



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТА С ДВУМЯ ПОЧЕЧНЫМИ АЛЛОТРАНСПЛАНТАМИ

*С.М. Мартиросян, Е.Д. Космачева*

*Кубанский государственный медицинский университет  
Кафедра терапии № 1 ФПК ППС, г. Краснодар*

Статья посвящена клиническому случаю лечения ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии у пациента с двумя почечными аллотрансплантатами. Пациенту проводилась терапия препаратами ранолозин, лерканидипин, метопролола сукцинат. Отмечался положительный эффект как в коррекции артериальной гипертензии и ишемической терапии, так и по уровню азотемии.

**Ключевые слова:** трансплантация почки, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, почечный аллотрансплант, азотемия.

Трансплантация почки — это оптимальный способ лечения пациентов с терминальной почечной недостаточностью. Пациенты с терминальной почечной недостаточностью имеют драматически высокий риск кардиоваскулярных осложнений в популяции. Успешная трансплантация почки улучшает качество жизни пациента, в том числе, и за счет уменьшения сердечно-сосудистых рисков.

Многочисленные исследования доказали, что выживаемость пациентов после трансплантации почки значительно выше, чем у пациентов находящихся на диализе. В настоящее время существуют эффективные схемы иммуносупрессии, позволяющие максимально уменьшить вероятность развития реакции острого отторжения и повысить выживаемость трансплантата. Лидирующие позиции в структуре летальности даже у пациентов с функционирующим ренальным аллотрансплантом (РАТ) составляют сердечно-сосудистые заболевания.

Летальность от сердечно-сосудистых осложнений у пациентов на гемодиализе в 10—20 раз больше, чем в общей популяции (V Pascual и соавт. 2002 г.). При сравнительной оценке доказано, что пациенты после пересадки почки имеют меньший риск сердечно-сосудистых осложнений, чем кан-

дидаты из листа ожидания, однако он выше при сравнении в популяции в целом. Имеются публикации, в которых подчеркивается, что не потеря ренального аллотрансплантата, а наличие сердечно-сосудистых заболеваний имеет лидирующее значение в структуре летальности, достигая 36—41% среди причин смерти реципиентов с функционирующим РАТ.

Общепопуляционно, сердечно-сосудистая смертность обусловлена в большей степени ишемической болезнью сердца и связана с такими факторами риска, как курение, артериальная гипертензия, дислипидемия, диабет, семейный анамнез. У пациентов, находящихся на гемодиализе с терминальной почечной недостаточностью основные позиции в структуре летальности занимают сердечно-сосудистые осложнения, а риск смерти от ИБС у данной категории больных примерно в 20 раз выше, чем в общей популяции населения.

Реципиенты почек помимо общепопуляционных факторов риска имеют специфические факторы риска, связанные, как правило, с диализным анамнезом, иммуносупрессией, особенностями работы аллотрансплантата.

Не до конца изучены основополагающие механизмы высокого кардиоваскулярного риска забо-



# Электронный научно-образовательный Вестник

Здоровье и образование в XXI веке

2015, том 17 [1]

леваемости и смертности и современные способы уменьшения сердечно-сосудистых осложнений у пациентов после трансплантации почки. Стратегии для уменьшения кардиоваскулярного риска, метаболического синдрома основаны на фармакологических аспектах, включающих гиполипидемические препараты, адекватные антигипертензивные схемы, оптимизацию функции транспланта, коррекции образа жизни, персонализации иммуносупрессии в зависимости от профиля риска у каждого пациента.

Больной Д 1939 г.р. обратился с жалобами на пекущие боли за грудиной при небольшой физической нагрузке (ходьба на 100 м), при натуживании; общая слабость, одышка при небольшой физической нагрузке, отеки ног; головные боли, головокружения; повышение АД до 200/100 мм. рт. ст., привычное 120/80 мм. рт. ст.; запоры; сухость во рту; мочеиспускание частое, маленькими порциями, тонкой струей, безболезненное.

**Из анамнеза.** Повышение АД отмечает с 1989 г., когда после отравления грибами появились симптомы прогрессирующей почечной недостаточности. 1990 г. — пересадка трупной почки. С 2008 г. появились ангинозные боли, пациент по экстренным показаниям с клиникой нестабильной стенокардии был госпитализирован в больницу скорой помощи, откуда переведен в кардиологическое отделение кардиоцентра, где была выполнена коронароангиография (КАГ). Выявлено многососудистое поражение коронарных артерий, без перспектив для реконструктивной или эндоваскулярной хирургии. После КАГ у пациента развился отек Квинке в связи с аллергией на йодсодержащие препараты. Далее принимал рекомендованные препараты. В 2012 г. вновь госпитализирован в кардиологическое отделение с клиникой нестабильной стенокардии, однако в виду хронической почечной недостаточности, КАГ не проводилась. В связи с прогрессированием симптомов почечной недостаточности в 2013 г. пациенту выполнена повторная трансплантация почки. В последний месяц в связи с прогрессированием ангинозных болей пациент госпитализирован в стационар для лечения, обследования. Учитывая высокий риск повреждения почек,

медикаментозную аллергию на йодсодержащие препараты от выполнения коронароангиографии и компьютерной томографии коронарных артерий принято решение воздержаться, рекомендовано консервативное лечение ишемической болезни сердца.

