

Consilium Medicum №10 2016 - Клинический случай развития кардиоренального синдрома у молодой женщины

Для цитирования/For citation:

С.В. Селиверстова, О.В. Евсина, А.М. Алеевская. Клинический случай развития кардиоренального синдрома у молодой женщины. Consilium Medicum. 2016. 18 (10): 94-97.

Д.В. Селиверстова, О.В. Евсина, А.М. Алеевская
ГБОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им.акад. И.П. Павлова Минздрава России
390026, Россия, Рязань, ул. Высоковольтная, д.9

Подписаться на новые номера
Номер страницы
в журнале 94-97

В настоящее время распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы остается на высоком уровне, также велико количество заболеваний почек. В данном случае закономерно у большого числа пациентов развитие кардиоренального синдрома – это патофизиологическое расстройство сердца и почек, при котором острая или хроническая дисфункция одного из этих органов ведет к острой или хронической дисфункции другого. Для развития кардиоренального синдрома обычно требуется довольно продолжительное время, поэтому встречается он чаще всего у пациентов пожилого и старческого возраста. Существует несколько типов этого синдрома. В данной статье приведен случай развития наименее изученного кардиоренального синдрома по 4-му типу, который привел к Q-инфаркту миокарда у молодой женщины.

Ключевые слова: кардиоренальный синдром, инфаркт миокарда, хроническая болезнь почек
Seliverstova.dana@yandex.ru
Для цитирования: Селиверстова Д.В., Евсина О.В., Алеевская А.М. Клинический случай развития кардиоренального синдрома у молодой женщины. Consilium Medicum. 2016. 18 (10): 94-97.

The case of coronary artery disease and chronic glomerulonephritis of young woman

O.V Seliverstova, O.V Evsina, A.M Aleevskaya

I.P.Pavlov Ryazan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation 390026, Russian Federation, Riazan', ul. Vyskovoltnaya, d. 9

Nowadays the numbers of cardiovascular system diseases have been in high level and the kidney's diseases are spread widely too. In this case a lot of patients have development of cardiorenal syndrome. It is a pathophysiological heart and kidneys disorder, wherein acute or chronic dysfunctions the one of these organs lead to acute or chronic dysfunctions the other. The cardiorenal syndrome is the most common among the elderly, because it is a developing a long time. There are a few type of the syndrome. In this article we consider the least examined occurrence of cardiorenal syndrome in the 4 type, wich led to Q-myocardial infarction in young woman.

