УДК 616.61:616.379-008.64-092-085:616.155.33

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ У СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Г. В. Лісова

Харківський національний медичний університет

Вступ

В останній час досить часто хронічний гломерулонефрит (ХГН) асоціюється з високим ризиком розвитку серцево-судинної патології, в тому числі, ішемічної хвороби серця (ІХС) [1,3]. Пацієнти з порушеннями функції нирок значно частіше вмирають від гострої ішемії міокарда, ніж від термінальної ниркової недостатності [6]. За рішеннями Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (2003) ХГН визнається як фактор ризику ІХС [2,4]. Разом з тим механізми, які приймають участь в прискоренні розвитку атеросклерозу та приводять до серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з хворобами нирок, вивчені недостатньо. У зв'язку з цим, важливе значення має дослідження факторів ризику, що впливають на виникнення, клінічні прояви й прогноз серцево-судинних захворювань [4]. Актуальність цієї проблеми з кожним роком зростає через збільшення числа пацієнтів із нирковою недостатністю, особливо літнього віку.

Високу частоту поєднання ХГН та серцево-судинних захворювань пов'язують із спільними факторами ризику, такими як атеросклероз, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет і літній вік [1,5]. Окрім традиційних, у хворих на ХГН є ряд інших факторів ризику розвитку атеросклерозу, таких як запалення, оксидативний стрес, зниження біодоступності оксиду азоту та ремоделювання судин [6].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до науково-дослідної роботи відділу нефрології ДУ "Інститут терапії ім. акад. Л.Т. Малої НАМН України" "Виявити особливості розвитку ате-

росклерозу у хворих на хронічний гломеруло- та пієлонефрит з урахуванням функціонально-морфологічних чинників ендотелію і розробити методи їх лікування та профілактики ускладнень" (№ держреєстрації 0109U001126).

Метою дослідження було визначення особливостей клінічного перебігу хронічного гломерулонефриту у сполученні з ішемічною хворобою серця.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом перебувало 62 хворих з ХГН у сполученні з ІХС, середній вік яких становив 48,3 ± 0,9 років, з них 27 (43,6%) чоловіків та 35 (56,4%) жінок. Дослідження виконані згідно міжнародних стандартів щодо погодженої участі обстежених, етичної складової виконання досліджень та взяття біоматеріалу. Пацієнти з хронічним пієлонефритом, ендокринною патологією, гематологічними, інфекційними, онкологічними захворюваннями, цукровим діабетом в дослідження не включалися.

Верифікація ХГН виконували згідно з класифікацією, запропонованою ДУ "Інститут нефрології НАМН України" узгодженою МКХ-10 та прийнятою II національним з'їздом нефрологів України (Харків, 2005). Стадії хронічної ниркової недостатності визначалися відповідно до швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), яку розраховували за формулою Кокрофта-Голта:

для чоловіків [1,23х[(140 - вік (роки)х маса тіла (кг)]]/ [креатинін крові (мкмоль/л)]; (норма 100-150 мл/хв);

для жінок [1,05х[(140 - вік (роки))х маса тіла (кг)]]/ креатинін крові (мкмоль/л); (норма 85-130 мл/хв).

Діагноз ІХС було встановлено відповідно до класифікації, затвердженої 6-м Національним Конгресом кардіологів (2001) і включеною до МКБ 10. При визначенні функціонального класу стенокардії користувалися класифікацією Канадської асоціації кардіологів. У діагностичному процесі використовували стандартні методи розпитування хворого (скарги, анамнез захворювання) та об'єктивного, лабораторного і інструментального обстеження.

Отримані результати та їх обговорення

В анамнезі у 20 (32,2%) хворих з коморбідною патологією відмічався перенесений інфаркт міокарда. Синдром артеріальної

гіпертензії впродовж від кількох місяців до 20 років відмічали 100% хворих; протеїнурію від декількох місяців до 10 років - 60,4 %. Тривалість ХГН, за даними анамнезу, коливалась від 4 до 23 років, ІХС - від 3 до 10 років. Усі хворі дотримувались дієти та приймали препарати у дозах, що забезпечували компенсацію або субкомпенсацію артеріального тиску та достатню кількість препаратів для профілактики приступів стенокардії.

Хворі на ХГН у сполученні з ІХС пред'являли скарги на стискаючий біль в області серця та за грудиною впродовж 10-15 хвилин - 33 (53,2 %) особи, головний біль - 51 (82,2 %), запаморочення - 34 (54,8 %), задишку - 32 (51,6 %), набряки гомілок - 51 (82,2%), слабкість та підвищену стомлюваність - 33 (53,2 %) обстежених.

При об'єктивному обстеженні у всіх хворих з ХГН у сполученні з ІХС встановлено розширення границь відносної серцевої тупості вліво та акцент II тону над аортою. Систолічний артеріальний тиск (САТ) в середньому складав (170,9 ± 3,9) мм рт. ст.; діастолічний (ДАТ) - (102,7 ± 2,3) мм рт. ст. При цьому у чоловіків САТ в середньому складав (177,6 ± 3,6) мм рт. ст., ДАТ - (103,5 ± 2,6) мм рт. ст.; у жінок (165,6 ± 4,8) мм рт. ст. та (102,0± 3,5) мм рт. ст. відповідно; набряки нижніх кінцівок відмічалися у 48 (77,4%) пацієнтів.

При вивченні клінічного аналізу крові у 22 (35 %) хворих мала місце анемія, у 26 (42 %) -підвищення ШОЕ.

