

Атеросклеротическое поражение почечной артерии

Панюгова Е.В., Панченко Е.П., Савченко А.П., Руденко Б.А., Михайлов Д.В., Карпов Ю.А.

НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ, Москва

Больной Г., 44 лет, поступил в отделение ангиологии НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова с **жалобами** на повышение АД до 230/120 мм рт. ст, сопровождающееся выраженной головной болью. Считает себя больным в течение последних 10 мес, когда впервые было выявлено повышение АД до 230/120 мм рт. ст. **При обследовании** в поликлинике и стационаре по месту жительства был поставлен диагноз гипертонической болезни. В качестве гипотензивной терапии на протяжении 8 мес принимал атенолол 100 мг, эналаприл 10 мг, триампур 1 таб. На этом фоне АД сохранялось в пределах 175-180/100 мм рт. ст. Симптоматического характера **артериальной** гипертонии (АГ) заподозрено не было.

При осмотре: АД 180/100 мм рт. ст. на обеих руках (на фоне лечения), пульс 72 удара в 1 мин, ритмичный. Выслушивался неинтенсивный систолический шум на уровне пупка справа от средней линии живота.

В анализах мочи отмечалась преходящая протеинурия (до 0,07% о). Показатели концентрационной и азотовыделительной функций почек в норме.

В анализах крови повышение показателя общего холестерина до 6,48 ммоль/л.

При рентгенологическом исследовании тень сердца расширена в поперечнике, уплотнение аорты.

На ЭКГ - признаки изменения миокарда, возможно, связанные с метаболическими нарушениями.

Глазное дно - гипертоническая ангиопатия сетчатки I ст.

При проведении ЭхоКГ обнаружено уплотнение аорты, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка - 1,1 см, в остальном без особенностей.

При ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) брахиоцефальных артерий - начальные признаки **их атеросклеротического поражения** в виде утолщения, уплотнения стенки в области бифуркации брахиоцефального ствола, протяженного участка сужения в средней трети правой общей сонной **артерии** до 20% за счет гомогенной средней плотности **атеросклеротической** бляшки.

По данным **УЗИ почек**, кроме увеличенных размеров левой почки (до 13,5 x 5,5 см), других патологических изменений не выявлено.

По результатам **сцинтиграфии почек** обнаружено замедление выведения радиофармпрепарата (99mTc ДТГА) правой почкой.

При **УЗДГ почечных артерий** выявлены признаки гемодинамически значимого стеноза основного ствола правой почечной артерии.

Таким образом, по данным первичного обследования больного имелись **признаки стеноза правой почечной артерии**, что позволило заподозрить вазоренальный характер артериальной гипертонии. Для уточнения степени **поражения** правой почечной артерии были проведены компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, электронно-лучевая с контрастированием **почечных артерий** (рис. 1). По данным этих методов исследования выявлен **проксимальный стеноз (до 70%) правой почечной артерии** протяженностью 0,8 см с постстенотическим расширением.

По результатам проведенной брюшной аортографии с селективной ангиографией почечных артерий было подтверждено наличие **концентрического стеноза (70%) в проксимальном отделе правой почечной артерии** с градиентом давления проксимальнее и дистальнее стеноза 100 мм рт. ст. (рис. 2а).

Учитывая наличие критического стеноза правой почечной артерии, рефрактерность АГ к проводимой антигипертензивной терапии (на фоне амлодипина 10 мг, атенолола 50 мг, эналаприла 20 мг АД сохранялось на уровне 160-170/90-100 мм рт. ст.), имелось основание полагать, что **АГ является симптоматической вследствие сужения правой почечной артерии**. Выявленные начальные **атеросклеротические** изменения брахиоцефальных артерий и аорты, повышенный уровень общего холестерина крови и особенности морфологических признаков по результатам ангиографии **дали основание предположить атеросклеротический характер возникновения стеноза**. С целью устранения причины развития АГ, коррекции АД и сохранения функций правой почки больному была проведена **баллонная ангиопластика правой почечной артерии** со стентированием **пораженного** сосуда, которая прошла без осложнений (рис. 2б).

