

Харьковский национальный университет имени  
В.Н.Каразина  
Медицинский факультет  
Кафедра внутренней медицины

Клинический случай:

Роль хронической болезни почек в манифестировании  
сердечно-сосудистой патологии

Кулик Я.Э., Ситбаталов А.И., Картвелишвили А.Ю.  
Научные руководители - Асс. С.В.Рыбчинский  
д. мед.н., проф. Н. И. Яблучанский

# Преамбула

«Все усилия благоразумного человека должны направляться не к тому, чтобы чинить и конопатить свой организм. Как утлую и дырявую ладью, а к тому, чтобы устроить себе такой образ жизни, при котором организм как можно меньше приходил бы в расстроенное положение, а, следовательно, как можно реже нуждался в починке» (Д. Писарев).

# Актуальность

Почечная дисфункция – независимый предиктор кардиоваскулярной заболеваемости.

Даже небольшая почечная дисфункция вне зависимости от этиологии значительно увеличивает риск артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной недостаточности (СН), кардиоваскулярной смерти.

# Наш пациент

- Мужчина
- 54 года
- Директор предприятия
- Житель города
- Поступил 10.01.17

# Жалобы

- ▶ Боли в грудной клетке давящего характера(длятся около 3-5 минут), возникают при ходьбе до 200 м. Локализуются преимущественно за грудиной. Купируются нитроглицерином.
- ▶ Одышка как при ходьбе менее 200м, так и в покое;
- ▶ Головные боли в основном при подъеме АД;
- ▶ Сердцебиение;
- ▶ Кашель с отделением небольшого количества мокроты;
- ▶ Слабость.

# Анамнез заболевания 1

- ▶ 1999 - оперирован по поводу карбункула левой почки, в дальнейшем диагностирован хронический пиелонефрит.
  - ▶ Эпизоды повышения АД с 2005, максимальное АД до 220\140 мм. рт. ст., привычное 130\80 мм.рт.ст.
  - ▶ 2007 - впервые появляются эпизоды учащенного сердцебиения, сопровождающиеся слабостью, ощущением нехватки воздуха - пароксизм трепетания предсердий, правильная форма 2 к 1. СН I ст. левожелудочковая недостаточность, отек легких.
- В результате ургентной дефибрилляции восстановлен синусовый ритм, состояние улучшилось.
- Дополнительно выявлены: сморщенная левая почка(7.1\*4.9см, контур деформирован), эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, атеросклероз аорты, начальные проявления ангиоретинопатии.

## Анамнез заболевания 2

► 2010 - коронарография: левая коронарная артерия - стеноз 70% в проксимальном сегменте ПНА, протяженный стеноз 60-80% в среднем сегменте, субокклюзия в дистальном сегменте ПНА, субокклюзия диагональной ветви. Протяженная хроническая окклюзия ПКА перед бифуркацией, постокклюзионный сегмент частично заполняется по межсистемным коллатералям. Выполнено АКШ-3 шунта.

► 2011 - у пациента была выявлена персистирующая фибрилляция предсердий (ФП), выполнена катетерная абляция .

## Анамнез заболевания 3

- ▶ 2015 - появилась одышка, боли за грудиной, резкая слабость в ногах, головокружение. Госпитализирован в ургентном порядке в ОИТ ССЗ. Установлена гипертензивная энцефалопатия с цефалгическим синдромом на фоне вторичной ренальной гипертензии, диффузные изменения паренхимы печени без увеличения размеров, сморщенная левая почка, киста левой почки, микрокалькулез почек, гиперплазия щитовидной железы 2-3 ст.
- ▶ ЭхоКГ: склеротические изменения аорты, створок аортального и митрального клапанов, гипертрофия миокарда ЛЖ, дилатация полостей обоих предсердий, регургитация на клапане легочной артерии 1-2ст.
- ▶ ЭКГ: блокада передней ветви ЛНПГ.

После проведенного лечения состояние больного улучшилось.

