

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК

**М.Ш.ХАКНАЗАРОВ*, Х.Ё.ШАРИПОВА, Р.Н.ЗУБАЙДОВ,
Х.Х.КИЁМИДИНОВ, А.А. ХАКНАЗАРОВА***

**КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ ТГМУ
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО; *МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «ИБНИ СИНО»**

Нами изучена значимость ренопаренхиматозной артериальной гипертензии на фоне хронического пиелонефрита (ХП) в возникновении и течении хронической сердечной недостаточности (ХСН). Установлено, что клинико-эхографические признаки ХП нередко (в 13,2% случаях) возникали на фоне артериальной гипертензии (АГ), а у 54,7% больных способствовали возникновению умеренной и тяжёлой АГ. Отмечено, что у больных АГ с выраженной ХСН и на фоне длительной гипотензивной и спазмолитической терапии, могут наблюдаться изменения сонографической картины и биометрических показателей почек, свидетельствующих о доклинической стадии ХП.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит

Введение. Проблема сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных артериальной гипертензией, остаётся одной из наиболее важных проблем в клинической практике. Наиболее частым осложнением заболеваний системы кровообращения является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которая становится одной из основных причин потери трудоспособности и смерти среди лиц трудоспособного возраста [1- 4].

Почки являются одним из основных физиологических систем, ответственных за регуляцию кровообращения. Симптоматическая гипертензия чаще всего возникает на фоне патологии органов мочевой системы [5-7]. Согласно данным Н. А. Лопаткина, паренхиматозная форма артериальной гипертензии (АГ) чаще всего является следствием хронического пиелонефрита (ХП): при одностороннем ХП она наблюдается в 35-37% случаях, при двустороннем - в 43% [9]. В патогенезе АГ при ХП играет роль как атрофия почечной ткани, так и воспалительный межпочечный процесс со стороны сосудов и значительное нарушение внутрпочечного кровообращения. Определённое значение придаётся нарушению венозного оттока и состоянию центральных гуморальных механизмов [1,2,8].

Нередко симптоматическая гипертензия, возникающая на фоне латентно текущего воспалительного заболевания почек, расценивается как артериальная гипертензия. С другой стороны, возникающая дизурия у больных с артериальной гипертензией на фоне лечения диуретиками и вазодилататорами (влияющими на тонус сфинктеров мочевыводящего тракта с созданием условий инфекционного их поражения), трактуется как пиелонефрит с симптоматической гипертензией [4, 8].

Согласно Шулутко Б.И., «артериальная гипертензия при хроническом пиелонефрите без клинико-лабораторных признаков хронической почечной недостаточности является проявлением эссенциальной гипертензии: возникает в том же возрасте (в среднем, в 37 лет); имеет такие же уровни АД, аналогичную клиническую симптоматику и такую же частоту гипертонических кризов» [4]. Хотя до конца не изучены механизмы формирования АГ при ХП, установлено, что больные с ХП с симптоматической артериальной гипертензией составляют группу высокого риска в отношении смертности от сердечно-сосудистых осложнений, в первую очередь от

сердечной недостаточности, т.к. при этом создаётся гемодинамическая перегрузка левого желудочка (ЛЖ) сопротивлением [2,8-10].

В этой связи, вопрос о соотношении артериальной гипертензии и инфекционно-воспалительных заболеваний почек (хронического пиелонефрита) в развитии ХСН, в возникновении осложнений и исходов, требует дальнейшего изучения.

Целью настоящего исследования явилось изучение значимости ренопаренхиматозной артериальной гипертензии на фоне хронического пиелонефрита в возникновении и течении ХСН.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 81 больных, поступивших в нефрологическое и кардиоревматологическое отделения. Критерием включения больных в исследование явился подтверждённый диагноз ХСН на фоне эссенциальной гипертензии и/или хронического пиелонефрита.

В основную группу включены 53 больных с хроническим пиелонефритом, у 29 из которых отмечалась ренопаренхиматозная гипертензия. 28 больных с эссенциальной гипертензией составили группу сравнения.

По данным эхокардиографии и доплер-эхокардиографии, проведённых в стандартных эхокардиографических позициях, по критериям Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA), выделены функциональные классы ХСН [3].

Степень АГ оценена согласно классификации JNC VII «Седьмой отчёт Объединённого национального комитета США по профилактике, выявлению, оценке и лечению гипертензии» и ESH-ESC (2003), «Рекомендации Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов по лечению АГ» [9,11].

Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование почек в В-режиме. Проводились как качественная оценка контуров почки, паренхимы, состояния чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), так и расчёт объёмов почек. Толщину почки измеряли при локализации со стороны спины в положении больного сидя из парасагиттального доступа в месте анатомической проекции почек. Проводилась оценка эхогенности кортикального слоя методом А. Т. Rosenfield. При постановке диагноза хронического пиелонефрита использована классификация Н.А. Лопаткина, ХПН - классификация С.И. Рябова [5,6].

Результаты и их обсуждение. Данные, полученные при клинико-инструментальном исследовании больных, представлены в таблице. С учётом полученных данных все больные разделены на следующие группы: 1-ю группу составили 53 больных, которым выставлен диагноз хронический пиелонефрит: активный - у 21 (39,6%), латентный – у 15 (28,3%) и в стадии ремиссии – у 17 (32,1%).