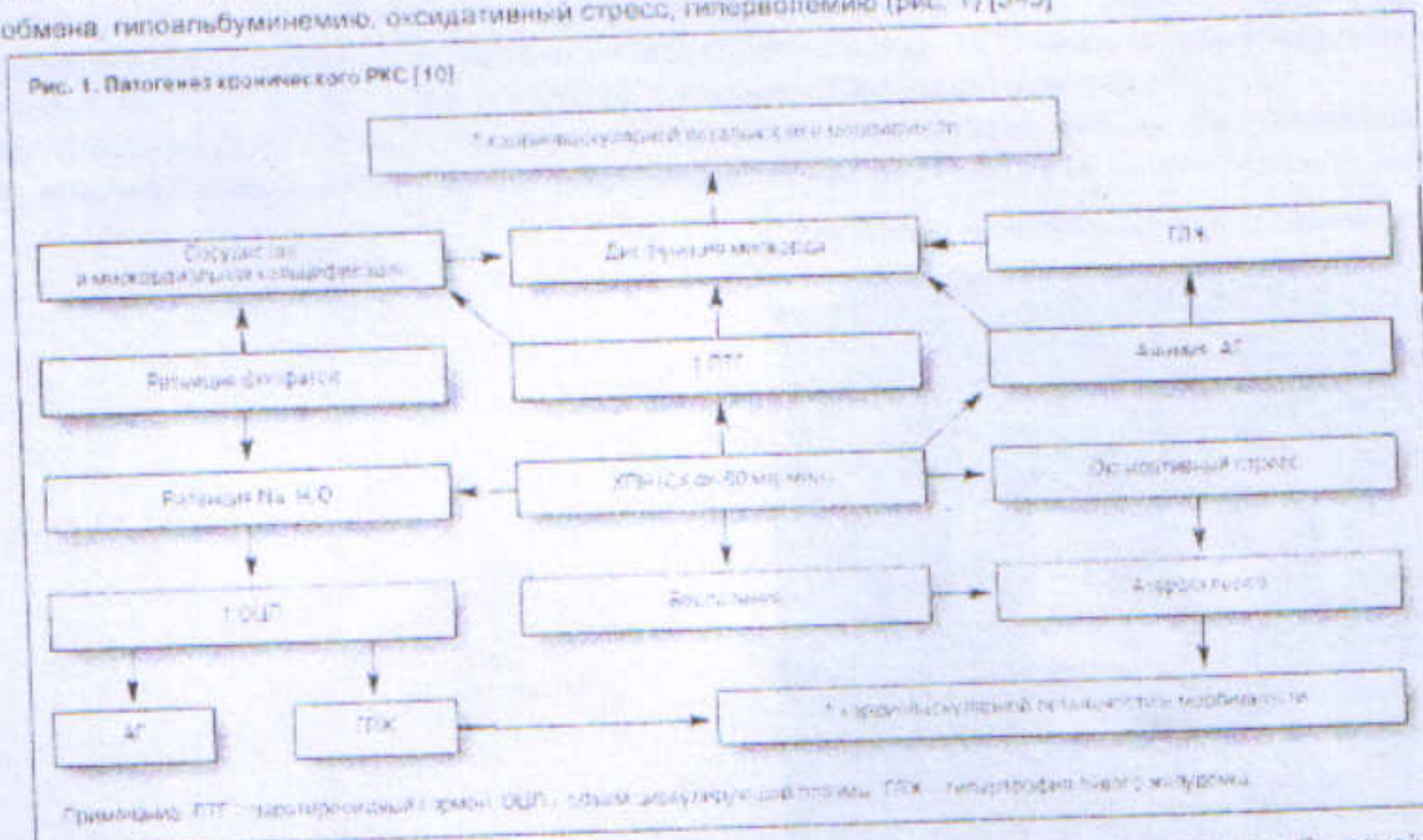
Key words: myocardial infarction, cardiorenal syndrome, chronic kidney disease
Seliverstova.dana@yandex.ru
For citation: Seliverstova D.V., Evsina O.V., Aleevskaya A.M. The case of coronary artery disease and chronic glomerulonephritis of young woman.
Consilium Medicum. 2016. 18 (10): 94-97.

Деятельность сердечно-сосудистой системы и почек неразрывно связана между собой, играя важную роль в регуляции артериального давления (АД), общего периферического сосудистого сопротивления, диуреза, объема циркулирующей крови, периферической перфузии внутренних органов и т.д. Нарушение функции одного органа ведет к функциональным нарушениям другого [1].

Для обозначения взаимного влияния сердечно-сосудистой системы и почек С.Ронсо и соавт. на Всемирном конгрессе нефрологов в 2007 г. представили определение и классификацию кардиоренального синдрома (КРС) – это патофизиологическое расстройство сердца и почек, при котором острая или хроническая дисфункция одного из этих органов ведет к острой или хронической дисфункции другого. Выделяют 5 типов КРС:

- 1-й (острый КРС) – резкое ухудшение функции сердца, ведущее к повреждению почек;
- 2-й (хронический КРС) – хронические нарушения кровообращения, вызывающие прогрессирующую почечную недостаточность;
- 3-й (острый ренокардиальный синдром – РКС) – резкое ухудшение функции почек, вызывающее острое нарушение работы сердца;
- 4-й (хронический РКС) – хроническое заболевание почек, вызывающее гипертрофию миокарда и/или увеличение риска осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы;
- 5-й (вторичный КРС) – системное заболевание, вызывающее дисфункцию как почек, так и сердца [2].

Механизм кардиальных поражений при хроническом РКС сложен, недостаточно изучен и включает в себя активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и симпатической нервной системы, нарушение кальциево-фосфатного и липидного обмена, гипоальбуминемию, оксидативный стресс, гиперволемию (рис. 1) [3-5].



