

Артериальная гипертензия и почки

(По материалам 9-й Европейской конференции по кардионефрологии, Ассиси, Италия, 11–13 апреля 2002 года)

Х. Хан, А.М. Шутов

Кафедра госпитальной терапии медицинского факультета Ульяновского государственного университета

Arterial hypertension and kidneys

H. Han, A.M. Schutov

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, артериальная гипертензия, пульсовое артериальное давление, гипертрофия левого желудочка.

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), получающих заместительную терапию. Трудно рассчитывать на существенное улучшение результатов диализной терапии без решения вопросов предупреждения и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. 11–13 апреля 2002 года в Ассиси (Италия) состоялась 9-я Европейская конференция по кардионефрологии. Основными темами конференции были: гипергидратация при заболеваниях сердца и почек, регресс гипертрофии левого желудочка, сердечно-сосудистые факторы риска при уремии, сахарный диабет и артериальная гипертензия, диализная техника и сердечно-сосудистая система, заболевания сердца и сосудов после трансплантации почки, лекарственная терапия заболеваний сердца и сосудов. На отдельном заседании обсуждена роль пульсового артериального давления у нефрологических больных. Последний вопрос практически не освещен в отечественной литературе.

В настоящем сообщении дан краткий обзор материалов конференции с особым вниманием к сообщениям, которые касались роли пульсового артериального давления.

G.M. London (Франция) представил современное состояние проблемы артериальной гипертензии у больных на хроническом гемодиализе. Подчеркнута сложность определения в диализной популяции оптимального уровня артериального давления, особенно диастолического. У диализных больных крупные проспективные рандомизированные исследования отсутствуют. Возникает вопрос, можно ли экстраполировать на диализную популяцию результаты исследований популяции с гипертензией в целом? По мнению автора, этого делать не следует, так как изменения внеклеточного объема во время диализа приводят к интра- и постдиализной гипотензии, для исключения которой целесообразно поддерживать преддиализное артериальное давление на уровне 150/85 мм рт. ст.

H. Yoshida и соавторы (Япония) представили интересные данные о разном влиянии артериальной гипертензии на активность мезангиальных клеток. При морфологическом исследовании гломерулярный склероз был виден у больных с легкой или умеренно выраженной артериальной гипертензией (систолическое артериальное давление 140–180 мм рт. ст.). По мнению авторов, это связано с активацией мезангиальных клеток, о чем свидетельствует экспрессия гладкомышечного α -актина (smooth muscle α -actin – SMA). При более высоком уровне артериального давления (САД > 180 мм рт. ст.) активность мезангиальных клеток снижается, о чем говорит уменьшение экспрессии SMA. В этих случаях с высокой частотой авторы наблюдали коллапс гломерулярных петель.

G. Schillaci и соавторы (Италия) доложили результаты наблюдения (в среднем 3,7 года) за 790 больными артериальной гипертензией. На фоне гипотензивной терапии оценивали офисное артериальное давление и параметры суточного мониторирования артериального давления. Сердечно-сосудистые осложнения реже наблюдались у больных, лечение которых привело к нормализации показателей суточного мониторирования по сравнению с пациентами, у которых была достигнута нормализация офисного артериального давления. Интересно, что определенные на фоне лечения суточные показатели САД, ДАД, среднего артериального давления имели прогностическое значение в отличие от пульсового артериального давления.

K. Stolars и J.A. Staessen (Бельгия) проанализировали результаты трех плацебо-контролируемых исследований артериальной гипертензии у пожилых больных (EWPHE, Syst-Eur, Syst-China). Был определен риск, связанный с увеличением пульсового и среднего артериального давления. Во всех анализируемых исследованиях увеличение пульсового артериального давления ассоциировалось с повышенным риском

Адрес для переписки: 432063 г. Ульяновск-63, а/я 4595. Шутову Александру Михайловичу

Телефон: (8422) 25-04-62, (8422) 25-05-03 (факс)

E-mail: amsbu@mail.ru

сердечно-сосудистой смертности и сердечно-сосудистых осложнений (исключая коронарные осложнения в исследовании Sys-Eur). После учета ряда факторов, которые могли влиять на результаты статистической обработки, среднее артериальное давление не оказалось значимым предиктором риска.

А.М. Шутов и соавторы (Россия) представили данные исследования общей артериальной податливости, определенной по показателю ударный объем/пульсовое артериальное давление у больных с додиализной хронической почечной недостаточностью и у больных гипертонической болезнью с сохранной функцией почек. Пациенты не имели сахарного диабета и были сопоставимы по полу, возрасту и уровню артериального давления. Несмотря на то, что продолжительность артериальной гипертензии была значительно больше у больных ГБ, пациенты с ХПН имели более низкую артериальную податливость. Наиболее выраженное снижение общей артериальной податливости при ХПН отмечено у больных с анемией. Полученные данные свидетельствуют о том, что при ХПН ускоряются процессы, ведущие к нарушению упругоэластических свойств артерий.

