

Поражение почек у пациентов с анкилозирующим спондилитом

Г. И. Щербаков

Примерно у каждого второго жителя планеты имеются хронические заболевания тех или иных органов и систем, в первую очередь сердца, легких, почек и суставов. Именно эти хронические поражения являются не только медицинской, но и социально-экономической проблемой, приводя к смерти или утрате трудоспособности большого числа людей [1].

Нефрологическая патология имеет особое место среди ревматологических заболеваний, в том числе и при анкилозирующем спондилите (АС) [2].

В масштабных регистровых исследованиях установлено, что распространенность стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин в общей популяции достигает 13%, что сопоставимо с частотой заболеваний, традиционно рассматриваемых как социально значимые.

Хроническая болезнь почек (ХБП) — это наднозологическое понятие, объединяющее всех пациентов с сохранившимися в течение трех и более месяцев признаками повреждения почек и/или снижения их функции [3].

Одним из основных методов скрининга ХБП является расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Согласно национальным рекомендациям 2012 г. стадия ХБП основана на принципах скрининга, диагностики, профилактики, подхода к лечению заболевания (табл.).

Стадии хронической болезни почек			Таблица
Стадия	Описание	СКФ (мл/мин/1,73 м ²)	Дополнительный риск ССО
1	Высокая или оптимальная	> 90	Небольшой
2	Незначительно сниженная	60–89	Умеренный
3a	Умеренно сниженная	45–59	Высокий
3b	Существенно сниженная	30–44	Очень высокий
4	Резко сниженная	15–29	Очень высокий
5	Терминальная почечная недостаточность	< 15 или начало ЗПТ	Очень высокий

Примечание. СКФ — скорость клубочковой фильтрации; ССО — сердечно-сосудистые осложнения; ЗПТ — заместительная почечная терапия.

Целью данного исследования было оценить функцию почек у пациентов с анкилозирующим спондилитом, так как данная группа больных имеет повышенный риск развития ХБП вследствие наличия аутоиммунной болезни, хронического системного воспаления, лекарственной токсичности (длительный прием цитостатических, нестероидных противовоспалительных препаратов).

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 97 мужчин с АС, диагностированным на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев. Средний возраст пациентов составил $39,41 \pm 11,09$ года, возраст на момент начала заболевания $33,74 \pm 10,43$ года, период от проявления первых симптомов болезни до установления диагноза АС $2,64 \pm 2,68$ года, стаж заболевания $5,75 \pm 4,58$ года. Всем больным, включенным в исследование, выполнялся общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови (С-реактивный белок (СРБ), креатинин), микроальбумины в моче.

Исследование проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (в редакции 2000 г. с разъяснениями, данными на генеральной ассамблее ВМА, Токио, 2004), с правилами Качественной клинической практики Международной конференции по гармонизации (ICH GCP), этическими принципами, изложенными в Директиве Европейского Союза 2001/20/ЕС, и требованиями национального российского законодательства. Каждый больной подписал «Информированное согласие» на участие в исследовании.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2003 (лицензионное соглашение 74017–640–0000106–57177) и StatSoft Statistica 6.1 (лицензионное соглашение BXXR006D092218FAN11). Характер распределения данных оценивали с помощью критерия Шапиро–Уилка. В зависимости от вида распределения признака применялись различные алгоритмы статистического анализа. Количественные данные представлены центральными тенденциями и рассеянием: среднее значение (M) и стандартное отклонение (s) признаков, имеющих приближенно нормальное распределение, медиана (Me) и интерквартильный размах (25-й и 75-й процентиля) в случае распределения величин, отличного от нормального. Сравнение двух независимых групп по одному или нескольким признакам, имеющим хотя бы в одной из групп распределение, отличное от нормального, или если вид распределений не анализировался, проводилось путем проверки статистической гипотезы о равенстве средних рангов с помощью критерия Манна–Уитни (Mann–Whitney

U-test).

Изучение взаимосвязи двух количественных признаков проводилось с помощью непараметрического метода Спирмена. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при $p \leq 0,05$.

Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) [4].