В литературе широко освещено влияние патологии сердечно-сосудистой системы на развитие болезней почек, однако в меньшей степени изучено обратное воздействие, даже несмотря на неуклонный рост числа больных с хронической болезнью почек (ХБП) [6]. Под термином ХБП понимают существующее на протяжении более 3 мес заболевание почек с соответствующими изменениями в анализах мочи независимо от того, имеется снижение функции почек либо нет, или снижение функции почек – при уровнях скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин независимо от наличия

АРХИВ ЖУРНАЛА

2013 2014 2015 2016

ВЫБЕРИТЕ НОМЕР

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

РАСШИРЕННЫЙ ПОИСК ПО АРХИВУ

ЛЕЧЕБНЫХ ТРАВ
МНОГО, ИМЯ ОДНО



ФармаЦвет®

ЭПИСТАТ
ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ БРОНХИТАХ

Специально создан для борьбы с инфекцией для комплексного лечения острых бронхитов.
Устраняет воспаление, снимает бронхоспазм.
Финлепид снимает лекарственную зависимость.

www.epistat.ru
8 800 100 10 10 10
ЭПИСТАТ – это препарат нового поколения с уникальным составом.

facebook

Группа «Consilium Medicum»



Периодические издания
для врачей

Вступить в группу



Consilium Medicum

Интернет-версии ведущих
медицинских периодических изданий

23 742 подписчика

Подписаться на новости

Мы на Одноклассниках



Группа «Consilium Medicum»
периодические издания для
присоединиться

изменений в анализе мочи [7, 8]. Даже легкая ХБП (креатинин плазмы 124–200 мкмоль/л) независимо от других факторов риска и лечения ассоциируется с увеличением на 40% сердечно-сосудистой смертности, частоты развития инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта [9].

Несмотря на распространенность и сложность КРС, принято считать, что он поражает больных после 55 лет [11], но в клинической практике наблюдается и у молодых людей, что мало изучено [12]. Представляем клинический случай с данной патологией у пациентки молодого возраста.

Больная Х., 35 лет, поступила в кардиологическое отделение Рязанского областного клинического кардиологического диспансера (РО ОККД) 27.10.2015 с жалобами на общую слабость, умеренную одышку, единичные перебои в работе сердца.

Из анамнеза заболевания известно, что в 1984 г. перенесла острый гломерулонефрит с последующим исходом в нефротический вариант хронического гломерулонефрита. Биопсия почек не проводилась, морфологическая форма не уточнена. Отмечает обострение гломерулонефрита в среднем 1 раз в 2 года, постоянно принимает преднизолон. В августе 2015 г. отмечала жалобы на отеки голеней, головные боли, слабость, общую утомляемость, была госпитализирована по поводу обострения хронического гломерулонефрита, повышена доза преднизолона до 6 таблеток в сутки (30 мг). Около 3 лет страдает вторичной артериальной гипертензией (АГ): адаптивной АД 120/80 мм рт. ст., максимальное 150/100 мм рт. ст. (очень редко).

19.09.2015 – эпизод выраженных загрудинных давящих болей в покое, повышение температуры тела до 39 °С. Продолжительность болей до доставки в стационар – 36 ч. После вызова скорой медицинской помощи и снятия электрокардиограммы (ЭКГ) зарегистрирован подъем сегмента ST во II, III, aVF, V4–V6-отведениях, тропониновый тест резко положительный, креатининеза MB – 52 Е/л.

С 20.09.2015 госпитализирована в стационар ГБУ РО «Шилловская центральная районная больница». Во время госпитализации проведены следующие лабораторные и инструментальные методы обследования, в которых были выявлены патологические изменения.

- общий анализ крови – лейкоциты 13,410⁹/л, СОЭ – 70 мм/ч.
- общий анализ мочи – протеинурия >3 г/л, удельный вес >1030.
- биохимический анализ крови: аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 14 ммоль/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 82 ммоль/л, мочевины – 16 ммоль/л, креатинин – 162 мкмоль/л, холестерин – 5,36 ммоль/л, СКФ (по формуле СКД-EPI) – 35 мл/мин^{1,73м2}.

- ЭКГ: синусовый ритм, подъем сегмента ST во II, III, V4–V6-отведениях с положительной динамикой на фоне лечения.
- Рентгенография органов грудной клетки – бронхопневмония 20.09.2015, в динамике без очаговых теней в легких.
- Эхокардиография (ЭхоКГ) – атеросклероз аорты, акинезия нижнебоковой локализации, кальциноз аортального клапана (АК), митрального клапана (МК). Недостаточность АК 1–2-й степени.