У 29 (54,7%) больных этой группы отмечена АГ (мягкая – у 15, умеренная – у 11, тяжёлая - у 3), а у 24 – отмечена нормотония. Признаки ИБС выявлены у 9 (17%) больных. У 29 (54,7%) больных диагностирован односторонний ПН, а у 24 (45,3%) – двухсторонний. В этой группе больных с 1-2 ФК ХСН было 35 (66%), 3-4 ФК – 18 (34%).

2-ю группу составили 28 больных (средний возраст $53,4 \pm 3,1$; женщин - 46,4%, мужчин – 53,6%) с разной степенью эссенциальной гипертензии и ХСН. У пациентов этой группы преходящие нарушения процессов реполяризации миокарда, чаще всего, возникали на фоне гипертонических кризов, диагноз ИБС был подтверждён в 10 (35,7%) случаях (стенокардия напряжения – 5, нестабильная стенокардия – 1, ИМ – 1, постинфарктный кардиосклероз – 3). Признаки ХСН 1-2 ФК отмечены у 16 (57,1%), 3-4 ФК ХСН выявлены у 12 (42,9%). У 4 (14,3%) больных этой группы анамнестически установлено, что на фоне гипотензивной и спазмолитической терапии появились клинико-сонографические проявления хронического пиелонефрита.

Таблица

Выраженность ХСН, АГ и ИБС у больных с хроническим пиелонефритом (1 гр.) и эссенциальной АГ (2 гр.)

Показатели	1 группа (n=53)		2 группа (n=28)		P ₁₋₂
	абс.	%	абс.	%	
ХСН	53	100	28	100	>0,05
1 ФК	15	28,3	2	7,1	<0,05
2 ФК	20	37,7	14	50	>0,05
3 ФК	14	26,4	10	35,8	>0,05
4 ФК	4	7,5	2	7,1	>0,05
АГ	29	54,7	28	100	<0,05
1 ст. (мягкая)	15	28,3	17	60,7	<0,05
2 ст. (умеренная)	11	20,7	10	35,7	>0,05
3 ст. (тяжёлая)	3	5,6	1	3,6	>0,05
ИБС	9	17	10	35,7	>0,05
Стенокардия напряжения	5	9,4	5	17,8	>0,05
Нестабильная стенокардия	2	3,7	2	7,1	>0,05
Инфаркт миокарда	1	1,9	1	3,5	>0,05
Перенесённый ИМ	1	1,9	2	7,1	>0,05

В связи с тем, что особый интерес представляет соотношение и последовательность развития АГ, пиелонефрита и ХСН, то более детально изучены особенности возникновения и течения этих синдромов у больных 1-ой группы, у которых ХСН возникла на фоне подтверждённого диагноза хронического пиелонефрита. При оценке особенностей течения артериальной гипертензии у больных с хроническим пиелонефритом, используя классификацию АГ и методический подход Н.Н.Крюкова и Е.С.Дормана [7], эта группа разделена на 3 подгруппы:

1-ю подгруппу составили 15 (28,3%) пациентов с мягкой АГ, у которых повышение артериального давления (диастолическое давление 96—105 мм рт. ст.) регистрировалось чаще всего в периоды обострения хронического пиелонефрита. Нередко отмечалась спонтанная нормализация АД, иногда без лечения, отсутствовали признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и стойкие изменения сосудов глазного дна. У 7 (13,2%) больных этой подгруппы периодическое повышение АД предшествовало клинико-лабораторным и сонографическим признакам хронического пиелонефрита, а у 8 (15,1%) больных клинико-лабораторные и сонографические признаки ХП предшествовали АГ.

11 (20,8%) больных с умеренной АГ составили *2-ю подгруппу*. У них отмечалось: стойкое повышение АД, диастолическое давление повышалось до 106—115 мм рт. ст., на фоне приёма гипотензивных препаратов гипертензивные кризы развивались редко, имели место ГЛЖ и ангиопатия сосудов сетчатки. У 4 (7,6%) больных этой подгруппы АГ предопределила клинико-лабораторные и сонографические признаки хронического пиелонефрита, а у 7 (13,2%) больных признаки ХП привели к развитию стойкой АГ.

3-ю подгруппу составили 3 (5,7%) пациента с тяжёлой АГ, у которых наблюдалась стойкая гипертензия с уровнем диастолического давления выше 115 мм рт. ст., частое повышение АД на фоне постоянной, многокомпонентной антигипертензивной терапии, клинические признаки энцефалопатии, ишемии миокарда, ретинопатии. Диагноз хронической почечной недостаточности (ХПН) подтверждён у 2-х больных этой подгруппы. Только у одного (1,9%) больного этой подгруппы АГ способствовала клинико-лабораторным и сонографическим признакам хронического пиелонефрита. У 2 (3,8%) больных признаки ХП предшествовали развитию

стойкой АГ и тяжёлая, рефрактерная АГ развилась на фоне ХПН.

