

9. Seroprevalence of antibodies against SARS-CoV-2 among health care workers in a large Spanish reference hospital / A. L. Garcia-Basteiro, G. Moncunill, M. Tortajada [et al.] // Nature communications. – 2020. – Vol. 11. – No. 1. – P. 3500.
10. SARS-CoV-2 infection in 86 healthcare workers in two Dutch hospitals in March 2020 / M. Kluytmans, M. F. Buiting, A. G. Pas [et al.] // MedRxiv. – 2020. – No 3. – P. 1
11. COVID-19 in health-care workers in three hospitals in the south of the Netherlands: a cross-sectional study / R. S. Sikkema, S. D. Pas, D. F. Nieuwenhuijse [et al.] // The Lancet Infectious Diseases. – 2020. – Vol. 20. – No. 11. – C. 1273-1280.
12. Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the COVID-19 pandemic / E. Driggin, M. V. Madhavan, B. Bikdeli [et al.] // Journal of the American College of cardiology. – 2020. – Vol. 75. – No. 18. – P. 2352-2371.
13. Сравнительная оценка рисков инфицирования SARS-CoV-2 у работников медицинских организаций крупного промышленного города в период пандемии / С. С. Смирнова, И. А. Егоров, Н. Н. Жуйков [и др.] // Анализ риска здоровью. – 2022. – №. 2. – С. 139-150.
14. Prevalence of SARS-CoV-2 infection in previously undiagnosed health care workers at the onset of the US COVID-19 epidemic / E. S. Barrett, D. B. Horton, J. Roy [et al.] // BMC infectious diseases. – 2020. – Vol. 20. – P. 1-10.
15. Symptom screening at illness onset of health care personnel with SARS-CoV-2 infection in King County, Washington / E. J. Chow, N. G. Schwartz, F. A. Tobolowsky, [et al.] // Jama. – 2020. – Vol. 323. – No. 20. – P. 2087-2089.
16. Symptom-based screening for COVID-19 in healthcare workers: the importance of fever / J. C. Yombi, J. De Greef, A. S. Marsin [et al.] // The Journal of hospital infection. – 2020. – Vol. 105. – No. 3. – P. 428.
17. Epidemiology of COVID-19 in a long-term care facility in King County, Washington / T. M. McMichael, D. W. Currie, S. Clark [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2020. – Vol. 382. – No. 21. – P. 2005-2011.
18. Characteristics of health care personnel with COVID-19 / S. L. Burrer, M. A. de Perio, M. M. Hughes [et al.] // Morbidity and mortality weekly report. – 2020. – Vol. 69. – No. 15. – P. 477-481.
19. Clinical characteristics of 54 medical staff with COVID-19: a retrospective study in a single center in Wuhan, China / J. Chu, N. Yang, Y. Wei [et al.] // Journal of medical virology. – 2020. – Vol. 92. – No. 7. – P. 807-813.
20. Geo-temporal distribution of 1,688 Chinese healthcare workers infected with COVID-19 in severe conditions / W. Gao, M. Sanna, M. Tsai [et al.] // Plos one. – 2020. – Vol. 15. – No. 5. – P. e0233255.

Сведения об авторах

Д.А. Романенко* – ординатор 1 года по специальности «Кардиология»

Е.И. Ярославская – заведующая лабораторией инструментальной диагностики, доктор медицинских наук, профессор учебно-методического отдела, врач ультразвуковой диагностики

Information about the authors

D.A. Romanenko* – Postgraduate student, 1-year resident in the specialty “Cardiology”

E.I. Yaroslavskaya – Head of the Laboratory of Instrumental Diagnostics, Doctor of Sciences (Medicine), Professor of the Educational and methodological Department, doctor of ultrasound diagnostics

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

dmitrijromanenko99@gmail.com

УДК: 616.89-008.441.42

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Романова Антонина Сергеевна, Вишнева Елена Михайловна