Пациентке было проведено лечение цефтриаксоном, метронидазолом, эноксаприном натрия, клопидогрелом, ацетилсалициловой кислотой (АСК), Бронхолитином, Дексеном, Нитросорбидом, лизиноприлом.

05.10.2015 женщина была выписана с диагнозом: основной – ишемическая болезнь сердца: Q-ИМ нижней стенки ЛЖ от 19.09.2015.

Фоновое: хронический гломерулонефрит, нефротический вариант, стадия ремиссии, ХБП С35 стадии А3. Вторичная АГ 3-й степени, риск очень высокий.

Осложнение: хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIА стадия, II функциональный класс (ФК). Бронхопневмония. Дыхательная недостаточность 1-й степени.

Рекомендованы: диета с ограничением поваренной соли, жиров, углеводов. Двигательный режим – ходьба в среднем темпе 500 м в день, регулярный прием препаратов: клопидогрел 75 мг в день, АСК 100 мг в день, бромгексин 8 мг 2 раза в день, Нитросорбид 10 мг 3 раза в день, лизиноприл 5 мг 2 раза в день, бисопролол 2,5 мг утром, симвастатин 10 мг в день, наблюдение участкового терапевта, консультация нефролога областной клинической больницы Рязани, консультация кардиолога РО ОККД.

После госпитализации больную стали часто беспокоить боли в области сердца давящего характера, перебои в работе сердца, умеренная одышка. 21.10.2015 она обратилась к участковому терапевту – дано направление на госпитализацию в РО ОККД с диагнозом «прогрессирующая стенокардия». Пробошки желудочковой тахикардии (холтеровское мониторирование ЭКГ от 19.10.2015): ХСН IIА, ФК II.

Хронический гломерулонефрит, ХБП С35 стадии А3. Вторичная АГ 3-й степени, риск очень высокий.

Из анамнеза жизни известно, что наследственность не отягощена. Наличие вредных привычек отрицает. Отмечает сухой кашель при приеме ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Гинекологический анамнез: беременностей и родов не было, менструальный цикл регулярный, оральные контрацептивы не принимает.

При поступлении состояние удовлетворительное. Рост – 165 см, масса тела – 87 кг, индекс массы тела – 32 кг/м², ожирение. Отеки голеней и стоп. Пальпация грудной клетки безболезненная. Перкуторно звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений – 16 в минуту. При пальпации верхушечный толчок в V межреберья по среднеключичной линии. АД – 100/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – ЧСС 72 уд/мин.

Аускультативно определяется ослабление I тона сердца, систолический шум на верхушке. Язык чистый, живот обычной формы, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное, почки не пальпируются, симптом поколачивания по поясничной области – отрицательный с обеих сторон.

Обследование: ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 80 уд/мин, рубцовые изменения в миокарде нижнебоковой стенки ЛЖ. Общий анализ крови: анемия (гемоглобин – 90 г/л), ускорение СОЭ до 85 мм/ч. Общий анализ мочи – протеинурия более 3,0 г/л, лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндрурия. Биохимический анализ крови – гипопроteinемия (49,9 г/л), выраженная гиперхолестеринемия (до 17,64 ммоль/л), липопротеиды низкой плотности (до 5,71 ммоль/л), липопротеиды высокой плотности в пределах нормы (1,31 ммоль/л), гипертриглицеридемия (до 13,71 ммоль/л), ревматоидный фактор – 21,1 ммоль/л, АЛТ – 10,7 Е/л, АСТ – 18,8 Е/л, СКФ 94–114 мл/мин^{1,73м2} (по формуле СКД-EPI).

При проведении ЭхоКГ (27.10.2015) выявлены зоны гипокинезии задней, боковой стенок, акинезия верхушки ЛЖ. Дилатация полости левого предсердия (4,43 см), ЛЖ (конечный диастолический размер 5,9 см, конечный систолический размер 4,3 см).

Рис. 2. ЭхоКГ пациентки Х. (27.10.2015). Тромб в полости ЛЖ.



