

РЕНОВАСКУЛЯРНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Шахназарян Рубен Людвигович

студент, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, РФ, г. Санкт-Петербург

Арушанова Эмма Арташесовна

студент, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, РФ, г. Санкт-Петербург

RENOVASCULAR HYPERTENSION. A MODERN APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT

Ruben Shakhnazaryan

Student, North West state Medical University named after I.I. Mechnikov, Russia, St. Petersburg

Emma Arushanova

Student, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Russia, St. Petersburg

Аннотация. В представленном обзоре рассмотрены вопросы этиологии и патогенеза реноваскулярной болезни, ее клинические проявления и подходы к диагностике. Проанализированы основные неинвазивные диагностические методы: функциональные тесты и диагностические изображения. Большое внимание уделено методам ультразвуковой диагностики, рассмотрены значение компьютерно-томографической и магнитно-резонансной ангиографии в диагностике реноваскулярной болезни, их преимущества и недостатки, показания и перспективы применения. Определены осложнения при проведении этих исследований и пути их предупреждения.

Ключевые слова: реноваскулярная болезнь, дуплексная доплеровская ультрасонография, магнитно-резонансная ангиография, компьютерно-томографическая ангиография.

Введение. Реноваскулярная болезнь (RVH) – комплексное заболевание, что приводит к развитию вазоренальной артериальной гипертензии (ВАГ), а наиболее распространенными ее факторами являются фибромускулярная дисплазия (ФМД) и атеросклеротическая болезнь (АСХ) [1].

Анализ современных публикаций. Вторичная гипертензия реноваскулярного генеза встречается часто в клинической практике, ее распространенность оценивается в пределах 1-5% от всех случаев гипертензий. Благодаря росту возможностей современной лучевой

диагностики раннее выявление RVH позволяет значительно повысить эффективность лечения, поэтому все больше клинических исследований направляется на совершенствование диагностики и лечения этих состояний.

Выделяют три основные формы RVH[1], которые некоторые авторы рассматривают как этапы ее клинической манифестации [2]: асимптоматический стеноз почечной артерии (СПА), ВАГ и ишемическая нефропатия. Анатомическая обструкция почечной артерии (ПА)при СПА приводит к снижению перфузионного давления и активации ренин-ангиотензиновой системы, прямым физиологическим следствием которой является развитие ВАГ. Уменьшение перфузии почек, особенно при общей почечной ишемии (билатеральные СПА, СПА единственной почки или унилатеральный СПА при пораженной контралатеральной почке),также приводит к прогрессирующему снижению функциональной способности почек и развитию ишемической нефропатии. Следует отметить, что наличие СПА у пациентов с артериальной гипертензией или почечной дисфункцией не обязательно свидетельствует о наличии ВАГ или ишемической нефропатии [1].

Как было отмечено, причинами возникновения RVH могут быть ФМД (10-15%) и АСХ(85-90% всех случаев) [4]. ФМД – это невоспалительное заболевания сосудов, проявляющееся преимущественно у молодых женщин, при котором могут быть поражены любые артерии, однако чаще всего это почечные, сонные и позвоночные артерии. Клинически для ФМД свойственна артериальная гипертензия,обычно эффективно лечится ингибиторами АПФ и блокаторами рецепторов ангиотензина II (ИАПФ / БРА),при этом развитие почечной недостаточности не характерно [1, 4].

АСХ болеют преимущественно мужчины пожилого возраста, при этом атеросклеротическое поражение сосудов чаще имеет системный характер, поражаются проксимальная часть основной ПА, характерно сочетание ВАГ с эссенциальной гипертензией; при лечении ИАПФ / БРА вследствие поражения почечной паренхимы и снижение транскапиллярного артериального давления ускоряется развитие почечной недостаточности (особенно при двустороннем поражении ПА или поражении единственной почки). АСХ часто сопровождается сердечно-сосудистыми осложнениями(ССУ), такими как инсульт, инфаркт миокарда и острая коронарная смерть [1]. Часто наблюдается сочетание ФМД и АСХ у пациентов старшеговозраста.

Первичная клиническая диагностика реноваскулярной болезни

- раннее начало артериальной гипертензии у лиц в возрасте до 30 лет (преимущественно женщин) с поликистозом почек, в анамнезе усиленная, резистентная, злокачественная артериальная гипертензия, внезапное начало артериальной гипертензии ввозрасте более 55 лет (при подозрении на АСХ), ухудшение функционального состояния почек в ответна лечение ИАПФ / БРА;

- разница в размерах почек более 1,5 см;

- другое необъяснимое снижение функции почки (спонтанное или в ответ на назначение этих препаратов), что подтверждается повышением уровня креатинина> 30%уровня до лечения.