# Анамнез жизни

- ▶ Жилищно-бытовые условия удовлетворительные;
- ▶ Работает директором на предприятии. Условия труда связаны с частым эмоциональным напряжением;
- ▶ Вредные привычки отрицает;
- ▶ Лекарственный анамнез не отягощен;
- ▶ Аллергологический анамнез не отягощен;
- ▶ Туберкулез, вирусный гепатит А, сахарный диабет, психические и венерические заболевания отрицает;
- ▶ 1999 оперирован по поводу карбункула левой почки;
- ▶ Наследственность отягощена по заболеваниям ССС - ИБС и АГ.

# Объективный статус 1

- ▶ Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное;
- ▶ Кожные покровы обычные, бледно розовой окраски, пастозность нижних конечностей на уровне лодыжек.
- ▶ Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены;
- ▶ Щитовидная железа четко не определяется. Пальпация безболезненна.
- ▶ Костно-мышечная система без особенностей;
- ▶ Дыхательная система: увеличение частоты дыхания. Перкуторно притупление перкуторного звука сзади в нижних отделах легких. Аускультативно хрипы в нижних отделах легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания;

## Объективный статус 2

- ▶ Сердечно-сосудистая система: Границы сердца в норме. Деятельность сердца ритмичная, тахикардия. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин. АД 180\120 мм рт.ст.
- ▶ Живот обычных размеров, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненна;
- ▶ Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.
- ▶ Физиологические отправления без особенностей

# План обследования

- ▶ Клинический анализ крови.
- ▶ Клинический анализ мочи.
- ▶ Биохимический анализ крови (глюкоза, мочеви́на, креатинин, общий белок, альбумин, билирубин, АсАТ, АлАТ).
- ▶ Рентгенография ОГК.
- ▶ ЭКГ.
- ▶ Суточное мониторирование ЭКГ.
- ▶ Суточное мониторирование АД.
- ▶ УЗИ сердца.
- ▶ УЗИ почек.

## Клинический анализ крови

| Показатели | Результаты           | Норма                   |
|------------|----------------------|-------------------------|
| Эритроциты | $5,12 \cdot 10^{12}$ | $4,0-5,0 \cdot 10^{12}$ |
| Гемоглобин | 162                  | 130,0-160,0 г/л         |
| ЦП         | 0,91                 | 0,85-1,15               |
| СОЭ        | 7                    | 1-10 мм/ч               |
| Лейкоциты  | $8,0 \cdot 10^9$     | $4,0-9,0 \cdot 10^9$    |
| П/я        | 11%                  | 1,06-6,0%               |
| С/я        | 78%                  | 47,0-72,0%              |
| Лимфоциты  | 7%                   | 19,0-37,0%              |
| Эозинофилы | 2,1%                 | 0,5-5,0%                |
| Моноциты   | 4%                   | 3,0-11,0%               |
| Базофилы   | 1,0%                 | 0-1,0%                  |

В пределах  
нормы

## Клинический анализ мочи

| Показатели       | Результаты    | Норма         |
|------------------|---------------|---------------|
| Количество (мл)  | 150           |               |
| Цвет             | Светло-желтый | Светло-желтый |
| Прозрачность     | Прозрачная    | Прозрачная    |
| Удельный вес     | 1,030         | 1,001-1,040   |
| pH               | 6,0           | 5,0-7,0       |
| Белок (г/л)      | -             | -             |
| Глюкоза (моль/л) | -             | -             |

В пределах нормы

## Биохимический анализ крови

| Показатели      | Результаты      | Норма             |
|-----------------|-----------------|-------------------|
| Общий билирубин | 16,5 мкмоль/л   | 1,7-21,0 мкмоль/л |
| АсАТ            | 22 Е/л          | До 35 Е/л         |
| АлАТ            | 13 Е/л          | До 41 Е/л         |
| Креатинин       | 111,98 мкмоль/л | 61-106 мкмоль/л   |
| Мочевина        | 7,7 ммоль/л     | 2,8-7,2 ммоль/л   |
| Глюкоза         | 7,5 ммоль/л     | 3,9-6,4 ммоль/л   |

Повышение уровня креатинина, мочевины и глюкозы в крови

# Скорость клубочковой фильтрации (СКФ)

По формуле Кокрофта-Голта :

$$1,23 \times ((140 - \text{возраст}) \times \text{масса тела}) / \text{креатинин крови} = 1,23 \times (140 - 54) \times 80 / 111,98 = 75,5 \text{ мл/мин/}1,73 \text{ м}^2$$

ХБП II: поражение почек с умеренным снижением СКФ (60-89 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>).