Снижение сократимости миокарда ЛЖ (фракция выброса 52%). Пристеночный тромб в области верхушки ЛЖ (рис. 2). Умеренная гипертрофия межжелудочковой перегородки (толщина межжелудочковой перегородки 1,18 см). Недостаточность МК (регургитация 3-й степени), АК (регургитация 3-й степени). При мониторировании ЭКГ по Холтеру (05.11.2015) в течение 22 ч 15 мин зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС 53–111 уд/мин, на фоне которого выявлены следующие нарушения ритма: 837 одиночных желудочковых экстрасистол, эпизоды би-

тригеминии, 1 парная желудочковая экстрасистола, 1 эпизод неустойчивой желудочковой тахикардии, 65 одиночных наджелудочковых экстрасистол, 8 парных наджелудочковых экстрасистол, 14 эпизодов неустойчивой наджелудочковой тахикардии.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, данных лабораторно-инструментального обследования поставлен диагноз:

- Основной: ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз (сентябрь 2015 г.). Пристеночный тромб в ЛЖ.
- Недостаточность МК (регургитация 3-й степени), АК (регургитация 3-й степени), Дислипидемия.
- Фоновое: хронический гломерулонефрит, нефротический вариант в стадии нестойкой ремиссии, леченный глюкокортикоидами, с сохраненной функцией почек, ХБП G1 стадии, АЗ. Вторичная АГ 3-й степени, риск высокий.
- Осложнение: ХСН IIA, ФК II. Политопная экстрасистолия.
- Сопутствующий: вторичная анемия (средняя степень), Ожирение 1-й степени.

Проведено лечение: перорально – валсартан (40 мг/сут), бисопролол (2,5 мг/сут), спиронолактон (50 мг/сут), АСК (75 мг/сут), клопидогрел (75 мг/сут), atorvastatin (40 мг/сут); внутривенно – раствор калия хлорида 0,9% 200,0 №5, подкожно – эноксапарин 0,8 мг 2 раза в день №7.

На фоне терапии боли за грудиной и перебои в работе сердца не беспокоили, уменьшились отеки голеней и стоп, одышка при физической нагрузке.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдением кардиолога и нефролога по месту жительства. Рекомендован прием лекарственной терапии: перорально этаквизин (75 мг/сут), бисопролол (2,5 мг/сут), олмесартан (5 мг/сут), торасемид (5 мг утром), варфарин (5 мг/сут), клопидогрел (75 мг/сут), АСК (75 мг/сут), atorvastatin (20 мг/сут).

В декабре 2015 г. больная отмечала улучшение общего состояния, жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы не было, на ЭхоКГ – тромб в полости ЛЖ не обнаружен.

Представленный клинический случай ярко иллюстрирует коморбидность сердечно-сосудистой и почечной патологией у молодой женщины с сохраненной менструальной функцией. В литературе широко описаны факторы риска развития ИМ и нарушения функции почек [13, 14], у нашей пациентки из них отмечались АГ, ожирение, значительное повышение в крови уровня общего холестерина и триглицеридов. Самый большой вклад в развитие сердечно-сосудистого заболевания внес хронический гломерулонефрит, длительно леченный глюкокортикоидами [15], который, вероятно, и являлся причиной перечисленных факторов риска. Пациентке мы рекомендовали строго соблюдать назначенное лечение (как по изменению образа жизни, так и лекарственной терапии), регулярно проходить обследование у специалистов. Учитывая широкое распространение ХБП у населения, необходимо тщательное совместное наблюдение нефролога и кардиолога за данной группой пациентов для своевременного предотвращения возможных сердечно-сосудистых катастроф (контроль АД, липидного спектра).

У авторов статьи конфликт интересов отсутствует.
Статья публикуется без спонсорской помощи.