После проведения процедуры сразу удалось уменьшить в 2 раза дозы принимаемых препаратов. На фоне терапии атенололом 25 мг, амлодипином 5мг, эналаприлом 10 мг АД стабилизировалось на цифрах 140/80 мм рт. ст. В дальнейшем было рекомендовано постепенно снижать дозы принимаемых препаратов под контролем АД.

С целью профилактики рестеноза была назначена терапия ацетилсалициловой кислотой 100 мг и тиклопидином 500 мг в сутки, которые больной принимал в течение последующих 3 мес. При амбулаторном обследовании больного через 5 мес на фоне монотерапии атенололом 12,5 мг/сут АД сохранялось в пределах 130-140/80-90 мм рт. ст. При контрольной УЗДГ признаков гемодинамически значимого стеноза не выявлено.

Приложения к статье

Летальность при острой почечной недостаточности достигает 65% и практически не снизилась с 1950 гг.

Нежелательные лекарственные эффекты: потенциально нефротоксичны аминогликозиды, цефалоспорины, амфотерицин В, йод-содержащие рентгеноконтрастные препараты, цисплатин и др. препараты

Осложнения длительного гемодиализа: геморрагические, инфекционные, инфаркты миокарда, инсульты, деменция, остеопатия, амилоидоз, образование и малигнизация кист почек

Противопоказания к биопсии почки:
выраженные нарушения гемостаза, единственная почка, диастолическое АД выше 90 мм рт. ст.,
неспособность пациента к сотрудничеству

Риск развития острой почечной недостаточности
в ответ на введение йод-содержащих
рентгеноконтрастных препаратов наиболее высок
(до 75%) у больных сахарным диабетом с
нарушением почечной функции

Стоимость федеральной программы по диализу
в США составляет около 7 млрд долл.

Терапевтическое лечение ОПН включает
введение фуросемида и/или допамина, который
может вызывать дилатацию сосудов почек

У больных ХПН 50 % летальных исходов -
следствие инфаркта миокарда или церебрального
инсульта

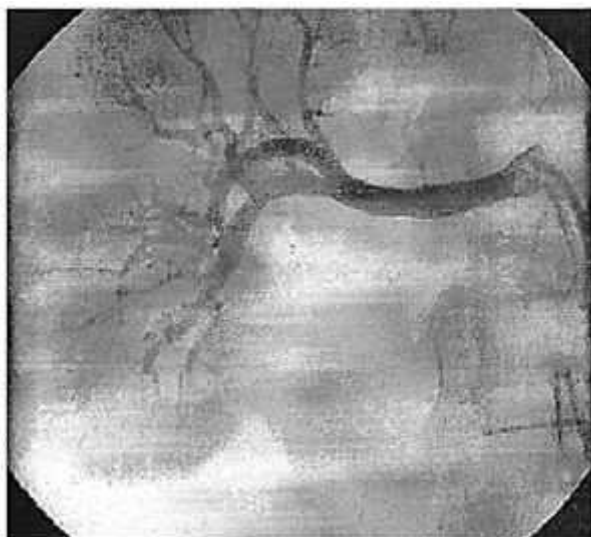


Рис. 1. Электронно-лучевая томография с контрастированием почечных артерий.



Рис. 2а.

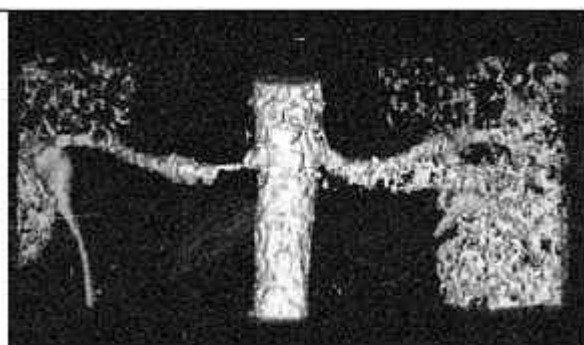


Рис. 2б.

Результаты брюшной аортографии с селективной ангиографией почечных артерий:
а) до операции; б) после баллонной ангиопластики правой почечной артерии.