

Контраст-индуцированное острое почечное повреждение у полиморбидных пациентов с острым инфарктом миокарда

Урста А.А., Харьков Е.И., Петрова М.М.

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

E-mail: urstalla@gmail.com

Введение. Среди факторов риска развития контраст-индуцированного острого почечного повреждения (КИ-ОПП) в современной научной литературе влияние фактора полиморбидности встречается очень редко. Мы не нашли ни одной научной работы, которая бы оценивала влияние фактора полиморбидности на вероятность развития КИ-ОПП у пациентов с острым инфарктом миокарда после проведения коронароангиографии (КАГ) и/или чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Учитывая высокую значимость проблемы развития КИ-ОПП в условиях стационара ургентного профиля поиск новых предикторов развития острого почечного повреждения после проведения рентгеноконтрастного исследования несомненно представляет актуальность.

Цель. Определить наличие или отсутствие влияния фактора полиморбидности на развитие КИ-ОПП у пациентов с острым инфарктом миокарда, перенесших КАГ и ЧКВ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни за 2015-17 гг. 501 пациента, проходивших лечение в отделении интенсивной терапии №3 КГБУЗ «КМКБСМП» им. Н.С. Карповича с острым инфарктом миокарда, перенесших коронароангиографию и чрескожное коронарное вмешательство. Была сформирована выборка из 57 пациентов с клинически верифицированной КИ-ОПП. Статистический анализ полученных данных проводили при помощи комплекса пакетных программ и языка программирования «R». Исключались пациенты с установленным шоком, со снижением фракции выброса ЛЖ ниже 40%, уровнем ЦВД выше 120 мм вод.ст.

Результаты. Наличие полиморбидности в группе с КИ-ОПП констатировано у 29 пациентов (50,8%). В группе пациентов без КИ-ОПП у 111 пациентов (41,8%) была верифицирована полиморбидность. Среди т.н. сопутствующих заболеваний у пациентов с КИ-ОПП чаще всего встречалась гипертоническая болезнь – в 55 случаев (96,5%). Достоверной разницы согласно критерию хи-квадрат Пирсона между частотами распределения заболеваний в исследуемых группах не выявлено ($P>0.1$). При сравнении частотных распределений пациентов с определенным индексом Чарлсона согласно критерию хи-квадрат Пирсона между исследуемыми группами установлены достоверные различия ($p<0.05$).