# Рентген ОГК

Очаговые и инфильтративные изменения в легких не выявлены. Слева плевроперикардальные тяжи.

Признаки венозной гипертензии.

Корни структурны, не увеличены.

Синусы свободны. Диафрагма четко очерчена.

Сердце расширено влево.

Аорта без особенностей.

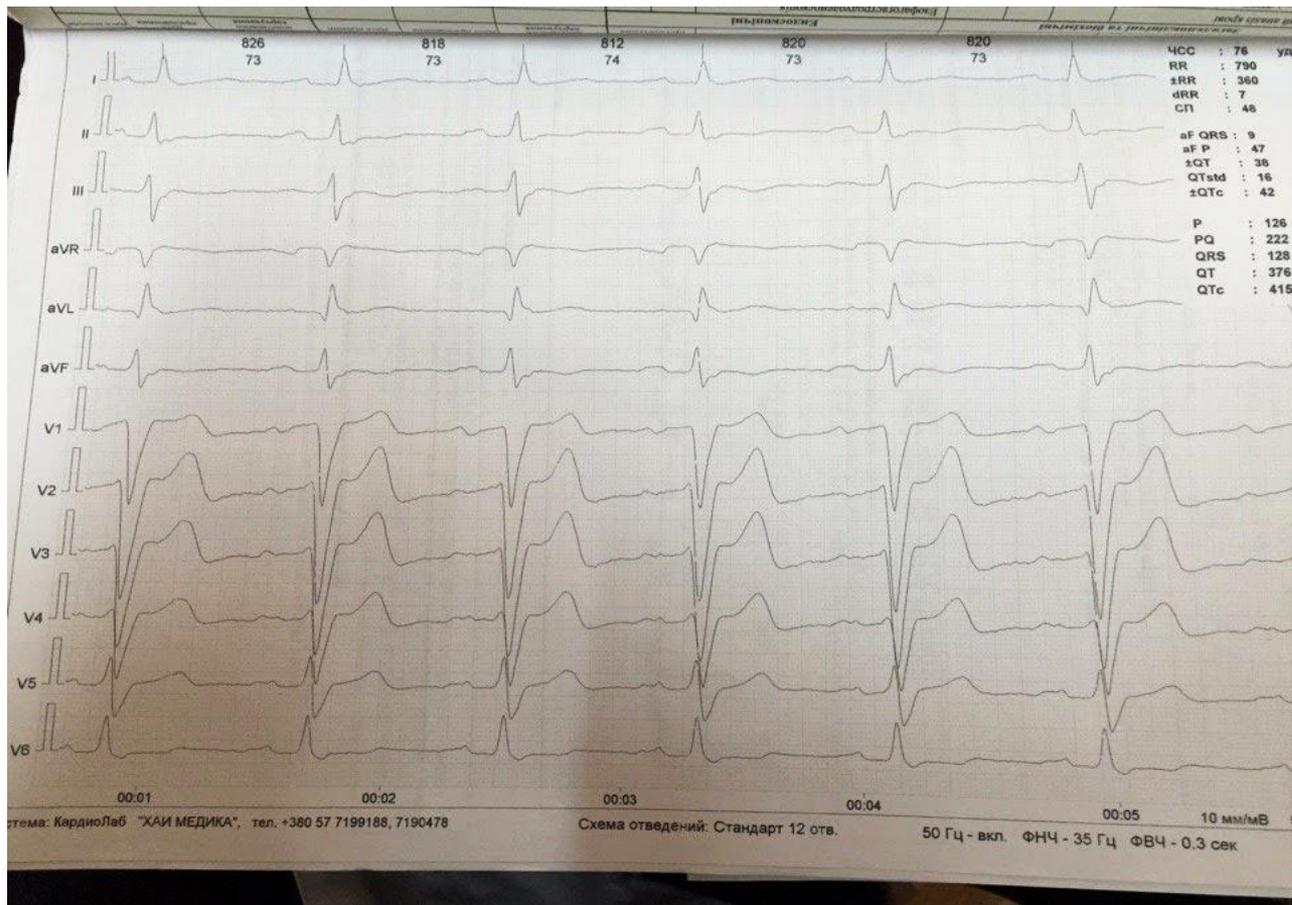
Состояние после стернотомии.

