

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОСТРОЙ МОЧЕКИСЛОЙ НЕФРОПАТИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Сардарлы Ф.З.*, Гасанова М.Г., Бахтиярова Л.Б., Джаббаров Ш.М.,
Эминбейли Х.Р.

*E-mail: nefrologiya_adhti@mail.ru

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей
им. А.Алиева, кафедра нефрологии, Баку, Азербайджан;

В представленной статье описан случай типичной клинической картины острой мочекислон нефропатии (ОМН) у больной с избыточной массой тела (ИМТ 32,4 кг/м²), повышенным артериальным давлением с периодическими кризами, получающей длительное время лечение гестагенными препаратами по поводу эндометриоза и развитием острой почечной недостаточности (ОПН) в период пременопаузы. Следует отметить, что возникновение тяжелых форм ОМН сопровождающейся ОПН встречается редко. Следовательно, целесообразно выделение в группу риска формирования уратного поражения почек женщин не только в пост-, но и в период пременопаузы (особенно женщин с избыточной массой тела, ожирением, артериальной гипертензией) и проведение в этой группе профилактических мероприятий для коррекции метаболических нарушений.

Ключевые слова: мочева кислота, гиперурикемия, острая мочекислон нефропатиа, период перименопаузы, острая почечная недостаточность.

Острая мочекислон нефропатиа (ОМН) – одно из клинических проявлений нарушения пуринового обмена. Наиболее распространенными вариантами поражения почек, индуцируемые гиперурикемией (ГУ) – уратный нефролитиаз, хронический уратный тубуло-интерстициальный нефрит, ОМН считается одним из классических вариантов уратной нефропатии [6]. В основе развития ОМН лежит избыточная продукция мочевои кислоты (МК) различной этиологии с компенсаторно развивающейся гиперурикозурией при сохраняющейся нормоурикемии [1, 2].

Считается, что данное нарушение является ранним клиническим признаком уратного поражения почек [1, 2, 6].

Эпизоды ОМН могут инициироваться интеркуррентными заболеваниями с высокой лихорадкой, значительной физической нагрузкой, тепловыми процедурами, употреблением богатой пуринами пищи, алкоголя, дегидратацией. ОМН описывается преимущественно при химиотерапии гематологических заболеваний и опухолей, когда продукция МК резко

увеличивается. Вместе с тем известно, что ОМН характеризуется повышением артериального давления, снижением относительной плотности мочи, что может привести к снижению функции почек, вплоть до развития почечной недостаточности [2, 7].

ОМН регистрируется, как правило у мужчин в период полового созревания [3]. Реже специфические уратные поражения почек выявляются у женщин, и они скорее всего обусловлены защитной ролью эстрогенов, так как, по данным литературы ОМН проявляется, как правило у женщин в начале климактерического периода [3, 5, 8].

Яркое клиническое описание повторяющихся эпизодов ОМН и уратного нефролитиаза у женщины в климактерическом периоде сделал русский терапевт в 1892 году известный терапевт Г.А.Захарьин. Первые клинические проявления пременопаузы – приливы, гипергидроз - совпали с нарушением пуринового обмена – олигурия, кристаллы МК в моче, а через год после наступления менопаузы впервые возникла почечная колика при уменьшении диуреза.

Представляем собственное наблюдение типичной клинической картины ОМН у женщины в период перименопаузы.

Больная 45 лет, работает педагогом. Со слов страдает избыточной массой тела с юности. Индекс массы тела (ИМТ) 32,4 кг/м². В 21 год вышла замуж, имеет одного ребенка. В период беременности и родов никаких патологических изменений не отмечает. В возрасте 30 лет впервые обнаружила повышение артериального давления (АД) до 140/90 мм рт. ст. с периодическими кризами до 170/100 мм рт.ст. Лечилась нерегулярно сама народными средствами. Также больная отметила, что 7 лет назад у нее был диагностирован эндометриоз и она лечилась гестагенными препаратами. В Республиканскую Клиническую больницу им.Академика М.А.Миркасимова впервые обратилась в возрасте 40 лет. При амбулаторном обследовании обращало на себя внимание повышение уровня глюкозы в крови 125 мг/дл и МК до 6,7мг/дл (экскреция МК не определялась), А/Д 140/90 мм рт.ст., кризы

180/110 мм рт.ст. Со слов больной у неё отмечалось постепенное нарастание массы тела (ИМТ 37,9 кг/м²). В июле месяце больная часто находилась под открытым солнцем, пила мало жидкости и несколько раз была в сауне. Через несколько дней отметила снижение диуреза до 300-400 мл, слабость, тошноту; затем боли в поясничной области с иррадиацией в паховые области. Была госпитализирована в клинику. При объективном обследовании А/Д 150/90 мм рт.ст., кожные покровы бледны, суточный диурез менее 600 мл. В крови увеличение креатинина – 3,84 мг/дл, гиперкалиемия – К 6,2 мэкв/л, клубочковая фильтрация 28 мл/мин. При оценке уровня МК выявлено значительное снижение суточной экскреции МК до 200 мг при резком повышении уровня в сыворотке до 15,4 мг/дл. В анализе мочи: относительная плотность 1,010, лейкоциты – 20-30 в п/зр, эритроциты 40-50 в п/зр, бактериурия. На УЗИ отмечается повышенная кристаллизация, размеры почек увеличены.