**Принимаемые препараты:** Сандиммун Неорал, Метипред, Беталок ЗОК, Тенокс, Апровель

**Обследован:**

**ОАК:** лейкоц.  $7,74 \cdot 10^9/\text{л}$ , эр.  $4,65 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , тромбоц.  $154 \cdot 10^9/\text{л}$ , Нв 132 г/л, гематокрит 38,6%, СОЭ 23 мм/час.

**БАК:** глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевины 14,59 → 13,85 ммоль/л, креатинин 127,4 → 117,7 мкмоль/л, мочевая кислота 373,5 ммоль/л, общ. белок 71,32 г/л, АСТ 39 ед/л, АЛТ 50 ед/л, общ. билирубин 14,24 мкмоль/л, натрий 136,3 → 139,9 ммоль/л, калий 4,9 → 4,9 ммоль/л, хлориды 101,3 → 99,4 ммоль/л, общ. холестерин 3,57 ммоль/л, триглицериды 0,9 ммоль/л, ЛПНП 2,06 ммоль/л, ЛПВП 1,1 ммоль/л. СРБ 3,44 мг/л, ПСА общий 0,43 нг/мл

**Коагулограмма:** ПТВ 14,4 сек., ПО 1,32, МНО 1,32, АЧТВ 32,5 сек, Фибриноген 3,47 г/л

**Проба Реберга:** клубочковая фильтрация 55,29 мл/мин, канальцевая реабсорбция 94,97%, минутный диурез 2,78 мл/мин, концентрационный индекс 24,14

**ОАМ:** цвет желтый, отн. плотность 1,005, pH 5,0, белок, лейкоциты, глюкоза отрицат.

**Инструментальные исследования:**

**ЭКГ:** Синусовый ритм с ЧЖС 55 в мин.

**Эхокардиография:** Аорта восходящий отдел: не расширен 33—34 мм (N: до 38 мм). Аорта: уплотнена, не расширена 33 мм (N: до 38 мм). Кольцо АК: с вкраплениями кальция. Створки АК: уплотнены, слегка утолщены с вкраплениями кальция. Амплитуда раскрытия АК: нормальная. На стенках АО гиперэхогенные наслоения. Левое предсердие расширено 42 мм (N: до 38 мм). В 4-камерном сечении: 39×57 мм (N: до 40×49 мм). ЛЖ Полость ЛЖ: не расширена. КДР: 49 мм (N: до 55 мм). Межжелудочковая перегородка: утолщена 11 мм (N: до 10 мм). Задняя стенка ЛЖ: не утолщена 9 мм (N: до 10 мм). Общая сократимость миокарда ЛЖ: удовлетворительная ФВ > 55 % (N: более 55%).

# Электронный научно-образовательный Вестник

Здоровье и образование в XXI веке

2015, том 17 [1]

Локальная сократимость миокарда ЛЖ: без четких зон гипокинеза. Кольцо МК: с вкраплениями кальция. Створки МК: уплотнены, с вкраплениями кальция, у основания ЗСМК включения кальция Противофаза: есть. В систолу: небольшой прогиб ПС МК в пол. ЛП. Допплерография МК: Регургитация на МК: +/++. Поток на МК с небольшим преобладанием ППН ПП Правое предсердие: не расширено. В 4-камерном сечении: 35×53 мм (N: до 40×49 мм). ПЖ Полость правого желудочка: на верхней границе нормы 29—30 мм (N: до 28 мм). ТК Створки: уплотнены Допплерография ТК: Регургитация на ТК: + ЛА Клапан ЛА: без выраженной гипертензии по Д-поток Систолическое давление: 35 мм. рт. ст. Допплерография ЛА: Регургитация на ЛА: незначительная ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Небольшая дилатация полости ЛП. Диастолическая дисфункция ЛЖ. Начальный кальциноз АК и МК. Атеросклероз АО.

