

УДК 616.13.15 – 007.27 / 13 – 089	UDC 616.13.15 – 007.27 / 13 – 089
СЛУЧАЙ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ, У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	A CASE OF RENOVASCULAR HYPERTENSION CAUSED BY ATHEROSCLEROTIC STENOSIS OF RENAL ARTERY IN YOUNG FEMALE PATIENT
Чернякова Наталия Сергеевна – к.м.н. <i>ГБУЗ «Краевая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Chernyakova Nataliya Serheevna – MD <i>SBIHC “Region clinic hospital Nr 2”, Krasnodar, Russia</i>
Борщев Алексей Валерьевич <i>ГБУЗ «Краевая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Borshev Alexey Valerievich <i>SBIHC “Region clinic hospital Nr 2”, Krasnodar, Russia</i>
Мерхи Алла Валерьевна <i>ГБУЗ «Краевая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Merkhi Alla Valerievna <i>SBIHC “Region clinic hospital Nr 2”, Krasnodar, Russia</i>
Иванчура Галина Сергеевна <i>ГБУЗ «Краевая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Ivanchura Galina Serheevna <i>SBIHC “Region clinic hospital Nr 2”, Krasnodar, Russia</i>
В статье описан случай артериальной гипертензии у пациентки молодого возраста с атеросклеротическим стенозом правой почечной артерии.	The article presents a case of renovascular hypertension in young woman with atherosclerotic stenosis of right renal artery.
Ключевые слова: АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, АТЕРОСКЛЕРОЗ, СТЕНОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ	Keywords: RENOVASCULAR HYPERTENSION, ATHEROSCLEROSIS, STENOSIS OF RENAL ARTERY

Доля пациентов с вторичными артериальными гипертензиями (АГ) составляет 5–10 % от общего числа больных с повышенным артериальным давлением (АД) [1]. От врача требуется особый подход в выявлении и лечении пациентов с вторичными АГ.

Заподозрить вторичную (симптоматическую) форму АГ и проводить диагностические мероприятия, направленные на ее исключение, необходимо при наличии у пациентов следующих признаков [2]:

- АГ второй степени у пациентов моложе 40 лет или любое повышение АД у детей;
- внезапное острое развитие АГ у пациентов с ранее документированной стойкой нормотонией;
- резистентная АГ;
- АГ третьей степени (или гипертонический криз);
- признаки значительных изменений в органах-мишенях;
- клинические или лабораторные признаки, позволяющие подозревать эндокринные причины возникновения АГ или хроническую болезнь почек (ХБП);
- клинические симптомы синдрома обструктивного апноэ сна;
- симптомы, позволяющие заподозрить феохромоцитому, или семейный анамнез этой опухоли.

Клинический случай

Представляем *клинический случай* вторичной реноваскулярной АГ, обусловленной атеросклеротическим стенозом правой почечной артерии, у пациентки молодого возраста.

Больная Л., 57 лет, поступила в кардиологический центр поликлиники СКАЛ на обследование и лечение (12.07.2018) с жалобами на повышение АД до 180/70 мм рт. ст., головную боль при высоком АД.

Из анамнеза болезни было выяснено, что повышение АД отмечалось с 50 лет, к врачам не обращалась, лекарственная терапия не проводилась. Пациентка обратилась к кардиологу для подбора лечения в связи с ухудшением состояния в течение последнего года и участвовавшими случаями подъема АД.

Из анамнеза жизни удалось установить, что больная имела длительный стаж курения (по 20 сигарет в день более 30 лет). Из перенесенных заболеваний отмечала наличие аномалии развития мочеполовой системы: поясничная дистопия и удвоение правой почки. Наследственность не отягощена.

При объективном исследовании: рост – 170 см, вес – 58 кг, индекс Кетле – 20,1 кг/м². Сердечные тоны нормальной звучности, шумов нет. Пульс – 60 в минуту, удовлетворительного качества. АД на правой и левой руке – 180/80 мм рт. ст.

С учетом жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра был поставлен предварительный диагноз: Гипертоническая болезнь, I стадия, третья степень. Риск 3.

Проведение инструментального обследования

Общий анализ крови без отклонений. В общем анализе мочи отмечался низкий удельный вес (1005 при норме 1015–1025), мочевой осадок без патологии. Показатели биохимического анализа крови: повышен уровень общего холестерина до 5,7 ммоль/л, мочевой кислоты – до 360 мкмоль/л (норма 0–340 мкмоль/л). Уровень креатинина составлял 98,2 мкмоль/л (расчетная скорость клубочковой фильтрации – 85,89 мл/мин/1,73 м² по формуле СКД-ЕРІ, что соответствует 2-й стадии ХБП). Остальные показатели анализа крови, в том числе глюкоза, АЛТ, АСТ, калий были в норме.

На ЭКГ существенных отклонений выявлено не было, на эхокардиографии признаков увеличения размеров сердца не обнаружено, отмечалась диастолическая дисфункция левого желудочка первого типа.