# Электрокардиограмма

Ритм синусовый,  
правильный.

ЧСС 73 уд\мин.

Полная блокада  
ЛНПГ.



## Суточное мониторирование ЭКГ и АД

ЭКГ: Преобладающий ритм синусовый со средней ЧСС днем 73 уд\мин, ночью 71 уд\мин. Циркадный индекс 1,02%. Ригидный циркадный профиль ЧСС, признаки вегетативной денервации.

За время наблюдения зарегистрированы одиночные желудочковые экстрасистолы(1072). Ишемические изменения на ЭКГ не обнаружены.

АД: Среднесуточное АД 133\83 мм.рт.ст., ( мин.105\56 мм.рт.ст., макс. 160\90 мм.рт.ст.) Циркадный индекс систолического АД 14%. Циркадный индекс диастолического АД 17%. Пациент относится к группе нормального ночного снижения артериального давления.

# ЭхоКГ

- ▶ Склеротические изменения стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов.
- ▶ Гипертрофия миокарда левого желудочка.
- ▶ Дилатация полостей обоих предсердий.
- ▶ Регургитация на клапане легочной артерии - I-II ст.
- ▶ Состояние после АКШ.

# Узи Почек

Размеры: Правая= 127.0x67.0 мм

не увеличена

Структура: не изменена

толщина паренхимы до 15-17мм

Полостная

система: не расширена

Признаки

конкрементов: есть песок и микролиты

d 6.0-5.0мм

Левая= 72.0x44.0 мм

уменьшена “сморщенная”

изменена

истончен корковый слой

не расширена

есть песок и микролиты

d 4.0-5.0мм

Дополнительные данные: в Левой почке в нижнем полюсе эхонегативное образование размером 16.0x19.0мм

Заключение: **Сморщенная левая почка.**

**Киста левой почки.**

**Микрокалькулез почек.**

# Клинический диагноз

## ► Основной:

ИБС: стабильная стенокардия напряжения III ф.к. Атеросклероз коронарных артерий (КВГ 09.12.10). АКШ-3 шунта (26.12.10). Вторичная артериальная гипертензия III ст. 3 степень (пациент относится к группе нормального ночного снижения артериального давления). Вторично сморщенная почка. ХБП II ст: осложненный (мочекаменная болезнь, киста левой почки) пиелонефрит, фаза ремиссии. Гипертензивное сердце. Персистирующая форма ФП. Катетерная абляция (2011). Ригидный циркадный профиль ЧСС, признаки вегетативной денервации. СН II А ст. II ФК.

## ► Сопутствующий:

Нарушение толерантности к глюкозе.

# Рекомендуемое лечение

## Цели лечения:

1. Улучшить прогноз и предупредить возникновение инфаркта миокарда и внезапной смерти.
2. Уменьшить частоту и снизить интенсивность приступов стенокардии
3. Достижение целевого уровня АД < 130 и 80 мм.рт.ст.

### 1) Модификация образа жизни:

- Изменение распорядка дня (продолжительность сна не менее 8 часов в сутки)
- Соблюдение диеты и рекомендаций по допустимой физической активности для данного функционального класса стенокардии.

### 2) Медикоментозная терапия:

- Аспирин 75 мг
- Валсартан 80 мг и гидрохлортиазид 12,5 мг утром и валсартан 80 мг вечером под контролем АД длительно;
- Аторвастатин 20 мг вечером;
- Амлодипин 5 мг 2 р/д под контролем АД;

# Прогноз

- ▶ После нефрэктомии, выполненной до развития необратимых изменений в противоположной почке прогноз благоприятный;
- ▶ В случае двустороннего поражения почек прогноз неблагоприятный.
- ▶ Для жизни: при соблюдении назначений и рекомендаций врача - благоприятный
- ▶ Для выздоровления: сомнительный

## Вывод

В данном клиническом случае отображены особенности неуклонного прогрессирования комбинированной сердечно-сосудистой патологии, возникшей на фоне хронической болезни почек, и методов диагностики и лечения.

**Спасибо за внимание**