[Скрыть список](#)

Список используемой литературы

1. Гарсиа-Донаира Ж.А., Руилопе Л.М. Кардио-васкулярно-ренальные связи в кардиоренальном континууме. *Нефрология*. 2013; 17 (1): 11–9. / Garsia-Donaire Zh A., Ruilope L. M. Kardio-vaskularno-renalnye svyazi v kardiorenal'nom kontinuuime. *Neфрология*. 2013; 17 (1): 11–9. [in Russian]
2. Ronco C, House AA, Haario M. Cardiorenal syndrome: refining the definition of a complex symbiosis gone wrong. *Intensive Care Med* 2008; 34: 957–62.
3. Ronco C, Haario M, House AA et al. Cardiorenal syndrome. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 1527–39.
4. Berl T, Henrich W. Kidney-heart interactions: epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1: 818.
5. Schiffrin EL. Chronic kidney disease: effects on the cardiovascular system. *Circulation* 2007; 116: B597.
6. Смирнов А.В., Шилов Е.М., Добронравов В.А. и др. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению. *Нефрология*. 2012; 4: 4–26. / Smirnov A.V., Shilov E.M., Dobronravov V.A. i dr. Natsional'nye rekomendatsii. Khronicheskaya bolezn' pochek: osnovnyye printsiipy skrininga, diagnostiki, profilaktiki i podkhody k lecheniu. *Neфрология*. 2012; 4: 4–26. [in Russian]
7. Levey AS, Andreoli SP, DuBoise T et al. Chronic kidney disease: common, harmful and treatable – world kidney day 2007. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007; 2: 401–5.
8. Samak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC et al. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease. *Circulation* 2003; 108: 2154–59.
9. Mann JF, Gerstein HC, Pogue J et al. Renal insufficiency as predictor of cardiovascular outcomes and the impact of Ramipril: The HOPE Randomized Trial. *Ann Intern Med* 2001; 135: 629–36.
10. Дядык А.И. Кардиоренальные и ренокардиальные синдромы. *Сердцева недостатність*. 2009; 2: 10–9. / Diadyk A.I. Kardiorenal'nye i renokardial'nye sindromy. *Sertseva nedostatnist'*. 2009; 2: 10–9. [in Russian]
11. Жданова Т.В., Карпухина М.Н., Назаров А.В. и др. Частота встречаемости хронической болезни почек у кардиологических пациентов (материалы когортного ретроспективного исследования). *Печальный врач*. 2016; 2. / Zhdanova T.V., Karpukhina M.N., Nazarov A.V. i dr. Chastota vstrechaemosti khronicheskoi bolezn'i pochek u kardiologicheskikh patsientov (materialy kogortnogo retrospektivnogo issledovaniia). *Lechashchiy vrach*. 2016; 2. [in Russian]
12. Белялов Ф.И. Диагностика и лечение ишемической болезни сердца при хронической почечной недостаточности (обзор). *Клин. медицина*. 2010; 10: 8. / Belalov F.I. Diagnostika i lechenie ishemicheskoi bolezn'i serdtsa pri khronicheskoi pochechnoi nedostatocchnosti (obzor). *Klin. meditsina*. 2010; 10: 8. [in Russian]
13. Филиппов Е.В. Мониторинг поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в 2014 году. *Рос. медико-биологич. вестн. им. акад. И.П. Павлова*. 2015; 1: 72–83. / Filippov E.V. Monitoring povedencheskikh faktorov riska khronicheskikh neinfektsionnykh zabolovaniy v 2014 godu. *Ros. mediko-biologich. vestr. im. akad. I.P. Pavlova*. 2015; 1: 72–83. [in Russian]
14. Фомин В.В., Гирина С.С. Статины и хроническая болезнь почек: «точки роста» для расширения показаний. *Consilium Medicum*. 2010; 5: 105–9. / Fomin V.V., Girina S.S. Statiny i khronicheskaya bolezn' pochek: «tochki rosta» dlia rasshireniia pokazanii. *Consilium Medicum*. 2010; 5: 105–9. [in Russian]
15. Зотова Л.А., Петров В.С. Нестероидные противовоспалительные препараты в современной клинической практике: фокус на безопасность. *Наука молодых – Eruditio Juvenum*. 2015; 1: 25–30. / Zotova L.A., Petrov V.S. Nesteroidnye protivovospalitel'nye preparaty v sovremennoi klinicheskoi praktike: fokus na bezopasnost'. *Nauka molodykh – Eruditio Juvenum*. 2015; 1: 25–30. [in Russian]

9 сентября 2016

0 В избранное 0 Количество просмотров: 33

[Предыдущая статья](#)

[Следующая статья](#)