Ij. Suric-Lambic и соавторы (Югославия) доложили результаты исследования центральной гемодинамики у диализных больных. Установлено, что при проведении гемодиализа в послеобеденное время наблюдается более выраженное снижение диастолического и среднего артериального давления. Авторы объясняют эти факты особенностями суточной варибельности активности вегетативной нервной системы.

Е. Morgado и соавторы (Португалия) изучили качество жизни больных на хроническом гемодиализе. Установлено, что качество жизни больных с высоким пульсовым давлением и гипертрофией левого желудочка существенно ниже.

М. Cirillo и соавторы (Италия) обследовали 1567 человек в популяции (без сахарного диабета) и установили наличие прямой связи между повышением пульсового артериального давления и микроальбуминурией. При многофакторном анализе пульсовое артериальное давление было связано с микроальбуминурией независимо от возраста, пола, индекса массы тела, числа выкуриваемых в день сигарет, гипотензивной терапии, уровня холестерина плазмы, глюкозы и клиренса креатинина.

G. Bellomo и соавторы (Италия) ретроспективно проанализировали значение пульсового артериального давления при беременности. Суточное мониторирование артериального давления было проведено 252 беременным (в среднем за 5 недель до родоразрешения). Данные офисного артериального давления и суточного мониторирования АД при гипертензии беременных и преэклампсии существенно не различались. Пульсовое артериальное давление было увеличено у беременных с артериальной гипертензией, но не являлось маркером развития преэклампсии.

Н. Nampl и соавторы (Германия) представили данные, подтверждающие возможность регресса гипертрофии левого желудочка у диализных больных. Эхокардиография выполнена 100 больным. В начале исследования гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ)

имели 64 пациента. Через 18 месяцев при тщательной коррекции артериальной гипертензии (целевое АД 130/80 мм рт. ст.), анемии (целевой гемоглобин перед гемодиализом 13,5 мг%) и ацидоза (HCO_3^- перед гемодиализом – 23 ммоль/л) у 31 больного с умеренной ГЛЖ отмечен полный регресс гипертрофии. Еще у 33 больных с выраженной ГЛЖ наблюдалось снижение индекса массы миокарда левого желудочка. Таким образом, у больных на гемодиализе возможен не только частичный, но и полный регресс ГЛЖ.

R. Nami и соавторы (Италия) проанализировали патологию сердца у больных эссенциальной гипертензией с сохранной и сниженной функцией почек. При одинаковой степени артериальной гипертензии пациенты со сниженной функцией почек (креатинин сыворотки больше 1,3 мг%) имели больший индекс массы миокарда левого желудочка, на ЭКГ у них чаще обнаруживались признаки ИБС, наблюдался более тяжелый функциональный класс хронической сердечной недостаточности, по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца. Кроме того, выраженность атеросклеротического поражения сонных артерий прямо коррелировала с уровнем креатинина в сыворотке крови.

F. Timio и соавторы (Великобритания) представили данные о взаимосвязи артериальной гипертензии и экскреции натрия и кальция как причины формирования почечных камней. Индекс массы тела и уровень артериального давления был выше у больных с камнями почек, чем в контрольной группе (больные АГ без почечных камней). По сравнению с контролем у больных с почечными камнями была увеличена экскреция кальция (в среднем на 3,7 ммоль/сут; от 2,8 до 4,6). Разница в экскреции кальция сохранялась после коррекции показателей в зависимости от клиренса креатинина. Предполагается, что ограничение потребления натрия может быть полезным не только для лечения артериальной гипертензии, но и для снижения кальциурии у больных с почечными камнями. Однако относительная по сравнению с контролем гиперкальциурия у больных с почечными камнями сохраняется.

Практической направленностью привлекло внимание сообщение G. Cice и соавторов (Италия), которые исследовали разные дозы и режим приема антагониста кальция – дилтиазема – для лечения стенокардии у больных на гемодиализе. Результаты исследования оценивали по частоте и длительности эпизодов ишемии миокарда при холтеровском мониторировании. 151 больной последовательно получал дилтиазем: 60 мг 2 раза, затем 60 мг 3 раза, 60 мг 4 раза в сутки, пролонгированную форму дилтиазема (120 мг 2 раза). Смена режима лекарственной терапии проводилась 1 раз в месяц. Наиболее выраженный эффект дилтиазем оказывал в дозе 240 мг/сут, при этом эпизоды диализной гипотензии в 5 раз реже наблюдались при приеме пролонгированной формы препарата.

Широкая география конференции и большой круг затронутых вопросов свидетельствуют о возрастающем интересе нефрологов к проблемам патологии сердечно-сосудистой системы у почечных больных.