



РОЛЬ ЦИСТАТИНА-С В ДИАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шамсутдинова Г.Б., Гадаев А.Г.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

Введение: Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой важнейшую проблему современного здравоохранения. Ввиду отсутствия специфических симптомов ХБП трудно поддается диагностике на ранних стадиях, особенно при наличии сопутствующих заболеваний. При использовании традиционного метода определения скорости клубочковой фильтрации существует вероятность получения неточных результатов. Цистатин-С может быть одним из предикторов развития почечной патологии и оценки её тяжести. Результаты исследования свидетельствуют, что цистатин-С превосходит креатинин для определения нарушенной СКФ, особенно у пациентов АГ в сочетании с метаболическими нарушениями. Скорость клубочковой фильтрации по цистатину-С практически в два раза чаще выявляет ранние изменения функции почек по сравнению со скоростью клубочковой фильтрации по креатинину, что позволяет считать этот метод лабораторной диагностики более чувствительным и его целесообразно применять для скрининга ХБП.

Цель. Определить роль цистатина-С в ранней диагностике дисфункции почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы. Обследовано 28 больных ХСН в сочетании с ХБП, 32 - ХСН без ХБП. Уровень креатинина определяли методом Яффе, **цистатина-С - иммуноферментным методом**, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD. У больных ХСН с ХБП и ХСН без ХБП показатели креатинина увеличивались на 66,3% ($p < 0,01$) и 22,9% ($p < 0,05$), уровни цистатина-С на 83,3% ($p < 0,01$) и 48,3% ($p < 0,05$), СКФ снижалась на 48,5% ($p < 0,01$) и 27,4% ($p < 0,05$) по сравнению с нормой. Нарушение функции почек (СКФ < 89 мл/мин/1,73м²) найдено у 44,8% пациентов с ХСН и ХБП и 28,9% пациентов с ХСН без ХБП. При ХСН в сочетании с ХБП и ХСН без ХБП с СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73м² уровни цистатина-С увеличивались на 54,3% ($p < 0,01$) и 40,9% ($p < 0,01$), уровни креатинина на 13,3% ($p > 0,05$) и 15,6% ($p > 0,05$). У пациентов ХСН с ХБП и ХСН без ХБП с СКФ < 89 мл/мин/1,73м² определено снижение СКФ на 42% ($p < 0,01$) и 31,1% ($p < 0,05$), увеличение показателей цистатина-С на 91,3% ($p < 0,001$) и 62,1% ($p < 0,01$), креатинина на 29,8% ($p < 0,5$) и 19,6% ($p < 0,05$). Корреляционная связь между СКФ и уровнем цистатина С составила $r = -0,56$, $p < 0,01$.

Заключения. Таким образом, при ХСН с ХБП и ХСН без ХБП уровень цистатина-С в крови изменяется в большей степени, чем креатинина и СКФ (MDRD), что указывает на возможность использования этого показателя для ранней диагностики дисфункции почек.