Результаты УЗИ почек: уменьшение размеров правой почки 73×37 мм (в сравнении с левой почкой 104×49 мм) и поясничная ее дистопия.

На ультразвуковом сканировании брахиоцефальных артерий в бифуркациях обеих общих сонных артерий с переходом на устья внутренних сонных артерий лоцировались полуконцентрические кальцинированные атеросклеротические бляшки со стенозом правой (30–35 %) и левой (40–45 %) сонных артерий.

На основе жалоб, с учетом анамнеза и объективного осмотра был поставлен клинический диагноз: Гипертоническая болезнь, II стадия, третья степень: атеросклероз сонных артерий. Риск 3. Гиперхолестеринемия. Сопутствующий диагноз: Поясничная дистопия правой почки. Хронический пиелонефрит, латентная фаза.

Больной рекомендовано бросить курить, были назначены антигипертензивные препараты, а также холестеринснижающая терапия (розувастатин в дозе 10 мг в сутки). Однако назначенное четырехкомпонентное антигипертензивное лечение больной в течение 5 недель (телмисартан – 40 мг в сутки, гидрохлортиазид – 12,5 мг в сутки, амлодипин – 5 мг в сутки, моксонидин – 0,4 мг в сутки) не позволило снизить АД до целевых цифр. Поэтому был предпринят диагностический поиск для исключения вторичной АГ.

Заслуживало внимания то, что у больной была обнаружена поясничная дистопия правой почки. Она могла вызвать гемодинамически значимый изгиб почечной артерии с формированием раннего атеросклеротического поражения почечной артерии, учитывая длительный стаж курения и наличие значительных по объему атеросклеротических бляшек в обеих внутренних сонных артериях.

Пациентка была направлена на ультразвуковое исследование с целью исключения атеросклеротического поражения правой почечной артерии. По данным УЗИ правая почка была уменьшена в размерах, что косвенно подтверждало наличие в ней стеноза артерии.

При проведении ультразвукового сканирования артерий почки в устье правой почечной артерии был выявлен локальный прирост скорости кровотока до 240 см/с. Это стало косвенным свидетельством наличия гемодинамически значимого сужения в этой зоне не менее 70 %.

Больной был поставлен заключительный клинический диагноз:

Артериальная гипертензия сложного генеза (реноваскулярная, ренопаренхиматозная, эссенциальная) третьей степени, резистентная. Риск 4. Аномалия развития мочевыводящей системы (АРМС): Поясничная дистопия правой почки. Хронический пиелонефрит, латентная фаза. ХБП С2. Мультифокальный атеросклероз. Стеноз правой почечной артерии – 70 %. Гемодинамически незначимые (менее 40 %) стенозы сонных артерий.

Пациентка получила консультацию ангиохирурга. Для проведения ангиографии сосудов почек и определения дальнейшей тактики лечения была запланирована госпитализация в кардиохирургическое отделение Краевой клинической больницы № 2. По рекомендации ангиохирурга больная также была направлена на консультации к урологу, нефрологу с целью предоперационного обследования.

На радиоизотопной сцинтиграфии почек были выявлены умеренное снижение фильтрационной и выраженное нарушение экскреторной функции правой почки. Фильтрационная и экскреторная функции левой почки не нарушены.

Пациентка была осмотрена урологом и нефрологом, диагноз подтвержден, предложены рекомендации по диете и приему

фитодиуретиков, а также оперативное лечение стеноза правой почечной артерии.

Пациентка была госпитализирована в кардиохирургическое отделение ККБ № 2. При проведении аортографии поражения брюшной аорты не обнаружено. В процессе выполнения ангиографии сосудов почек выявлено, что правая почечная артерия отходит от брюшной аорты на уровне верхнего края третьего поясничного позвонка, имеется устьевой стеноз – 70 %. Левая почечная артерия раздвоена, отходит на уровне верхнего края второго поясничного позвонка, проходимость сохранена. 22.11.2018 пациентке успешно выполнена транскутанная баллонная ангиопластика правой почечной артерии с имплантацией стента «Herculink Elite».

После выписки из стационара больная находилась под наблюдением кардиолога по месту жительства. После операции в течение нескольких недель у пациентки произошло постепенное снижение АД. Антигипертензивная четырехкомпонентная терапия была отменена. Больная была переведена на прием периндоприла в дозе 5 мг в сутки. Пациентка также принимала розувастатин – 10 мг в сутки. В течение года после установки стента в правую почечную артерию она находилась на двойной антитромбоцитарной терапии (ацетилсалициловая кислота в дозе 100 мг в сутки в сочетании с клопидогрелем 75 мг в сутки под прикрытием ингибиторов протонной помпы).