В клінічному аналізі сечі відносна щільність в середньому становила 1012,3±0,7, при цьому у чоловіків - 1013,2 1,0, у жінок - 1011,5±1,0, протеїнурія спостерігалась у 39 (62,9 %) хворих, циліндрурія - у 33 (53,2 %) осіб. Під час дослідження сечового осаду лейкоцитурія та еритроцитурія не перевищували фізіологічних значень.

При дослідженні функції нирок ШКФ у цілому була нижче 90 мл/хв. та становила 47,3 ± 3,5 мл/хв., у чоловіків в середньому складала 56,1 ± 5,6 мл/хв., у жінок - 40,4 ± 4,3 мл/хв. Рівень креатиніну становив в середньому 169,7±13,1 мкмоль/л, в тому числі у чоловіків - 146,9±13,9 мкмоль/л, у жінок - 186,8±20,1 мкмоль/л, сечовини - 11,2±1,7 ммоль/л, в тому числі у чоловіків - 11,4±2,7 ммоль/л, у жінок - 11,0±1,0 ммоль/л.

Дослідження ліпідного спектру крові показало, що рівень загального холестерину був підвищений та складав в середньому 5,4±0,2 ммоль/л, в тому числі у чоловіків - 5,6±0,3 ммоль/л, у жінок - 5,2±0,2 ммоль/л, тригліцеридів в середньому дорівнював 1,8±0,2 ммоль/л, при цьому у чоловіків - 1,9±0,3 ммоль/л, у жінок - 1,6±0,2 ммоль/л, ліпопротеїдів дуже низької щільності - 0,8±0,1 ммоль/л, при цьому у чоловіків 0,9±0,1 ммоль/л, у жінок - 0,7±0,1 ммоль/л.

При проведенні електрокардіографічного дослідження у 41 (66,1%) хворого було виявлено порушення ритму у вигляді тахікардії та брадикардії, екстрасистолії, у 100% - ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. При рентгеноскопії зміни у вигляді гіпертрофії лівого шлуночка серця виявлялися в усіх хворих. Під час ехосоноскопії дифузні зміни паренхіми нирок у вигляді підвищення ехощільності спостерігались у 46 (74,2%) хворих, розширення мисок та мікроліти - у 43 (69,4%) хворих.

У хворих з ХГН у сполученні з ІХС товщина комплексу інтима-медіа у сонних артеріях дорівнювала 0,080 ± 0,002 мм, що свідчило про наявність атеросклеротичних змін.

Висновки

1. У хворих з хронічним гломерулонефритом у сполученні з ішемічною хворобою серця в клінічній картині мали місце стенокардитичний синдром, синдром артеріальної гіпертензії, а також відмічалися високі показники протеїнурії, зміни ліпідного обміну та товщини комплексу інтима-медіа сонних артерій.

2. В подальшому ми плануємо вивчати імунологічні показники у хворих з коморбідною патологією.

Література

1. Горбась І.М. Популяційні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України / І.М. Горбась, І.П. Смірнова // Український кардіологічний журнал. - 2006. - Спеціальний випуск. - С.44-48.

2. Никула Т.Д. Хронічна ниркова недостатність / Т.Д. Никула. - Київ: Задруга, 2001.-516 с.

3. Основи нефрології / за ред. проф. М.О. Колесника.- Київ, 2008. - 399 с.

4. Ромаданова О.І. Клінічні особливості хворих з первинним гломерулярним ураженням на різних стадіях хронічної хвороби нирок / О.І. Ромаданова // Український журнал нефрології та діалізу.-2010.-№3(27).-С. 50-54.

5. Boo Y. C. Flow-dependant regulation of endothelial nitric oxide syntase: role of proteinkinases / Y.C.Boo, H.Jo // Am. J. Physiol. Cell. Physiol. - 2003. - Vol. 285. - P. 499-9. 508.

6. Vaughan C.J. Statins do more, than lower cholesterol / C.J.Vaughan, M.B.Murphy, B.M.Buckley // Lancet. - 2004. - Vol. 378. - P. 1072-1079.

Резюме

Лісова Г. В. *Клінічні особливості перебігу хронічного гломерулонефрита у сполученні з ішемічною хворобою серця.*

У статті наведені дані обстеження 62 хворих на хронічний гломерулонефрит у сполученні з ішемічною хворобою серця, у яких особливостями клінічного перебігу були стенокардитичний синдром, синдром артеріальної гіпертензії, а також високі показники протеїнурії, зміни ліпідного обміну та товщини комплексу інтима-медіа сонних артерій.

Ключові слова: хронічний гломерулонефрит, ішемічна хвороба серця, клініка.

Резюме

Лисовая А.В. *Клинические особенности течения хронического гломерулонефрита в сочетании с ишемической болезнью сердца.*

В статье приведены данные обследования 62 больных с хроническим гломерулонефритом в сочетании с ишемической болезнью сердца, у которых особенностями клинического течения были стенокардитический синдром, синдром артериальной гипертензии, а также высокие показатели протеинурии, нарушения липидного обмена и толщины комплекса интима-медиа сонных артерий.

Ключевые слова: хронический гломерулонефрит, ишемическая болезнь сердца, клиника.

Summary

Lisova G. V. *Clinical features of current of chronic glomerulonephritis in combination with ischemic heart diseases.*

In the article inspection of 62 patients with chronic glomerulonephritis in combination with ischemic heart diseases are resulted. They had the features of clinical current: syndrome of stenocardia, syndrome of arterial hypertension, and also high indexes of proteinouria, change of lipid exchange and thickness of complex of intim-medias of carotids.

Key words: chronic glomerulonephritis, ischemic heart diseases, clinic.

Рецензент: д.мед.н., проф.Ю.Г.Бурмак