

ІВАНКОВА А.В., КУЗЬМІНОВА Н.В.
**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК
У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА РІЗНИМИ ФОРМАМИ
ЕКСТРАСИСТОЛІЙ**

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

ВСТУП. Зростання інтересу до оцінки функції нирок при артеріальній гіпертензії (АГ) виправдано з огляду на поширеність нефросклерозу як причини розвитку ниркової недостатності, а також тим, що виникнення навіть незначних ознак порушення функції нирок (підвищення вмісту креатиніну, зниження кліренсу креатиніну, поява мікро- та макроальбумінурії) означає підвищення ризику серцево-судинних ускладнень та кардіальної смерті. Не дивлячись на значну кількість робіт, присвячених вивченню функції нирок та зв'язку кардіальної і ниркової патології, велика кількість питань стосовно цієї проблеми залишається невивченою. Одним із таких є особливості порушення функції нирок при АГ у поєднанні з різними аритміями.

МЕТА РОБОТИ: оцінити особливості функціонального стану нирок в залежності від наявності різних форм екстрасистолії у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ. Обстежено 90 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії без наявності аритмій та з частою екстрасистолією (більше 30 екстрасистол за 1 год дослідження). Виділено 2 клінічні групи (1-ша – 30 хворих з частою суправентрикулярною (СВЕ) і 2-га – 30 хворих з частою шлуночковою екстрасистолією (ШЕ), середній вік $54,4 \pm 1,3$ р.). Групу порівняння склали 30 хворих на

ГХ II ст. без аритмій (середній вік $55,0 \pm 1,7$ р.). Усім пацієнтам проведено добове моніторування ЕКГ та оцінка функції нирок (визначення рівня креатиніну, сечової кислоти, протеїнурії, мікроальбумінурії, величини швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою СКД-ЕРІ. Статистична обробка проведена за допомогою пакетів прикладних програм Microsoft Excel, StatSoft "Statistica" v. 12.0.

РЕЗУЛЬТАТИ. Встановлено, що в пацієнтів із ГХ і частою екстрасистолією, не залежно від її топічного варіанту, в порівнянні з пацієнтами без аритмій реєструється суттєве збільшення середнього рівня сечової кислоти (356 і 387 відповідно проти 321 мкмоль/л, $p < 0,03$). Останній факт показував, що можливим предиктором розвитку аритмій в пацієнтів із ГХ слід розглядати рівень сечової кислоти. У хворих з частою ШЕ на відміну від пацієнтів без аритмій і з частою СВЕ спостерігали достовірне збільшення частоти випадків мікроальбумінурії (53,3% проти 26,7% і 23,3% відповідно, $p < 0,05$), сумарної частоти випадків мікроальбумінурія + протеїнемія (76,7% проти 36,7%, $p = 0,002$) і середнього рівня сечової кислоти (387 проти 321 і 356 мкмоль/л відповідно, $p < 0,02$) та зменшення величини швидкості клубочкової фільтрації (71 проти 81 і 77 мл/хв/1,73 м² відповідно, $p < 0,05$). У пацієнтів із ГХ і частою ШЕ на відміну від групи хворих на ГХ без аритмій спостерігали зростання частоти випадків гіперурікемії (рівень сечової кислоти > 420 (360) мкмоль/л) і достовірне збільшення рівня креатиніну крові (86 проти 78 ммоль/л, $p = 0,04$).

ВИСНОВКИ. Наявність частої ШЕ у хворих із ГХ II стадії, на відміну від частої СВЕ та відсутності порушень ритму серця, асоціюється з більш суттєвими функціональними порушеннями роботи нирок і збільшенням частоти випадків зниження ШКФ ≤ 60 мл/хв/1,73 м². Отже, у хворих на ГХ II стадії з частою ШЕ спостерігаються ранні ознаки кардіоренальних порушень, що потребує подальшого ретельного вивчення та визначення з метою зменшення серцево-судинного ризику.