

Клиническая демонстрация

На тему:

«Хроническая болезнь почек
(хроническая почечная
недостаточность)»

Паспортные данные

- Пациент Л.
- Дата рождения 1936 (полных лет 76)
- ПМО
- Дата поступления 15.11.2012 г.

Жалобы

- Слабость, повышенная утомляемость
- Боли в костях, мышечная слабость
- Тошнота, одышка, одутловатость лица
- Тяжесть в поясничной области, одутловатость и пигментация лица, сухость кожи, кожный зуд
- Склонность к носовым кровотечениям
- Головная боль, нарушение памяти
- Нарушение чувствительности нижних конечностей
- Перебои в работе сердца, склонность к артериальной гипертензии

Анамнез

- Считает себя больным на протяжении 25 лет, когда впервые при стационарном обследовании был диагностирован светлоклеточный рак правой почки и проведена ее резекция. Через 5 лет после оперативного вмешательства выявлена гипертоническая болезнь, по поводу которой пациент регулярно принимал антигипертензивные препараты, однако заболевание носило прогрессирующий характер, несмотря на многокомпонентную терапию сохранялась артериальная гипертензия. Указанные жалобы наблюдаются на протяжении 2 лет, регулярно проходит лечение в терапевтических клиниках ВМедА с кратковременным положительным эффектом.

ОБСУЖДЕНИЕ жалоб и анамнеза

- **ОБСУЖДЕНИЕ жалоб и анамнеза:**

При анализе *жалоб* важно обратить внимание на стёртость клинической картины и появление симптомов при далеко зашедших стадиях заболевания. Целесообразно уточнение факта наличия поражения почек в анамнезе у пациента и у ближайших родственников, фоновых заболеваний (АГ, ДБСТ, СД, дислипидемия) и длительного приема потенциальных нефротоксикантов, особенностей диеты, вредных привычек (курения).

- **Важно запомнить:**

Диагноз ХБП правомочен при наличии клинических симптомов почечного повреждения на протяжении не менее 3 месяцев. Основной причиной развития ХБП в РФ являются: хронический гломерулонефрит (до 40%), тубулоинтерстициальные нефропатии (15-20%), сахарный диабет 2 типа (15%)

Объективный статус и его обсуждение

Состояние удовлетворительное, прогностически тяжелое. Сознание ясное, речь замедлена. Нормостеник. Удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, чистые. Лицо одутловатое. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,5°C. Костно-мышечная система без видимой патологии. Отеков нет. Пульс 80 ударов в 1 мин., ритмичный. АД 170/110 мм рт. ст. Прекардиальная область визуально не изменена. Пальпаторно патологических пульсаций не определяется, верхушечный толчок обычных свойств. Перкуторно расширение левой границы сердца. Аускультативно тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум над верхушкой без проведения в другие анатомические области. Перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 17 в 1 мин. В правой поясничной области послеоперационный рубец 15 см. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области болезненное слева. Мочеиспускание свободное.

ОБСУЖДЕНИЕ объективного статуса:

- Прогностическая тяжесть состояния пациента обусловлена наличием почечной патологии в сочетании с артериальной гипертензией.
- Бледность кожного покрова может свидетельствовать о возможной анемии
- Одутловатость лица, выраженное повышение диастолического АД свидетельствуют об увеличении периферического сосудистого сопротивления и гиперволемии.
- Боль и тяжесть в поясничной области указывают на патологические изменения единственной почки.

Таким образом, полученные при исследовании объективного статуса данные свидетельствуют о наличии у пациента взаимоотношающегося состояния – кардиоренального синдрома.

Лабораторные исследования

- Анализ периферической крови: гемоглобин 93 г/л, эритроциты $3,02 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $8,2 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерных 69%, моноцитов 3%, базофилов 1%, тромбоцитов $150 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 15 мм/час.
- Биохимический анализ крови: общий билирубин – 12,8 мкмоль/л, общий белок 54,3 г/л, АЛТ 39 ед/л, АСТ 35 ед/л, креатинин 260 мкмоль/л, мочевины 9,1 ммоль/л, холестерин 8,8 ммоль/л, триглицериды 2,7 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, К 5,6 ммоль/л, Na 146 ммоль/л.
- Анализ мочи: относительная плотность – 1001, белок – 0,5 г/л, эритроциты 3-5 в п/зр, лейкоциты 3-4 в п/зр., кетоновые тела не выявлены
- Проба Зимницкого: суточный диурез 2,5 л, дневной диурез 1,6 л, ночной – 0,9 л, отсутствуют колебания суточной плотности мочи.
- СКФ EPI 20 мл/мин
- Суточная микроальбуминурия: 170 мг

Инструментальные исследования

- Рентгенография органов грудной клетки – диффузный пневмофиброз, расширение тени сердца за счет левого желудочка.
- ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС – 86 уд в 1 мин., ЭОС отклонена влево, диффузные изменения реполяризации и признаки гипертрофии левого желудочка.
- Суточное ЭКГ-мониторирование: За весь период наблюдения синусовый ритм с ЧСС 78-105-82. Зарегистрировано 862 желудочковых и 516 наджелудочковых экстрасистол. Ишемических изменений сегмента ST не выявлено.
- ЭхоКГ: ЗСЛЖ 11,8 мм, МЖП – 12 мм, ЛЖ – 52 мм, ПЖ – 18,7 мм, ЛП – 49*46*55 мм, АО – 30,6 мм, АК – 22,4 мм, ФВ 47 % (↓), ФУ – 23 % (↓). Систолическая дисфункция левого желудочка. Диастолическая дисфункция псевдонормального типа. Миокард утолщен, полости сердца не расширены, кинетика миокарда сохранена. Митральная и трикуспидальная регургитация II степени, клапаны уплотнены. Перикард без особенностей.
- УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Желчный пузырь и селезенка без особенностей. Правая почка отсутствует, ЧЛС левой почки расширена, корковое вещество значительно истончено.

