

## 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  $\alpha$ -актина (smooth muscle  $\alpha$ -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 ( $\text{HCO}_3^-$  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.