Таким образом, согласно полученным результатам, у преобладающего большинства больных ХПН наблюдается артериальная гипертензия, способствующая развитию ХСН: в 41 (77,4%) случаях возникновению симптомов АГ предшествовали клиничко-лабораторные признаки хронического пиелонефрита, а у 12 (22,6%) – повышение АД предопределила клинические проявления ХПН. У 8 (15,1%) больных (7 – с АГ и 1- с нормотонией) при отсутствии клиничко-лабораторной симптоматики, диагноз хронического пиелонефрита выставлен на основании характерных эхографических сдвигов почек.

Выводы:

1. Клиничко-эхографические признаки хронического пиелонефрита в 13,2% случаях возникли на фоне АГ, а у 54,7% больных способствовали возникновению умеренной и тяжёлой АГ.
2. На фоне ХПН АГ была стойкой, рефрактерной, сопровождалась сочетанным поражением органов-мишеней.
3. У больных АГ с выраженной ХСН на фоне длительной гипотензивной и спазмолитической терапии могут наблюдаться изменения сонографической картины почек, свидетельствующие о доклинической стадии хронического пиелонефрита.

Литература

1. Бреннер Б.М. Механизмы прогрессирования болезней почек//Нефрология.-1999.-№4.-С. 23-27
2. Гогин Е.Е. Артериальная гипертензия и почки // Тер. арх.-1997.-№6.-С. 65-68
3. Современные подходы к диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (изложение Рекомендаций Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации сердца 2001 г.) // Кардиология. – 2002. – № 6. – С. 65-78
4. Шулуто Б.И. Воспалительные заболевания почек (пиелонефрит и другие тубулоинтерстициальные заболевания). - С-Пб. -1996. - 255 с.
5. Рябов С.И. Нефрология// Руководство для врачей.- С-Пб: Спец. лит-ра, 2000.-672с.
6. Урология: учебник / Под ред. Н.А.Лопаткина. 4-е изд.-М., 1995
7. Крюков Н.Н., Дорман Е.С. Ультразвуковые критерии хронического пиелонефрита //Урология.-2000.-№2.-С.15-17
8. Леонова Н.Я. Зависимость суточного профиля АД у больных хроническим пиелонефритом от факторов риска артериальной гипертензии: Автореферат ...к.м.н., - Смоленск.-2004.-26с.
9. Лопаткин Н.А. с соавт. Нефрогенная артериальная гипертензия // Урология. М. Медицина.-2002. Глава XII. -496с.
10. ACC / AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2001, Inc.- 55 p.
11. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003;289:2560-2572

ХУЛОСА НОРАСОИИ МУЗМИНИ ДИЛ ҲАНГОМИ ФИШОРБАЛАНДИИ ШАРАЁНИ ВА БЕМОРИҶОИ ИЛТИҶОБИИ ГУРДАҶО

**М.Ш.ҲАҚНАЗАРОВ, Х.Ё.ШАРИПОВА, Р.Н.ЗУБАЙДОВ,
Х.Х.ҚИЁМИДИНОВ, А.А.ҲАҚНАЗАРОВА**

Аҳамиятнокии фишорбаландии шараёнии (ФШ) ренопаренхиматозӣ дар заминаи пиелонефрити музмин (ПМ) дар пайдоиш ва ҷараёни норасоии музмини дил (НМД) омӯхта шуд.

Муқаррар карда шуд, ки нишонаҳои саририю эхографии ПМ бисёртар (дар 13,2% маврид) дар заминаи ФШ пайдо шудаанд, дар 54,7% беморон бошад, ба пайдоиши ФШ-и мӯътадил ва вазнин мусоидат намуданд.

Дар беморони гирифтори ФШ бо НМД-и возеҳ ва дар заминаи табобати дурударози ҳипотензивӣ ва спазмолитикӣ (ихтилоҷӣ), тағйиротҳои сурати сонографӣ ва нишондиҳандаҳои биометрии гурдаҷоро мушоҳида кардан мумкин аст, ки аз дараҷаи тосаририи ПМ шаҳодат медиҳад.

SUMMARY CHRONIC CARDIAC FAILURE IN ARTERIAL HYPERTENSION AND INFLAMMATORY KIDNEY DISEASES

**M.SH. KHAKNAZAROV, KH.E. SHARIPOVA, R.N. ZUBAYDOV,
KH.KH. KIEMIDDINOV, A.A. KHAKNAZAROVA**

The significance of renoparenchymatous arterial hypertension against the background of chronic pyelonephritis (CP) in chronic cardiac failure (CCF) becoming and course was studied. It was determined that CP clinicosonographic signs quite often (13.2% cases) arose on the background of arterial hypertension (AH) and CP signs contributed to become moderate and serious AH in 54.7% patients. It was point out that AH patients with apparent CCF and against the background of prolonged hypotensive and spasmolytic therapy it can be observed sonographic picture and kidneys biometric indices changes. These changes are evidence of the CP pre-clinical stage.

Key words: chronic cardiac failure, arterial hypertension, chronic pyelonephritis

Адрес для корреспонденции:

Р.Н.Зубайдов – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Санои 33, Тел: +9929-18-51-72-70