

ОПРЕДЕЛИТЬ ВИД КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шамсутдинова Г.Б.

Холматов С.И.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья,
город Фергана, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8339881>

Введение. Определение. Кардиоренальный синдром (КРС) – это патофизиологическое расстройство сердца и почек, при котором острая или хроническая дисфункция одного из этих органов ведет к острой или хронической дисфункции другого. Таким образом, КРС включает различные острые и хронические расстройства, при которых первично пораженным органом может быть как сердце, так и почка.

Поражения сердца и почек широко распространены в популяции и часто сосуществуют, повышая смертность, риск осложнений, сложность лечения и его стоимость. Принято определение патофизиологического расстройства сердца и почек, при котором острая или хроническая дисфункция одного из этих органов ведет к острой или хронической дисфункции другого, как кардиоренального синдрома.

Цель исследования: изучить частоту выявления кардиоренального синдрома у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы исследования: Был проведен ретроспективный анализ 100 стационарных карт пациентов, проходивших лечение в Фаровон клинике в городе Фергана за период 2021 – 2022 гг. с диагнозом «Декомпенсация хронической сердечной недостаточностью». Выборка произведена случайным образом. Из них- 19 мужчин (39,66%) и 81 женщина (60,33%). Средний возраст пациентов – $74 \pm 10,3$ года. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле MDRD. Статистическая обработка материала проведена методами описательной статистики. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Снижение скорости клубочковой фильтрации, соответствующее критериям хронической болезни почек (ХБП), было выявлено у 99% пациентов (97 человек). У обследованных пациентов выявлены хронический кардиоренальный (66%), хронический ренокардиальный (3%) и вторичный кардиоренальный (31%) синдромы. Снижение скорости клубочковой фильтрации чаще соответствовало 3 стадии хронической болезни почек (67,6%, $p < 0,05$). Чем выше был функциональный класс хронической сердечной недостаточности, тем чаще выявлялись хроническая болезнь почек 4 и 5 стадии. У больных с хронической сердечной недостаточности III стадии чаще встречался 5 тип кардиоренального синдрома (51,72%, $p < 0,05$). Перенесенный инфаркт миокарда чаще наблюдался у пациентов с 5 типом кардиоренального синдрома ($p < 0,0001$).

Заключение: Наше исследование показало, высокую распространенность кардиоренального синдрома в среде пациентов с хронической сердечной недостаточности, находящихся на стационарном лечении, с наиболее неблагоприятным сочетанием прогностически неблагоприятных признаков при 5 типе кардиоренальном синдроме.

References:

1. Lindner A., Charra B., Sherrard D.J., Scribner B.H: Accelerated atherosclerosis in prolonged maintenance hemodialysis. *N Engl J Med.* 1974; 290: 697–701.
2. Foley R.N., Parfrey P.S., Sarnak M.J. Clinical epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease. *Am J Kidney Dis.* 1998;32: 112–119.
3. Prevalence of low glomerular filtration rate in nondiabetic Americans: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Am Soc Nephrol.* 2002; 13(5): 1338–1349.
4. Sarnak M.J., Levey A.S., Schoolwerth A.C. et al. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2003;108:2154–2169.
5. Heywood J.T. The cardiorenal syndrome: lessons from the ADHERE database and treatment options. *Heart Fail Rev.* 2004;9:195–201.
6. Chadban S.J., Briganti E.M., Kerr P.G., Dunstan D.W., Welborn T.A., Zimmet P.Z., Atkins R.C.: Prevalence of kidney damage in Australian adults: The AusDiab kidney study. *J Am Soc Nephrol.* 2005; 14[Suppl]: 131–138.
7. Foley R., Murray A., Li S. et al. Chronic Kidney Disease and the Risk for Cardiovascular Disease, Renal Replacement, and Death in the United States Medicare Population, 1998 to 1999. *J Am Soc Nephrol.* 2005; 16: 489–495.
8. McCullough P.A., Li S, Jurkowitz C.T. et al. CKD and cardiovascular disease in screened high-risk volunteer and general populations: the Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. *Am J Kidney Dis.* 2008; 51 (4 Suppl 2): 38–45.
9. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002;39(2 suppl 1):S1–S266.
10. Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. Кардиоренальный синдром (почечный фактор и повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний). *Клиническая фармакология и терапия.* 2002;11(3):16–18.
11. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Кардиоренальные соотношения и риск сердечно-сосудистых заболеваний. *Вестник РАМН.* 2003;11:50–55.
12. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д. и др. Кардиоренальные взаимодействия: клиническое значение и роль в патогенезе заболеваний сердечно-сосудистой системы и почек. *Тер архив.* 2004;6:39–46.
13. Palevsky PM: Epidemiology of acute renal failure: the tip of the iceberg. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2006; 1: 6–7.
14. Mehta R.L., Kellum J.A., Shah S.V. et al. Acute Kidney Injury Network (AKIN): report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. *Crit Care* 2007; 11:R31.
15. Bellomo R., Ronco C., Kellum J.A. et al. and the ADQI workgroup: Acute renal failure – definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. *Crit Care* 2004; 8:R204-R212.