Состояние больной расценено как проявление внутриканальцевой уратной обструкции с острой почечной недостаточностью (ОПН). В клинике больной проводилась дезинтоксикационная, урикодепрессивная терапия. Состояние больной улучшилось, наступила полиурическая стадия ОПН (диурез до 3л/сут.), прошли тошнота, слабость, боли в поясничной области, восстановился аппетит. Улучшились лабораторные показатели: нормализовался уровень креатинина (1,3 мг/дл), электролитов в крови, снизился уровень МК до 7,0 мг/дл и увеличилась экскреция МК до 510 мг/сут.; уровень А/Д – 120/80-140/80 мм рт.ст.

Таким образом, у данной пациентки зарегистрирована тяжелая форма ОМН, сопровождающаяся ОПН. Провоцирующим фактором развития ОМН у этой больной была дегидратация, а также может обсуждаться роль дефицита эстрогенов в виду длительного приема гестагенных препаратов по поводу эндометриоза, которые блокируют эстрогеновые рецепторы.

Заключение. Приведенный нами клинический случай свидетельствует о том, что вступление женщин в климактерический период сопровождается

увеличением риска развития эпизодов ОМН, особенно у женщин с предшествующим нарушением обмена МК, избыточной массой тела, ожирением и/или повышенным АД. Следовательно, целесообразно выделение группы высокого риска уратного поражения почек у женщин в период не только пост-, но и пременопаузы, а также необходимо проведение в этой группе пациенток профилактических мероприятий, направленных на коррекцию метаболических нарушений.

ƏDƏBİYYAT – LİTERATURA – RERENCES

1. Steele T.H. Hiperuricemic nephropathies // Nephron 1999; 81 (suppl.): 45-49
2. Лебедев М.В., Балкаров И.М., Шовская Т.Н. Уратная нефропатия – причина обратимой острой почечной недостаточности у молодого больного // Терапевтический архив, том 78, 2006, №5, стр.69-71
3. Браунвальд Е. Внутренние болезни М.:1994;Т.8
4. Соловьева О.А., Балкаров И.М., Сметник В.П. и др. Особенности обмена мочевой кислоты у женщин, влияние климактерия // Клиническая медицина. 2005; 5; 42-45
5. Соловьева О.А., Балкаров И.М, Мирошниченко Н.Г., Киреева В.И. Острая мочекислая нефропатия у женщин в период перименопаузы // Терапевтический архив. Том 78, 2006, №10, стр.61-64
6. Лебедев М.В., Балкаров И.М. Диагностика ранней стадии уратной нефропатии / В кн. 2 съезда нефрологов. М.;1999.146
7. Мухин Н.А. Балкаров И.М. и др. Формирование артериальной гипертонии при уратном тубулоинтерстициальном поражении почек // Терапевтический архив.1999; №6, стр.23-27
8. Heller H.J., Sakhaee K, Moe O.W., Pak C.Y. Etiological role of estrogen status in renal stone formation // J. Urol. 2002; 168 (5): 1923-1927

XÜLASƏ

KLİMAKTERİK DÖVRDƏ OLAN QADINLARDA KƏSKİN SİDİK TURŞULU NEFROPATİYANIN YARANMASI

**Sərdarlı F.Z., Həsəniya M.Q., Bəxtiyarova L.B., Cabbarov Ş.M.,
Eminbəyli X.R.**

*Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimlərin Təkmilləşdirmə İnstitutu,
nefrologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

Təqdim olunmuş məqalədə artıq çəkiddən əziyyət çəkən (bədən kütləsi indeksi – 32,4 kq/m²), yüksək arterial təzyiqliq periodik olaraq krizlərlə müşahidə olunan, endometriozla görə uzun müddət hestogen preparatlarla müalicə olunmuş və kəskin böyrək çatışmazlığı inkişaf etmiş kəskin sidik turşulu nefropatyalı klimakterik dövüründə xəstənin tipik klinik hadisəsi təsvir olunmuşdur. Qeyd

etmək lazımdır ki, kəskin sidik turşulu nefropatiyanın ağır formalarının yaranması və bu xəstəliyin kəskin böyrək çatışmazlığı ilə müşayiət olunması nadir hallarda baş verir. Lakin, artıq çəki, piylənmə və yüksək arterial təzyiqdən əziyyət çəkən nəinki post-, premenopauza dövründə olan qadınları böyrəklərinin uratlı zədələnməsinə görə risk qrupuna ayırmaq və metabolik pozğunluqların korreksiyasına yönəlmiş tədrirlərin aparılması məqsədə uyğundur.

Açar sözlər: sidik turşusu, hiperurikemiya, premenopauza dövründə, kəskin sidik turşulu nefropatiya, kəskin böyrək çatışmazlığı

SUMMARY

OCCURRENCE OF ACUTE URIC ACID NEPHROPATY IN CLIMACTERIC PERIOD OF WOMEN

Sardarli F.Z., Hasanova M.Q., Bakhtiyarova L.B., Jabbarov Sh.M., Eminbayli Kh.R.

*Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev,
Department of Nephrology, Baku, Azerbaijan*

The presented article describes a typical clinical case of an overweight (body mass index – 32.4 kg/m²) climacteric patient, with periodic crises of high arterial blood pressure, treated with hestogenic drugs for a long time due to endometriosis, with advanced acute renal failure. It should be noted that the emergence of severe forms of acute uric acid nephropathy and the accompanying of this disease with acute renal failure rarely occur. However, it is appropriate to classify not only post-, but also premenopausal women who suffer from overweight, obesity and high blood pressure into the risk group due to urate damage to their kidneys and to take measures aimed at correcting metabolic disorders.

Keywords: uric acid, hiperuricemiya, acute uric acid nephropathy, premenopausal period, acute renal failure

Redaksiyaya daxil olub: 27.09.2022

Çapa tövsiyə olunub: 12.10.2022

Rəyçi: Dos. S.X.Mehdiyev