В марте 2020 г. пациентка поступила на контрольное обследование в кардиологический центр поликлиники СКАЛ и подтвердила, что отказалась от курения. На фоне регулярного приема периндоприла в дозе 5 мг в сутки и розувастатина в дозе 10 мг в сутки сохранялось нормальное значение АД. Уровень общего холестерина снизился с 5,7 до 4,2 ммоль/л, при этом уровень холестерина липопротеидов низкой плотности составлял 1,6 ммоль/л. Для достижения целевых показателей липидного обмена было

рекомендовано добавить к лечению эзетимиб в дозе 10 мг в сутки. По результатам анализа удельный вес мочи увеличился с 1005 до 1025. На контрольной ультразвуковой доплерографии сонных артерий степень атеросклеротического стеноза внутренних сонных артерий по сравнению с 2018 г. не увеличилась. На контрольной ультразвуковой доплерографии почечных артерий признаков рестеноза правой почечной артерии не выявлено.

Обсуждение

К гемодинамическим АГ принято относить вторичные гипертензии, возникновение которых обусловлено заболеваниями сердца и сосудов, что приводит к местным гемодинамическим нарушениям.

Гемодинамическая АГ может сопровождать следующие заболевания и состояния: тяжелая недостаточность аортального клапана, коарктация аорты, атеросклероз (в том числе атеросклероз аорты, сосудов головного мозга, почечных артерий), неспецифический аортоартериит, полицитемия, анемия, тиреотоксикоз, полная атриовентрикулярная блокада, гиперкинетический гиперциркуляторный синдром [3].

Под реноваскулярной гипертензией понимают патологическое состояние. Оно развивается вследствие стенозирующего заболевания почечных артерий, приводит к повреждению почечных механизмов регуляции гемодинамики и характеризуется длительным и стойким повышением АД.

Наиболее частыми причинами возникновения стеноза почечной артерии являются атеросклероз и фибромускулярная дисплазия (врожденное расстройство). Другие причинные факторы (системные васкулиты, субтотальные тромботические окклюзии, опухолевые заболевания) встречаются значительно реже. Атеросклероз почечных

артерий может быть изолированным или сочетаться с поражением других бассейнов – обычно устья и проксимальной трети почечной артерии.

Патогенез АГ при стенозе почечной артерии обусловлен развитием ишемии почки и юкстагломерулярного аппарата, генерирующего ренин. Гиперренинемия, а также задержка натрия и воды вследствие ишемической тубулопатии и повреждение простагландин-синтезирующих клеток тубулоинтерстициальной ткани, участвующих в регуляции АД, приводят к его повышению.

Заподозрить стеноз почечной артерии можно по следующим клиническим признакам: появление АГ в возрасте до 30 лет или быстрое ее прогрессирование после 50 лет, истинная резистентность к лечению по многокомпонентной схеме, различия в размерах почек более 1,5 см по данным УЗИ, быстрое ухудшение их функции (спонтанное или при назначении блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы) [4].

Наиболее надежным методом лечения стеноза почечной артерии является баллонная ангиопластика со стентированием. Восстановление кровотока в почечной артерии методом ангиопластики в 85 % случаев приводит к снижению АД. Вероятность рестеноза в значительной степени снижается, если имеется изолированное поражение почечной артерии, а возрастает при распространении атеросклеротического поражения от брюшной аорты на устья почечной артерии [5].

Необычность рассмотренного случая заключается в том, что атеросклероз почечных артерий наблюдается чаще у мужчин среднего и пожилого возраста. У нашей пациентки повышение АД началось в относительно молодом возрасте (50 лет) и было обусловлено влиянием провоцирующих факторов – курение и наличие поясничной дистопии правой почки.

Заключение

Резистентность АГ у пациентки была обусловлена гипоперфузией правой почки. По мнению А. Шопенгауэра, «болезнь есть целебное средство самой природы с целью устранить расстройство в организме; следовательно, лекарство приходит лишь на помощь целительной силе природы».

Большим достижением современной медицины является возможность оптимизации почечного кровотока с помощью процедур реваскуляризации. У пациентки удалось нормализовать АД только после устранения стеноза почечной артерии. При его наличии медикаментозное лечение способствует стойкому снижению АД. Однако в дальнейшем без проведения реваскуляризации почки возможно ухудшение почечной функции и снижение объема почечной паренхимы.

Список литературы

1. Огороков А. Н. Лечение болезней внутренних органов: практ. руководство. В 3-х т. Т. 3. Кн. 2. – Минск: Вышэйшая школа; Витебск: Белмедкнига, 1997. – 480 с.
2. Кобалава Ж. Д. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского общества кардиологов / Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии 2018 г. / Ж. Д. Кобалава, А. О. Конради, С. В. Недогода [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2018;(12):131–42.
3. Шустов С. Б. Артериальные гипертензии / С. Б. Шустов, В. А. Яковлев, В. Л. Баранов, Л. С. Карлов. – СПб.: Специальная литература, 1997. – 320 с.
4. Кардиология. Национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 816 с.
5. Кардиология в таблицах и схемах / под ред. М. Фрида и С. Грайнса. – М.: Практика, 1996. – 736 с.