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Взаимоотношения дисфункции почек и патология сердечно-сосудистой системы носят многогранный характер и выстраиваются по типу обратной связи. С одной стороны, почка может выступать как орган-мишень для действия большинства известных факторов, связанных с сердечно-сосудистыми изменениями; с другой – активно вмешиваться в формирование системных метаболических и сосудистых патологических процессов, являясь активным генератором факторов риска, тем самым, замыкая сложный патогенетический круг. **Цель исследования** – изучить взаимоотношения дисфункции почки и изменений сердечно-сосудистой системы у пациента с единственной почкой. **Материал и методы.** Проанализирован клинический случай развившейся хронической болезни почек 5 степени, ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий, гипертонической болезни на фоне нефрэктомии у пациента 52-х лет. **Результаты.** На фоне односторонней нефрэктомии в течение 20 лет развивались симптомы нарушений сердечно-сосудистой системы, такие как повышение артериального давления, сдавливающая боль за грудиной и одышка. На фоне отсутствия терапии одновременно с развитием патологий сердечно-сосудистой системы происходили изменения в единственной почке, которые привели к амилоидозу и ХБП 5 ст, необходимости заместительной терапии гемодиализом. Следовательно, стоит говорить о влиянии сердечно-сосудистых заболеваний на состояние почек. Спустя 10 лет после первых симптомов нарушения функций сердца пациент перенес инфаркт миокарда, осложненный острой сердечной недостаточностью, кардиогенным шоком, клинической смертью. **Выводы.** Данная картина развития заболеваний свидетельствует о взаимном влиянии дисфункции почек и патологии сердечно-сосудистой системы.

Отсутствие терапии заболеваний почки и сердечно-сосудистой системы, их совместное течение, усугубляющее друг друга, привело к тяжелым последствиям, значительно снизив уровень жизни пациента.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, нефрэктомия.

CLINICAL CASE OF DEVELOPMENT OF MYOCARDIAL INFARCTION AND HYPERTENSION AGAINST CHRONIC KIDNEY DISEASE

Romanova Antonina Sergeevna, Vishneva Elena Mikhailovna

Department of Faculty Therapy, Endocrinology, Allergology and Immunology

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Kidney dysfunction and cardiovascular pathology are multifaceted and based on feedback. On the one hand, the kidney can be a target organ for cardiovascular risk factors. On the other hand, it can actively interfere with the formation of systemic metabolic and vascular pathological processes. **The aim of this study** to explore the relationship of kidney dysfunction and cardiovascular changes of a patient with only kidney. **Material and methods.** The clinical case of developed chronic kidney disease of the 5th degree, ischemic heart disease, atrial fibrillation, hypertensive disease against the background of nephrectomy in a 52-year-old patient has been analyzed. **Results.** Symptoms of cardiovascular disorders, such as increased blood pressure, compressing chest pain and shortness of breath, developed over a period of 20 years. The lack of treatment combined with the development of cardiovascular pathologies led to changes in the single kidney, which led to amyloidosis and chronic kidney disease 5 stage, the necessity of replacement hemodialysis therapy. Therefore, it is worth mentioning the influence of cardiovascular diseases on the kidney condition. 10 years after the first symptoms of heart failure, the patient suffered myocardial infarction, complicated by acute heart failure, cardiogenic shock, clinical death. **Conclusion.** This development is indicative of the mutual influence of kidney dysfunction and cardiovascular pathology. The lack of treatment for kidney and cardiovascular diseases, their combined course, aggravating each other, led to severe consequences, significantly reducing living standards.

Keywords: chronic kidney disease, myocardial infarction, hypertension, nephrectomy.

ВВЕДЕНИЕ

Дисфункция почек является частой причиной возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые, в свою очередь, становятся основными причинами смерти пациентов с хронической болезнью почек (ХБП). Взаимоотношения дисфункции почек и изменений сердечно-сосудистой системы носят многогранный характер и выстраиваются по типу обратной связи. С одной стороны, почка может выступать как орган-мишень для действия большинства известных факторов, связанных с сердечно-сосудистыми изменениями; с другой – активно вмешиваться в формирование системных метаболических и сосудистых патологических процессов, являясь активным генератором факторов риска, тем самым, замыкая сложный патогенетический круг [1].

Для развития и усугубления течения заболеваний сердца и почек существуют общие факторы риска – артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), дислипидемия, ожирение и др. Сочетанная патология органов отягощает влияние факторов за счет увеличения их числа и суммации, стимулирующей развитие и прогрессирование ССЗ. Существуют дополнительные, предрасполагающие факторы для возникновения ССЗ, у пациентов с хронической почечной патологией: хроническое воспаление, анемия, нарушение свертывающей системы крови, эндотелиальная дисфункция, повышение активности симпатoadrenalовой системы (САС) и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), дисбаланс между вазоконстрикторами и вазодилататорами, нарушение минерального обмена [1, 2].

