

чали стандартную терапию основного заболевания (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, диабетическая нефропатия). В первую группу вошли 37 пациентов с ХБП 3–4 стадии + сахарный диабет 2 типа (СД), с СКФ > 59–15 мл/мин/м². Во вторую группу вошли 43 пациента с ХБП недиабетической этиологии 3–4 стадии, с СКФ 59–15 мл/мин/м². Всего пациентов с ХБП 3 стадии с СКФ > 59–30 мл/мин/м² было 56 человек (68,75%) и пациентов с ХБП 4 стадии с СКФ > 30–15 мл/мин/м² было 24 (31,25%) человека. Оценка альбуминурии и альбумин-креатининового индекса позволяет сделать раннюю диагностику и оценить прогрессирование хронической болезни почек.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 62,7±13,22 года. Показатели альбумина в моче у пациентов I группы (ХБП+СД 2 типа) составили 139,72±109,09 мг/л у мужчин и женщин – 147,77±109,46 и 132,10±111,18 мг/л соответственно; у пациентов II группы (ХБП без СД) показатели альбумина в моче составили 115,58±117,21 мг/л у мужчин и женщин – 89,09±98,26 и 143,33±130,89 мг/л соответственно. Однако при сравнении этих показателей достоверных различий между группами получено не было ($t=0,36$ $p>0,05$). Таким образом, явно наблюдалась тенденция увеличения числа пациентов с АУ по мере нарастания стадийности

ХБП. Необходимо отметить так же, что альбумин-креатининовый индекс (АКИ) в I группе составил менее чем <3,4 ммоль/л – 7 мужчин и 6 женщин; 3,4–33,9 ммоль/л – 11 мужчин и 11 женщин; более чем > 33,9 ммоль/л – у мужчин не было отмечено и выявлено у двух женщин. Во II группе составил менее чем <3,4 ммоль/л – 14 мужчин и 12 женщин; 3,4–33,9 ммоль/л – 3 мужчин и 8 женщин; более чем > 33,9 ммоль/л – у 4 мужчин и одной женщины.

Выводы. Исходя из вышеприведенных результатов альбумин-креатининового индекса, необходимо отметить, что больные, имеющие АКИ в пределах 3,4–33,9 ммоль/л относятся к группе высокого риска и по шкале KDIGO (оценка комбинированного риска терминальной почечной недостаточности (ТПН) и сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных ХБП) больные с СКФ ниже 30 мл/мин/1,73 м² к группе очень высокого риска по ТПН и ССО; а больные с АКИ выше чем > 33,9 ммоль/л к категории очень высокого риска ХБП и группе очень высокого риска по шкале KDIGO по развитию ТПН и ССО, целевые цифры артериального давления для больных с альбуминурией и с АКИ выше 3,4 ммоль/л равно <130/80 мм рт. ст (2D) и также данный контингент больных в обязательном порядке должен наблюдаться и консультироваться с врачом-нефрологом.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПО МОДЕЛИ KFRE

ЭГАМБЕРДИЕВА Д.А., РУЗМЕТОВА И.А., РАСУЛЕВ Ё.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Применить модель KFRE для оценки риска прогрессирования почечной недостаточности у пациентов с ХБП.

Материал и методы исследования. Для прогнозирования течения ХБП по модели KFRE (3 переменными) необходимо включить следующие параметры: возраст, пол, расчетная СКФ (рСКФ) по формуле СКD-EPI с модификацией от 2011 года. Модель позволяет прогнозировать у больных с ХБП III-IV стадией риск прогрессирования в терминальную ХБП, в течение последующих 5 лет.

В исследование включены 80 больных с ХБП III-IV стадией, находившихся в отделении нефрологии 3-й клиники Ташкентской медицинской академии и отделении кардиологии ГУ «РСПМЦТ и МР». Всем больным проводились общеклинические анализы, расчет СКФ по формуле СКD-EPI с модификацией от 2011 года, определяли уровень креатинин и мочевины сыворотки, альбуминурию. Все больные получали стандартную терапию основного заболевания (хронического гломерулонефрита, хронического пиелонефрита, диабетической нефропатии). В первую группу вошли 37

пациентов (46,25%) с ХБП 3-4 стадии + СД 2 типа СКФ > 59–15 мл/мин/м². Во вторую группу вошли 43 пациента (53,75%) с ХБП различной этиологии 3-4 стадии без СД, с СКФ 59–15 мл/мин/м². Всего пациентов с ХБП 3 стадии с СКФ > 59–30 мл/мин/м² было 56 человек (68,75%) и пациентов с ХБП 4 стадии с СКФ > 30–15 мл/мин/м² 24 (31,25%) человека.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 62,7±13,22 года. В целом в общей группе уровень креатинина крови и мочевины составил 177,24±63,53 мкмоль/л и 11,02±3,17 мкмоль/л; в I группе креатинин крови – 175,39±58,13 мкмоль/л и мочевины крови – 11,66±2,72 мкмоль/л; во II группе креатинин крови составил – 178,83±68,55 мкмоль/л и мочевины крови 10,47±3,45 мкмоль/л соответственно, достоверных различий между группами по уровню креатинина крови не оказалось, однако по уровню мочевины крови отмечались различия, так показатели I группы – 11,66±2,72 были выше по сравнению с показателями II группы – 10,47±3,45 мкмоль/л.

Результаты модели (KFRE) свидетельствуют о том, что в среднем у всех больных 5-летняя вероятность терминальной стадии ХБП составила 20,8%. Достоверных различий по прогнозам модели (KFRE) между мужчинами и женщинами I группы не было выявлено ($t=0,74$; $p > 0,05$); по анализу результатов достоверных различий по модели (KFRE) между мужчинами и женщинами II группы не выявлено ($t=0,81$; $p > 0,05$).

Выводы. Наилучший прогноз на ближайшие 5 лет отмечается у женщин I группы (ХБП+СД 2

типа), а самый худший у мужчин II группы (ХБП недиабетической этиологии). Сильная отрицательная корреляционная связь отмечалась между рСКФ и процентом риск ТХБП по модели KFRE ($r=-0,85$). Отмечалась сильная положительная корреляционная связь между креатинином крови пациентов и прогнозом модели KFRE ($r=0,95$). Исходя из этого можно сделать вывод о том, что чем выше показатели креатинина крови, тем хуже прогноз в отношении развития терминальной стадии ХБП.