#### Консультации специалистов:

*Невролог:* Диабетическая дистальная симметричная сенсо-моторная полинейропатия. Хроническая вертеброгенная тораколюмбалгия, стационарное течение. Рекомендовано: наблюдение невролога по м/жительства; МРТ грудного отдела в плановом порядке; ЭНМГ верхних и нижних конечностей в плановом порядке. В лечении: Тиоктаид по 600 мг 1 раз в день в/в кап № 10 затем переход на таблетированные формы по 600 мг однократно утром (2—3 месяца 3 раза в год); мильгамма по 2,0 мл в/м № 10, затем переход на таблетированные формы по 1 таб 1 раз в день после еды (2 месяца).

*Проведено лечение:* Инс. Базал 8—8 ед, подкожно; Инс. Рапид 8—8-6 Ед, Актовегин 5 мл в/в, Апровель 300 мг, Моночинкве-ретард 50 мг перевод на Ранексу 500 мг 2 раза, Беталок ЗОК 50 мг, Леркамен 10 мг, Метипред 2 мг.

В связи с развитием выраженной гипотензии и интенсивных головных болей на прием нитратов, пациенту был назначен ранолазин в дозе 1000 мг в сутки. На фоне терапии ангинозные боли не рецидивировали весь период госпитализации, увеличилась толерантность к физической нагрузке, пациент субъективно отмечал улучшение общего

самочувствия. АД стабилизировано на уровне 110—120/80 мм. рт. ст., адаптирован к физическим нагрузкам в пределах отделения.

#### Заключение

1. Приведенное описание клинического случая демонстрирует эффективность терапии ранолазином ишемической болезни сердца у пациентов с двумя почечными аллотрансплантатами.

2. На протяжении всего периода лечения комбинацией бета-адреноблокатора (метапролола сукцинат), блокатора ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ирбесартан) и антагониста кальция (лерканидипин) сохранялись целевые уровни артериального давления

3. На фоне проводимой терапии отмечена также положительная динамика в снижении уровня азотистых шлаков.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Codolosa JN1, Acharjee S1, Figueredo VM2 «Update on ranolazine in the management of angina», Vasc Health Risk Manag. 2014 Jun
2. Pilmore H, Dent H, Chang S, McDonald S, Chadban S. Reduction in cardiovascular death after kidney transplantation. Transplantation. 2010;
3. Ojo A. Cardiovascular complications after renal transplantation and their prevention. Transplantation. 2006.
4. Vanrenterghem Y, Claes K, Montagnino G, Fieuws S, Maes B, Villa M, Ponticelli C. Risk factors for cardiovascular events after successful renal transplantation. Transplantation. 2008;
5. Pogossova G.V., Ausheva A.K., Karpova A.V., Salbieva A. Third generation calcium antagonist lercanidipine: the evidence base for clinical decision. Kardiologiya. 2014.
6. KDIGO Transplant Work Group KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. Am J Transplant. 2009;
7. Смирнов А.В., Шилов Е.М., Добронравов В.А. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики, подходы к лечению // Нефрология. 2012. Т. 16. № 1. С. 89—115.



## CLINICAL CASE TREATMENT CORONARY HEART DISEASE AND HYPERTENSION IN PATIENT WITH TWO RENAL ALLOGRAFT

*S.M. Martirosyan, Ye.D. Kosmacheva*

*Kuban State Medical University*

*Department of Therapy № 1, Krasnodar*

The article is devoted to clinical case of treatment ischemic heart disease and hypertension in a patient with two renal allograft. Patient underwent therapy with ranolazine, lercanidipine, metoprolol succinate. There was a positive effect in the correction of hypertension and coronary care, and the level of azotemia.

**Key words:** renal transplantation, hypertension, coronary heart disease, angina, renal allograft, azotemia.

### REFERENCES

1. Codolosa JN1, Acharjee S1, Figueredo VM2 «Update on ranolazine in the management of angina», *Vasc Health Risk Manag.* 2014 Jun
2. Pilmore H, Dent H, Chang S, McDonald S, Chadban S. Reduction in cardiovascular death after kidney transplantation. *Transplantation.* 2010;
3. Ojo A. Cardiovascular complications after renal transplantation and their prevention. *Transplantation.* 2006.
4. Vanrenterghem Y, Claes K, Montagnino G, Fieuws S, Maes B, Villa M, Ponticelli C. Risk factors for cardiovascular events after successful renal transplantation. *Transplantation.* 2008;
5. Pogosova G.V., Ausheva A.K., Karpova A.V., Salbieva A. Third generation calcium antagonist lercanidipine: the evidence base for clinical decision. *Kardiologiya.* 2014.
6. KDIGO Transplant Work Group KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. *Am J Transplant.* 2009;
7. Natsional'nye rekomendatsii. Khronicheskaya bolezni' pochek: osnovnye printsiipy skrininga, diagnostiki, profilaktiki, podkhody k lecheniyu, Smirnov A.V., Shilov E.M., Dobronravov V.A. *Nefrologiya*, 2012, vol. 16, no. 1, pp. 89—115.