Сердечная недостаточность (СН), ишемическая болезнь сердца (ИБС), АГ имеют высокий процент встречаемости у пациентов с терминальными стадиями почечной недостаточности. Среди пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) частота ХБП составляет от 9,2% при врожденных пороках сердца до 71,2% при ишемической этиологии ХСН. В популяции людей с терминальной стадией ХБП частота встречаемости ФП достигает 27 %. По результатам регистра GARFIELD-AF (The Global Anticoagulant Registry in the FIELD-Atrial Fibrillation), в который было включено 28628 пациентов с ФП при наблюдении в течение 2 лет, продемонстрировано, что ХБП оказывает существенное влияние на прогноз больных с ФП [3, 4, 5].

Цель исследования — изучить взаимоотношения дисфункции почки и изменений сердечно-сосудистой системы у пациента с единственной почкой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализирован клинический случай развившейся хронической болезни почек 5 степени, ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий, гипертонической болезни на фоне нефрэктомии у пациента 52-х лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациент П., 52 года, предъявлял жалобы на давящие-жгучие боли за грудиной, возникающие при ходьбе и в покое, сопровождается одышкой, слабостью, связывает с эмоциональным стрессом. Настоящее ухудшение самочувствия отметил ночью, на фоне полного благополучия в покое появились интенсивные давящие боли за грудиной, без иррадиации. Боли сохранялись около часа, не купировались. Через час в связи с продолжающимся болевым приступом вызвал бригаду СМП.

Анамнез заболевания: В 1990 году была проведена нефрэктомия справа по поводу травмы правой почки. Со слов пациента, 12 лет назад впервые стал отмечать периодическое повышение артериального давления (АД) до 160/100 мм.рт.ст., сопровождающееся сдавливающей болью за грудиной, без иррадиации, связывает со стрессом на работе. За медицинской помощью не обращался. В 2019 году появилась одышка, появляющаяся при подъеме на 2 этаж, отеки на ногах по утрам, которые проходили к вечеру, увеличилась цифра максимального повышения давления до 220/120 мм рт.ст. За медицинской помощью не обращался.

В ноябре 2020 года перенес инфаркт миокарда (ИМ), осложненный острой сердечной недостаточностью (ОСН), кардиогенным шоком, клинической смертью, проводилась коронароангиография (КАГ), на которой выявлено многососудистое поражение коронарных артерий, проведено стентирование симптомосвязанной передней нисходящей артерии (ПНА). С ноября 2020 года находится на заместительной терапии гемодиализом по поводу ХБП 5 ст. (нефрэктомия справа, амилоидоз единственной левой почки). Регулярно принимал по рекомендации врача бисопролол 1,25 мг утром, ивабрадин 5 мг 2 раза в сутки, розувастатин 10 мг вечером, клопидогрел 75 мг вечером, триметазидин МВ 1 таб. 2 раза в сутки, пантопразол 20 мг 1 в сутки. На фоне терапии отметил стабилизацию АД.

Бригадой СМП заподозрен острый коронарный синдром (ОКС) без подъема ST на фоне пароксизма фибрилляции неизвестной давности. Отмечено снижение АД до 50/0. Проведена комплексная терапия ОКС. Больной доставлен ГКБ N 14. Положительная динамика в течение нескольких часов: полностью регрессировали первичные жалобы, стабилизировалось состояние больного, по электрокардиографии (ЭКГ) не регистрируется ишемия.

