



ЩЕРБАКОВА А.Г., СИГИТОВА О.Н., ЧУХНИН Е.В., АРХИПОВ Е.В.

Кафедра общей врачебной практики, ГОУ ВПО Казанский
ГМУ Минздравсоцразвития России, г. Казань, Россия

УДК 616.61

Особенности формирования функции левого желудочка у больных хроническим гломерулонефритом на начальных стадиях хронической болезни почек

Актуальность: Хроническая сердечная недостаточность является не только одной из основных причин смерти больных, получающих заместительную почечную терапию, но и значительно снижает качество жизни, отягощая клиническую картину почечной недостаточности. Каждый второй больной, начинающий диализ, имеет хроническую сердечную недостаточность, а у тех, кто ее не имеет, ежегодная частота развития *de novo* составляет 7,6%. Нарушение диастолической функции является важным патогенетическим моментом многих заболеваний сердца.

Цель работы: Изучение функции и геометрии левого желудочка у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН) на 1–2-й стадиях хронической болезни почек (ХБП) в зависимости от наличия артериальной гипертензии.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находилось 65 пациентов ХГН (М/Ж=38/27) в возрасте от 17 до 49 лет (средний возраст — $37,13 \pm 1,1$ лет): с артериальной гипертензией — 40 человек (1-я группа), без артериальной гипертензии — 25 человек (2-я группа). Контрольную группу составили 30 здоровых человек (М/Ж=16/14) в возрасте от 21 до 53 лет, (средний возраст — $41,0 \pm 1,8$ лет). Проводились общеклинические, биохимические исследования, определение скорости клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта — Голта, ультразвуковое исследование почек, эхокардиоскопия.

Результаты: У больных 1-й группы артериальной гипертензии (АД) составило $161,9 \pm 3,2 / 103,6 \pm 2,2$ мм рт. ст., во 2-й группе — $120,8 \pm 2,4 / 77,5 \pm 1,6$ мм рт. ст. ($p=0,000/0,000$). Выявлены различия между 1-й и 2-й группами по типам геометрии левого

желудочка (ЛЖ). В 1-й группе преобладает нарушение геометрии ЛЖ — у 75% больных (30/40), в том числе гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) — у 52,5% (21/40) больных, концентрическое ремоделирование ЛЖ — у 22,5% (9/40) пациентов. Во 2-й группе преобладает нормальная гипертрофия левого желудочка — у 88% пациентов (22/25), ГЛЖ наблюдалась у 12,0% (3/25) больных. В составе нарушенной геометрии ЛЖ в 1-й группе и 2-й группе доминирует концентрическая ГЛЖ. По частоте ГЛЖ 1-я группа значительно превосходит 2-ю группу: 52,5 и 12,0% соответственно ($p=0,002$). При рассмотрении частоты дисфункции ЛЖ оказалось, что она выявлялась с одинаковой частотой в 1-й и 2-й группах: 37,5 и 40,0% ($p>0,05$). Диастолическая дисфункция левого желудочка (ДДЛЖ) с нарушенной релаксацией отмечена у одной трети больных ХГН: у 37,5% больных 1-й группы и 36,0% пациентов 2-й группы. У больных 2-й группы, кроме того, отмечена систолическая дисфункция левого желудочка в 4,0% случаев. Интересным оказался факт, что у 20,0% больных без артериальной гипертензии (АГ) (5/25) и у 2,5% с АГ (1/40) ДДЛЖ выявлена при отсутствии ГЛЖ, что свидетельствует о том, что формирование ДДЛЖ у больных ХГН на ранних стадиях ХБП зависит не только от этих факторов, а имеет более сложный генез.

Выводы: У пациентов ХГН на 1–2-й стадиях ХБП АГ способствует формированию ГЛЖ у 52,5% больных, однако у 12,0% больных ГЛЖ выявляется при нормальных цифрах артериального давления. Преобладает концентрическая ГЛЖ. Нарушение функции левого желудочка отмечается с одинаковой частотой при нормальных цифрах АД и артериальной гипертензии. У 20,0% больных без АГ и у 2,5% с АГ выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ при отсутствии ГЛЖ.