Как отмечалось выше, ФМД и АСХ – два принципиально различных патологических процесса, диагностика и лечение при которых значительно отличаются [1]. Причиной артериальной гипертензии в 85-90% случаев является АСХ, большинство случаев RVH вызвана атеросклеротическим поражением сосудов, вследствие чего этому патологическому состоянию уделяется больше внимания клиницистов.

Неинвазивные методы диагностики RVH разделяют на две группы: функциональные тесты и диагностические изображения [1]. К функциональным тестам относят определение активности ренина плазмы, каптоприловый тест, селективное исследования ренина в почечных венах, сцинтиграфию почек с каптоприлом. В некоторых случаях по результатам этих тестов можно предположить клинический ответ на интервенционное лечение. Согласно европейским рекомендациям по диагностике СПА [6], функциональные тесты имеют III класс рекомендаций, уровень доказательств В.

Важными ограничениями к применению этих методов является то, что точность их снижается при почечной недостаточности или билатеральном поражении почечных сосудов; также использование этих методов часто требует прекращения антигипертензивной терапии, которая влияет на ренин-ангиотензиновую систему. К неинвазивным модальностям для получения диагностических изображений принадлежат дуплексная доплеровская ультрасонография (ДДУС) почек, магнитно-резонансная ангиография (МРА) и компьютерно-томографическая ангиография (КТА). Ни один из этих методов не позволяет полностью возразить RVH в случае отрицательного результата, однако они высокоинформативны при положительном результате у пациентов с высоким риском.

Лечение RVH на фоне АСХ, кроме вторичной профилактики атеросклероза, направленно на сохранение функции паренхимы почки, нормализацию артериального давления и снижение риска ССЗ.

Основные направления терапии – медикаментозная терапия и реваскуляризация. Медикаментозная терапия ИАПФ / БРА и антагонистами кальция назначается при RVH, связанной с односторонним СПА умеренной или тяжелой степени (класс рекомендаций I, уровень доказательств B), и считается эффективной при достижении контролируемого артериального давления в течение нескольких месяцев без ухудшения функции почек [5]. Медикаментозное лечение противопоказано при двустороннем тяжелом СПНА и при СПА единственной почки (класс рекомендаций III, уровень доказательств B), а также при наличии анатомически и функционально значимого стеноза ПА, при возникновении ССЗ в виде периодической застойной сердечной недостаточности и внезапного отека легких с сохраненной систолической функцией левого желудочка и острой олиго/ануричной почечной недостаточностью с ишемией почек.

Вывод. Таким образом, проблема диагностики и лечения реноваскулярной гипертензии остается актуальной на данный момент. Комплексное вовлечение в патологический процесс сердечно-сосудистой системы и почек, неоднозначные клинические признаки и сложности раннего выявления заболевания повышают риск возникновения тяжелых осложнений и уровень угрозы жизни пациента. С другой стороны, сложные инвазивные методы, что являются наиболее информативными, также могут вызывать осложнения и требуют взвешенного подхода к их применению. Таким образом, изучение и внедрение в практику современных неинвазивных методов с высокой диагностической эффективностью заслуживает пристального внимания исследователей и практических врачей.

Список литературы:

1. Bloch M.J., Basile J. The diagnosis and management of renovascular disease: a primary care perspective. Part I. Making the diagnosis // J. Clin. Hypertens. (Greenwich).– 2003.– Vol. 5 (3).– P. 210–218
2. Garovic V.D., Textor S.C. Renovascular hypertension and ischemic nephropathy // Circulation.– 2005.– Vol. 112 (9).– P. 1362–1364.
3. Greco B.A., Breyer J.A. Atherosclerotic ischemic renal disease // Am. J. Kidney Dis.– 1997.– Vol. 29 (2).– P. 167–187.
4. Katritsis D.G., Gersh B.J., Camm A.J. Clinical Cardiology: Current Practice Guidelines: updated edition.– Oxford University Press, 2016.– 1008 p.
5. Plouin P.F. Stable patients with atherosclerotic renal artery stenosis should be treated first with medical management // Am. J. Kidney Dis.– 2003.– Vol. 42 (5).– P. 851–857.
6. Tendera M., Aboyans V., Bartelink M.-L. 2011 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases // Eur. Heart J.– 2011.– Vol. 32.– P. 2851–2906.