Из анамнеза жизни: курит с 19 лет. Наследственность по сердечно-сосудистым событиям отягощена: у матери гипертоническая болезнь с молодого возраста, смерть от геморрагического инсульта в 49 лет, у старшего брата в 53 года обнаружили гематому в головном мозге на фоне полного благополучия. Аллергические реакции отрицает. ВИЧ, туберкулез, гепатиты отрицает. Гемотрансфузий не проводилось. В 1997 году была проведена операция по поводу язвенной болезни ДПК, осложненная кровотечением с ушиванием язвы, резекция желудка по Бильрот 2. С ноября 2020 года находится на заместительной терапии гемодиализом по поводу ХБП 5 ст. (нефрэктомия справа, амилоидоз единственной левой почки) 3 раза в неделю. В 2021 году была проведена эндоскопическая лазерная терапия язвы ДПК. Хронические заболевания: ИБС. Нестабильная стенокардия III В по Braunwald. ПИКС от 11.20г. Стентирование ПНА 11.20г, КАГ от 09.03.23: стеноз 40% ПНА, стеноз 20-25% ЛКА. ХСН II NYHA НК IIa. Гипертоническая болезнь 3 ст., 3 ст., риск 4. Амилоидоз единственной левой почки, ХБП 5 ст., заместительная терапия гемодиализом с 2020 г. Язвенная болезнь ДПК, вне обострения (кровотечение, резекция желудка в анамнезе).

При проведении объективного осмотра: состояние тяжелое. Рост 180 см, вес 96 кг. ИМТ составил 29,63 кг/м². Кожа бледно-розовая, высыпаний нет. Видимые слизистые бледно-розовые. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Отеки на обеих нижних конечностях.

Лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа при пальпации не увеличена. Костно-мышечная система не изменена. Зев чистый. Аускультативно в легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. При пальпации верхушечный толчок в 5 межреберье по среднеключичной линии, сердечный – не определяется. В проекции аорты и легочного ствола пульсации, выбухания, дрожания нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение их обычное. Артериальное давление 100/65 мм.рт.ст., пульс - 80 уд в мин. Язык чистый. Живот безболезненный. Размеры печени 9*7*6 см. Размеры селезенки 7*5 см.

Проведена лабораторная диагностика: выявлены отклонения от нормы значений: тропонин повышен (3,750 нг/мл), общий белок в сыворотке крови повышен (54 г/л), креатинин в сыворотке крови повышен (694 мкмоль/л).

На основании уровня креатинина в сыворотке крови была рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ (2011): 7 мл/мин/1,73кв.м, что соответствует ХБП 5 ст.

На ультразвуковом исследовании (УЗИ) сердца камеры сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда удовлетворительная. Аортальная недостаточность легкой степени.

Коронарография: тип кровоснабжения - правый. Левая коронарная артерия: ствол - стенозы до 20-25%. Передняя нисходящая артерия: 40% стенозы в I сегменте, стентированный участок в проксимальной половине II сегмента без рестеноза, до 40% в III сегменте. 90% стенозы устья I диагональной артерии и перфорантной ветви. Окклюзия от устья II диагональной артерии со слабым контрастированием дистального русла. Огибающая артерия: стенозы около 30%. Правая коронарная артерия: хроническая окклюзия на границе I и II сегментов. II сегмент заполняется сегментарно из внутрисистемных коллатералей, а в III сегменте - из межсистемных коллатералей. Пациент обсужден с дежурным кардиологом, учитывая многососудистый характер поражения, отсутствие значимых изменений от предыдущей коронарографии (от 13.11.2020), отсутствие активных жалоб решено закончить процедуру. Пункционный доступ клипирован Angio seal, гемостаз достигнут, наложена давящая ас. повязка, повязка сухая.

На триплексном ультразвуковом исследовании экстракраниальных сосудов выявлены ультразвуковые признаки атеросклеротических изменений брахиоцефальных артерий (БЦА): гемодинамически незначимый стеноз БЦА с обеих сторон не более 50% (по доплеру) - оценка степени стеноза затруднена - экранирующая атеросклеротическая бляшка (АСБ).

На эхокардиографии визуализируется стент ПНА, явных зон локальной гипокинезии не выявлено, замедление функции релаксации левого желудочка, умеренная гипертрофия проксимальной части МЖП.

На основании всех анамнестических, клинико-лабораторных данных был установлен диагноз: ИБС, нестабильная стенокардия IB (Braunwald). ОКС без подъема сегмента ST от 08.03.23. ОСН Killip IV. ПИКС (от 11.2020г.). Стентирование ПНА XI 2020г. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, пароксизм от 08.03.23. CHA₂DS₂-VASc 26, HAS-BLED 36. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4. КАГ 09.03.23. Нефрэктомия справа (травма от 1990г.). Амилоидоз единственной левой почки. ХБП 5 ст, заместительная терапия гемодиализом с 2020г.