ОБСУЖДЕНИЕ лабораторных и инструментальных исследований

1. Клинический анализ крови: признаки анемии, тромбоцитопении, умеренное ускорение СОЭ – косвенные признаки угнетения гемопоэза.
2. Общий анализ мочи: гипостенурия, наличие следов белка, лейкоцитов и эритроцитов свидетельствует о наличии мочевого синдрома
3. Биохимия крови: гипопропротеинемия, дислипидемия, повышение уровня креатинина, мочевины и калия указывает на тяжелое почечное повреждение
4. Проба Зимницкого: никтурия, изостенурия
5. По данным рентгенографии отмечается увеличение левого желудочка
6. При суточном ЭКГ-мониторировании патологическое количество желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма
6. Эхокардиография подтверждает вовлечение сердца в патологический процесс: гипертрофия, нарушение диастолической и систолической функции левого желудочка.
7. УЗИ органов брюшной полости и почек: нарушение структуры единственной левой почки

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам лабораторно-инструментальных данных больного можно выделить поражение нескольких важнейших систем:

1. Мочеполовая – отсутствие правой почки, нарушение структуры и функции единственной левой почки.
2. Сердечно-сосудистая – гипертрофия, нарушение расслабления и сократимости левого желудочка, повышение эктопической активности.
3. Кроветворная – анемия, тромбоцитопения

Факторы риска (немодифицируемые)

- Пожилой возраст
- Мужской пол
- Раса
- Врожденная олиgoneфрония
- Низкая МТ при рождении
- Генетические факторы (в т.ч., семейный анамнез по ХБП)

Факторы риска (модифицируемые)

- Диабет
- Артериальная гипертензия
- Аутоиммунные заболевания
- Хроническое воспаление/системные инфекции
- ИМП, МКБ, обструкция МП
- Лекарственная токсичность
- Высокобелковая диета
- Дислипидемия
- Беременность
- Ожирение/метаболический синдром
- Табакокурение

Формулировка диагноза

- *Мочекаменная болезнь. Конкременты правой почки. Вторичная нефропатия смешанного (атеросклеротического, гипертонического) генеза. ХБП 5 стадии (СКФ 11,2 мл/мин/1,73 м²). Хроническая нормохромная анемия смешанного (нефрогенного, паранеопластического генеза) средней степени тяжести. Первичный множественный рак почек. Левосторонняя нефрэктомия в 2000 г. Аденокарцинома предстательной железы T1N0M0. Истинная гинекомастия.*
- **Фоновое заболевание:** *Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 1 степени → нормотензия. Риск ССО крайне высокий.*

Алгоритм диагностического поиска

- Альбуминурия/протеинурия – стойкое повышение экскреции с мочой более 10 мг/сутки.
- Стойкий мочево́й синдром
- Изменения почек – аномалии развития, кисты, гидронефроз, изменения размеров.
- Изменения крови, мочи – электролиты, КОС, тубулярные дисфункции
- Стойкое (более 3 месяцев) снижение СКФ менее 60 мл/мин.
- Данные биопсии – изменения морфологии (хронизация).

Лечение пациента

- Диета с ограничением соли и белка
- Регулярный прием антигипертензивных препаратов с нефропротективными свойствами – иАПФ, АРА
- Статины
- Уросептики, диуретики
- Подготовка к началу заместительной почечной терапии – консультация врача отделения гемодиализа, формирование фистулы

Обоснование и современные принципы медикаментозного и немедикаментозного лечения

- Лечение основного заболевания (заболевания почек)
- Замедление прогрессирования ХБП

Нефропротекция: снижение АД, нормализация гликемии, липидного спектра

- Все пациенты ХБП должны получать диету с ограничением белка, соли.
- Всем пациентам с ХБП при наличии АУ/ПУ: иАПФ/БРА, нд-БКК, независимо от уровня АД, большинству – диуретики
- Все пациенты должны получать статины.
- Коррекция анемии (Hb менее 130 г/л у мужчин, менее 120 г/л у женщин) - при Hb менее 110-100 г/л показано лечение препаратами эритропоэтина. Целевой уровень Hb – не ниже 120 г/л, особенно при ССЗ и СД.
- Отказ от курения

Кардиопротекция: снижение АД, лечение ГЛЖ

- АГ: целевое АД при ХБП 1-2 ст. – не выше 130/85; ХБП 3 – 5 ст. - не выше 130/80 мм, при наличии протеинурии – не выше 125/75 мм.

Ранняя коррекция дисметаболизма: электролиты, коррекция метаболического синдрома, белок, анемия

Подготовка и проведение заместительной почечной терапии

- Трансплантация почки

Дифференциальный диагноз поражения почек

Признаки	ХБП	ОПН
Анамнез заболевания	Обычно длительный, не менее 3 месяцев	Развивается в течение нескольких дней после воздействия повреждающего фактора
Количество выделяемой мочи	На ранних стадиях нормальное или полиурия	Олиго-, анурия
Относительная плотность мочи	Снижена	Повышена
Характер артериальной гипертензии	Постоянная	Транзиторная (чаще в анурическом периоде)
Увеличение креатинина	Постепенное	Резкое
Размер почек	Уменьшение	Нормальные или увеличенные
Прогноз (обратимость)	Финальная стадия, необратима	Возможно полное восстановление функции