Формула CKD-EPI (мл/мин/1,73 м²)

Для мужчин:

$$\text{СКФ}^* = 141 \times \min(\text{Scr}^{**}/0,9, 1)^{0,411} \times \max(\text{Scr}^{**}/0,9, 1)^{-1,209} \times 0,993 \text{ возраст}$$

Результаты и их обсуждение

В целом у исследуемых пациентов медиана содержания эритроцитов в крови составила 4,57 (4,20; 5,02), уровень гемоглобина 131,00 (123,00; 142,00) г/л, СОЭ по Панченкову 22,00 (6,00; 37,00) мм/час. Медиана содержания белка в моче 0,11 (0,06; 0,19) г/л, содержание эритроцитов в моче 4,00 (0,00; 6,30), содержание микроальбуминов в моче 17,80 (8,20; 50,00). Медиана содержания креатинина в крови 76,00 (64,00; 87,00) мкмоль/л. Медиана содержания СРБ 6,10 (3,60; 12,00) мг/л, СКФ 113,00 (88,00; 130,00) мл/мин.

При подсчете СКФ у пациентов AC I стадия ХБП выявлена у 35 (36,1%), II стадия ХБП у 25 (25,8%), более тяжелых стадий ХБП выявлено не было.

Среди больных AC были выявлены следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (25,51%), ишемическая болезнь сердца (8,13%), воспаление мочевыводящей системы (уретрит) (37,53%), сахарный диабет (4,26%).

При корреляционном анализе выявлена умеренная отрицательная связь между количеством эритроцитов и СОЭ по Панченкову ($r = -0,494$, $p = 0,0001$), содержанием эритроцитов в моче ($r = -0,294$, $p = 0,002$). Количество эритроцитов также имело слабую отрицательную связь с СРБ ($r = -0,197$, $p = 0,027$) и СКФ ($r = -0,245$, $p = 0,008$). СОЭ по Панченкову имела слабую положительную связь с эритроцитами в моче ($r = 0,214$, $p = 0,018$), а также умеренно положительную корреляционную связь с СРБ ($r = 0,315$, $p = 0,001$), СКФ ($r = 0,400$, $p = 0,0001$). Между СРБ и СКФ выявлена слабая положительная связь ($r = 0,169$, $p = 0,049$). СКФ и содержание эритроцитов в моче имеют умеренную положительную связь между собой ($r = 0,405$, $p = 0,000$).

Известно, что СРБ активирует процессы перекисного окисления липидов, участвует в развитии оксидативного стресса и дисфункции эндотелия, определяя тем самым свою роль в развитии почечного поражения. Уровень СРБ может быть включен в модель пропорционального риска для выявления независимых предикторов почечной дисфункции.

Выводы

Проблема поражения почек при ревматических заболеваниях носит междисциплинарный характер. При ревматических заболеваниях возможен широкий спектр коморбидных состояний, что делает чрезвычайно актуальным их дальнейшее изучение и дальнейшую разработку рекомендаций по тактике обследования и лечения данных пациентов. Необходимо дифференцировать коморбидные заболевания от системных проявлений. Необходим индивидуальный подход к каждому больному.

Литература

1. Зотова Л. А., Булгаков А. А. Анализ функции почек с ревматологическими заболеваниями // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. № 8 (50) Часть 2. С. 82–87.
2. Годзенко А. А. Поражение почек при серонегативных спондилоартритах // Трудный пациент. 2006. № 7. С. 46–48.
3. Моисеев В. С. и др. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегия кардио-нефропротекции // Российский кардиологический журнал. 2014. № 8. С. 7–37.
4. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. СПб: Издательство «Левша», 2012.

Г. И. Щербаков, кандидат медицинских наук

ГБУЗ МО Орехово-Зуевская ЦГБ, Орехово-Зуево

Контактная информация: ilich.shherbakov@yandex.ru

Поражение почек у пациентов с анкилозирующим спондилитом/ Г. И. Щербаков

Для цитирования: Лечащий врач № 4/2019; Номера страниц в выпуске: 30-31

Теги: аутоиммунное заболевание, системное воспаление, фильтрующая способность почек.

© «Открытые системы», 1992-2019. Все права
защищены.