Назначено лечение: бисопролол 2,5 мг, клопидогрель 75 мг, аторвастатин 40 мг, пантопразол 20 мг, нитраты, эноксапарин 1,0*1р, ЗТГ.

На фоне терапии восстановлен синусовый ритм. В течение последующих дней на фоне полного объема терапии ИМ у больного не рецидивировали ангинозные боли. Данных за рецидив ИМ нет.

ВЫВОДЫ

1. На фоне односторонней нефрэктомии в течение 20 лет развивались симптомы нарушений сердечно-сосудистой системы, такие как повышение артериального давления,

сдавливающая боль за грудиной и одышка. Такая картина свидетельствует о влиянии дисфункции почек на появление патологии сердечно-сосудистой системы.

2. На фоне отсутствия терапии одновременно с развитием патологий сердечно-сосудистой системы происходили изменения в единственной почке, которые привели к амилоидозу и ХБП 5 ст, необходимости заместительной терапии гемодиализом. Следовательно, стоит говорить о влиянии сердечно-сосудистых заболеваний на состояние почек.

3. Спустя 10 лет после первых симптомов нарушения функций сердца пациент перенес инфаркт миокарда, осложненный острой сердечной недостаточностью, кардиогенным шоком, клинической смертью. Отсутствие терапии заболеваний почки и сердечно-сосудистой системы, их совместное течение, усугубляющее друг друга, привело к тяжелым последствиям, значительно снизив уровень жизни пациента.

4. Любые жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы должны побуждать пациента обратиться за врачебной помощью.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Хроническая болезнь почек (ХБП)». – 2021. — URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/469_2 (дата обращения: 07.09.2023). – Текст: электронный.
2. Камышникова, Л.А. Особенности кардиоренальных взаимоотношений у больных с хронической болезнью почек. Современное состояние проблемы / Л.А. Камышникова, О.А. Ефремова, Р.С. Пивовар // Фармация. – 2017. – № 254. – С. 13-21.
3. Клинические практические рекомендации KDIGO 2012 по диагностике и лечению хронической болезни почек. – URL: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/Russian_KDIGO-CKD-Guideline.pdf (дата обращения: 06.09.2023). – Текст: электронный.
4. Современные аспекты диагностики и лечения хронической болезни почек / Т.П. Голивец, Ю.И. Журавлев, С.В. Свидовская [и др.]. – Изд. 1-е – Белгород: Изд-во Политехна, 2017. – 73 с.
5. Новицкий, В. В. Патофизиология: учебник в 3 томах. Т. 2 / В. В. Новицкий, Е. Г. Гольдберг, О. И. Уразова – Изд-е 4-е, перераб. и доп. – Томск: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Том 2. № 4. – С. 640 с.

Сведения об авторах

А.С. Романова* – студент

Е.М. Вишнева – доктор медицинских наук, доцент кафедры

Information about the authors

A.S. Romanova* – Student

E.M. Vishneva – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
antonina.r.03@mail.ru

УДК: 614.615.035.1

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРИЕМА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА И СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Романова Ольга Геннадьевна, Маликова Мария Александровна, Гришин Владислав

Александрович, Стяжкина Юлия Александровна, Гришина Ирина Федоровна

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России
Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Согласно Федеральному закону, биологически активные добавки (БАД) не проходят клинических исследований, а их эффективность и безопасность, не имеет убедительной доказательной базы. Отсутствие точных данных о составе БАД, фармакодинамике и кинетике вещества, а также о межлекарственном взаимодействии, определяет актуальность изучения распространенности использования БАД среди населения.

Цель исследования – оценить распространенность применения БАД среди пациентов амбулаторно-поликлинического участка. **Материал и методы.** Проанализированы данные 492 анкет у пациентов амбулаторно-поликлинического профиля лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) г. Екатеринбурга и Свердловской области касающихся приемов БАД. **Результаты.** Около половины опрошенных респондентов 239 (48,6%) самостоятельно назначают себе медикаменты. Ведущей причиной самолечения отмечались затруднения попасть на приём к доктору (39,3%, 109 ответов). Общая частота использования БАД среди всех респондентов составила 311 человек. По самоназначению принимают БАД 86 (27,7%) пациентов, 225 пациентов (72,3%)