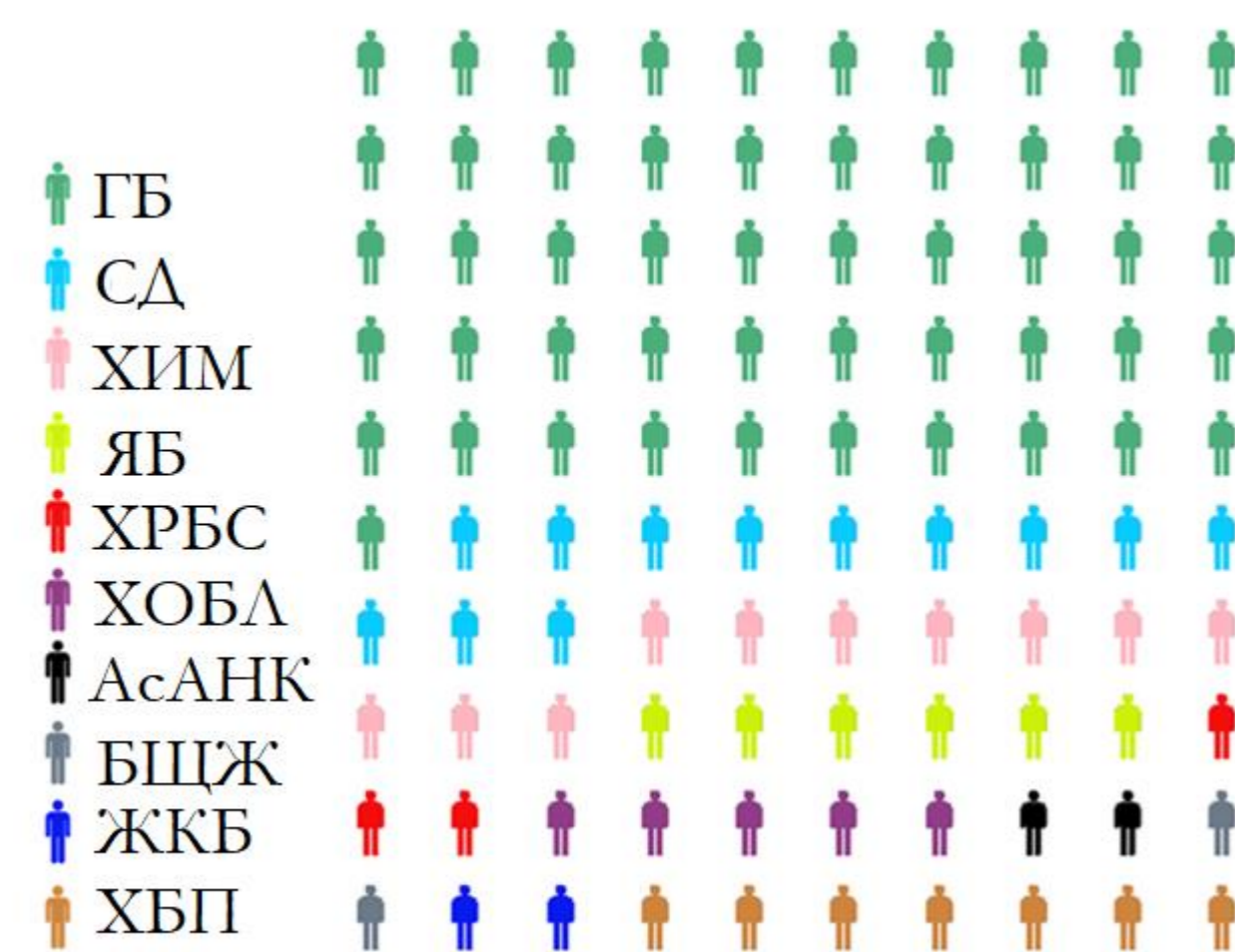


Рис. 1 Соотношение частоты встречаемости заболеваний у пациентов с КИ-ОПП

ГБ-гипертоническая болезнь, СД – сахарный диабет, ХИМ – хроническая ишемия головного мозга, ЯБ – язвенная болезнь желудка или ДПК, ХРБС – хроническая ревматическая болезнь сердца, ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких, АсАНК – атеросклероз артерий нижних конечностей, БЦЖ – болезни щитовидной железы, ЖКБ – желчнокаменная болезнь, ХБП – хроническая болезнь почек

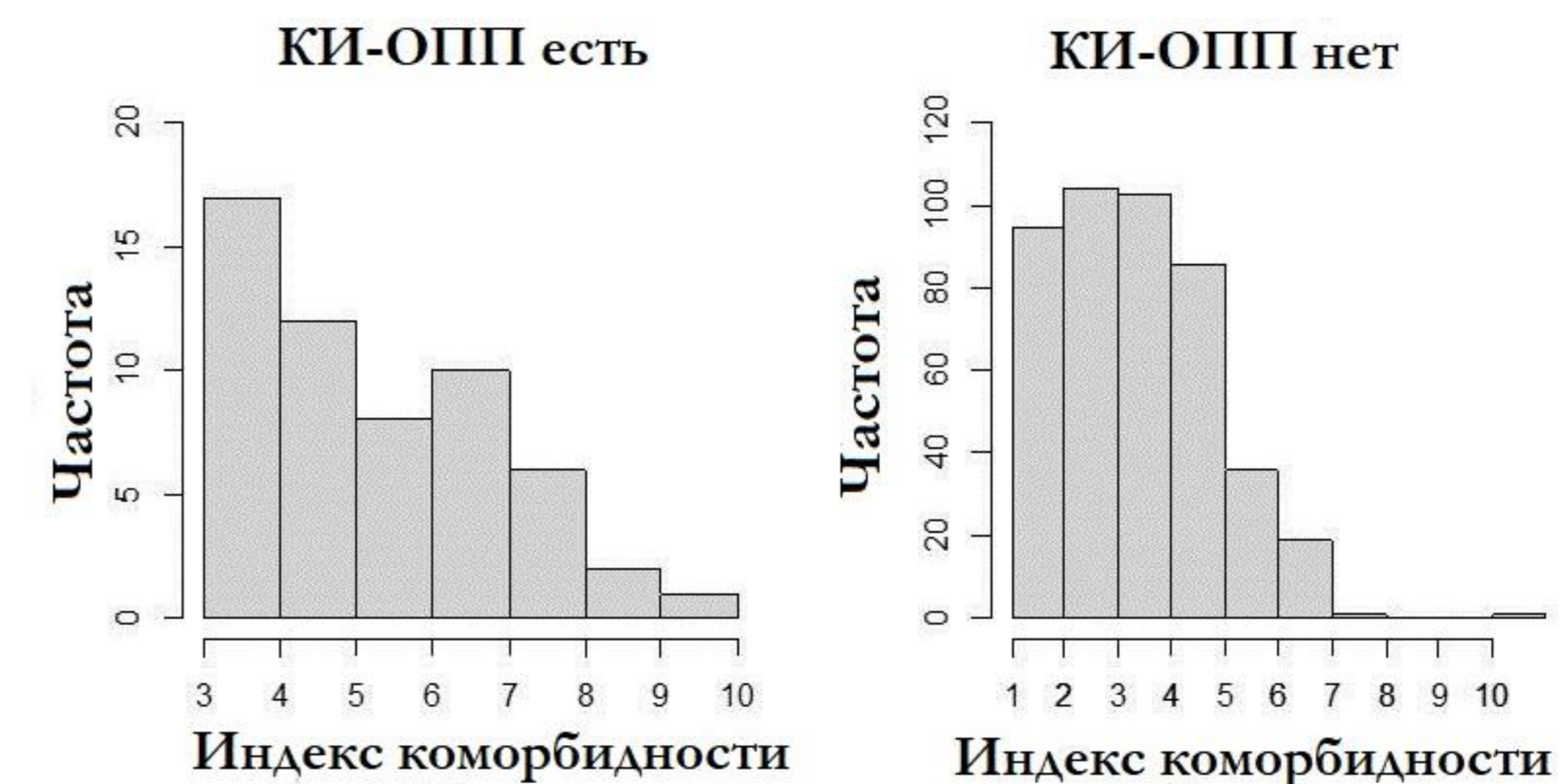


Рис. 2 Индекс коморбидности Чарлсона у пациентов исследуемых групп

Выводы. Частота распределения сопутствующих заболеваний у пациентов с инфарктом миокарда после проведения коронароангиографии и/или чрескожного коронарного вмешательства в группах с КИ-ОПП и без КИ-ОПП не имела значимых различий.

Оценка полиморбидности при помощи индекса коморбидности Чарлсона показала значимость различий в исследуемых группах ($P<0.05$)

Индекс коморбидности Чарлсона может быть использован, как предиктор развития КИ-ОПП у пациентов с острым инфарктом миокарда после проведения коронароангиографии и/или чрескожного коронарного вмешательства