериальная гипертензия. При этом артериальное давление контролировалось 1 препаратом лишь у двух пациентов (11%), комбинацией из 2 препаратов – 8 пациентов (44%).

Выводы. Мы выявили распространенность хронической болезни почек у пациентов с СД 2 типа, которая проявляется диабетической нефропатией. Диабетическая нефропатия – понятие собирательное, включающее поражения артерий, артериол, клубочков, канальцев почек при СД и проявляющееся развитием узелкового или диффузного гломерулосклероза, который носит необратимый характер и приводит к частому развитию хронической болезни почек. Основными факторами риска являются: прогрессирующая протеинурия, гипергликемия, гиперфльтрация, дислипидемия, которые сопровождаются ренальной дисфункцией, что требует ренопротективной терапии независимо от наличия АД у пациентов с СД 2 типа.

Литература

1. Medical Care in Diabetes – Clinical Practice Recommendations // Diabetes Care. – V. 36. – Suppl. 1. – 2013.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) / CKD Work Group // Kidney international. – 2013. – № 3. – P. 1–150.

ВЛИЯНИЕ ИРБЕСАРТАНА И ПЕРИНДОПРИЛА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И АРТЕРИАЛЬНУЮ ЖЕСТКОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Карпович Ю.И., Пырочкин В.М., Богданович В.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Введение. Изменения в структуре сосудистой стенки не только сопровождаются усилением артериальной жесткости, но приводят к нарушению демпфирующей функции, что способствует гипертрофии левого желудочка и снижению субэндокардиального кровоснабжения. Ригидность артерий, характеризуемая по скорости пульсовой волны в аорте, в ряде исследований является независимым предиктором сердечно-сосудистой смертности диализных пациентов.

Цель исследования: коррекция дисфункции эндотелия, упруго-эластических свойств сосудов у пациентов с нефротическим вариантом.

Материалы и методы. На базе нефрологического отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница» обследовано 48 пациентов с хроническим нефритическим синдромом, нефротическим вариантом, смешанной формой. С целью коррекции изменений липидограммы, уровня артериального давления, а также дисфункции эндотелия, упруго-эластических свойств сосудов всем обследованным пациентам с хроническим нефритическим синдромом сроком на 3 месяца назначалась следующая схема препаратов: ирбесан 150 мг в первой подгруппе или периндоприл МИК 4 мг во второй подгруппе с титрованием дозы в сочетании с трайкором 145 мг. Первую подгруппу составили 25 пациентов (12 мужчин и 13 женщин), вторую – 23 пациента (13 мужчин и 10 женщин). Наблюдение длилось в течение 3 месяцев.

Результаты. У всех практически здоровых пациентов вазомоторная функция (ВФ) эндотелия была сохранена, медиана относительного изменения максимальной объемной скорости кровенаполнения составила 39,05% [29,1;39,05]. Достоверное снижение $\Delta dt/dz$ отмечено у пациентов с нефротической формой, где показатель в первой подгруппе равен -6,5% [-18,8;2,0], во второй – -5,3% [-22,2;1,8], $p < 0,001$ для каждой из подгрупп в сравнении с практически здоровыми. Назначение пациентам первой подгруппы с нефротической формой комплексной терапии с включением ирбесартана в суточной дозировке 150 мг, фенофибрата в суточной дозировке 145 мг в течение трех месяцев привело к улучшению показателей функционального состояния эндотелия, упруго-эластических свойств сосудов и липидного профиля крови. Нарушения СРПВ сохранилось лишь у 15% женщин первой подгруппы. Доля мужчин первой подгруппы, имеющих превышающую норму СРПВ, осталась на прежнем уровне и составила 50%. При описании функционального состояния эндотелия у женщин медиана $\Delta dt/dz$ составила 31,4% [14,8%; 34,0%], что было сопоставимо с таковой же у женщин контрольной группы ($p=0,14$). У мужчин этой подгруппы медиана $\Delta dt/dz$ была равна 5,5% [-6,1%; 14,86%], что достоверно ниже ($p=0,006$), чем у практически здоровых мужчин.

Назначение пациентам второй подгруппы с хроническим нефритическим синдромом, нефротической формой комплексной терапии с включением периндоприла в суточной дозировке 4 мг, фенофибрата в суточной дозировке 145 мг в течение трех месяцев привело к улучшению показателей вазомоторной функции эндотелия, упруго-эластических свойств сосудов и липидного профиля крови. Улучшение упруго-эластических свойств сосудов проявлялось уменьшением значений СРПВ с 9,7 м/с [5,5; 13,4] до 6,0 м/с [3,4; 11,0]. При этом нормализация показателя отмечалась у мужчин (нарушение до лечения у 54% пациентов, после – у 15%) и у женщин (доля пациенток с нормальной СРПВ увеличилась с 40% до 70%). Отмечен прирост $\Delta dt/dz$ с -5,3%[-22,2; 1,8] до 37,8%[12,6; 48,1], эта закономерность сохранялась и при анализе у мужчин и женщин ($p=0,67$, $p=0,1$ и $p=0,31$ соответственно при сравнении с контрольной группой).

Выводы.

1. На основании полученных результатов можно сделать заключение о высокой частоте выявления нарушенной вазомоторной функции эндотелия у пациентов с нефротическим вариантом течения хронического нефритического синдрома. Так, нормальные значения ВФ встречались с частотой в 4%, а резко выраженное нарушение определялось у 38% женщин и 50% мужчин первой подгруппы, 30% женщин и 46% мужчин второй. Изменения вазомоторной функции эндотелия у этих пациентов сопровождалось нарушением упруго-эластических свойств (скорость распространения пульсовой волны значительно больше, чем у практически здоровых лиц), дислипидемией, симптоматической артериальной гипертензией.

2. Применение ирбесана в суточной дозе 150 мг или периндоприла в суточной дозе 4 мг в сочетании с фенофибратом 145 мг у пациентов с нефротическим вариантом хронического нефритического синдрома оказывает гипотензивный и гиполипидемический эффекты, сопровождается снижением уровня протеинурии и увеличением скорости клубочковой фильтрации, что говорит о возможных нефропротективных свойствах данных препаратов.

3. Комбинированная терапия ведет к увеличению максимальной объемной скорости кровенаполнения плечевой артерии, что отражает положительную динамику вазомоторной функции эндотелия, а также сопровождается снижением скорости распространения пульсовой волны, то есть улучшением упруго-эластических свойств сосудов. У пациентов женского пола с нефротическим вариантом хронического нефритического синдрома с нарушением вазомоторной функции эндотелия и упруго-эластических свойств сосудов эффективны комбинации ирбесартана в дозе 150 мг в сочетании с фенофибратом в дозе 145 мг, и периндоприла в дозе 4 мг и фенофибрата 145 мг, а у пациентов мужского пола более эффективна – периндоприла в дозе 4 мг и фенофибрата 145 мг.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАЗОАКТИВНЫХ СВОЙСТВ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Конюх Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Гломерулонефрит (ГН) – классическое проявление иммунокомплексного процесса, связанное с нарушением клиренса и отложением комплексов антиген-антитело в почечной ткани. По современным представлениям, ведущими неиммунными факторами развития и прогрессирования гломерулярной патологии являются гипоксические состояния, артериальная гипертензия, нарушения почечной гемодинамики. Изменения со сто-