

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Н.Ю. Савельева, А.Ю. Жержова, Н.С. Антипина, Л.И. Гапон

Филиал Учреждения Российской академии медицинских наук, Научно-исследовательского института кардиологии Сибирского отделения РАМН, Тюменский кардиологический центр, г. Тюмень.

Савельева Нина Юрьевна, e-mail: nkard@rambler.ru

Среди пациентов с артериальной гипертонией выделяется группа больных с симптоматическими артериальными гипертониями. В данном исследовании оценивались особенности клинического течения и состояния органов-мишеней АГ у пациентов с вазоренальной гипертонией.

Ключевые слова: артериальная гипертония, вазоренальная гипертония, органы-мишени.

Among patients with an arterial hypertension the group of patients with symptomatic arterial hypertension is allocated. In the given research features of a clinical current and a condition of target organs АГ at patients with a renovascular hypertension were estimated.

Keywords: the Arterial hypertension, a renovascular hypertension, target organs.

Введение

Среди пациентов с артериальной гипертонией (АГ) традиционно есть одна из самых сложных категорий – это пациенты с симптоматическими артериальными гипертониями. Несмотря на высокий современный уровень развития визуализационной техники, в диагностике и лечении этой патологии остается много неясных вопросов. Кроме сложностей диагностического процесса, течение заболевания у пациентов с вторичными гипертониями наиболее часто сопровождается рефрактерностью к гипотензивной терапии. Вазоренальная гипертония (ВРГ) занимает особое место среди симптоматических артериальных гипертоний из-за мнимой простоты диагностики и возможности радикального излечения и находится на стыке разных отраслей медицины – кардиологии, урологии, нефрологии, сосудистой хирургии. Кроме того, это объясняется ее достаточно большой распространенностью (1-6% от числа всех пациентов с АГ) [3], наиболее высоким риском развития сосудистых осложнений, связанных с тяжелым течением АГ [5,10].

Несмотря на достигнутые успехи в хирургическом лечении больных ВРГ, неудовлетворительные результаты реконструктивных операций, составляют от 12 до 36% [8,4,7]. Считается, что за такой низкой результативностью, стоит генетически обусловленная артериальная гипертония. Кроме того, отсутствие эффекта от оперативного лечения связано с неизбежным развитием артерио- и артериолосклероза, что является наиболее точным критерием третьей стадии АГ.

Целью нашего исследования была оценка особенностей клинического течения и состояния органов-мишеней АГ у пациентов с вазоренальной гипертонией. Группу сравнения составили больные с эссенциальной артериальной гипертонией 3 степени.

Материал и методы

В исследование включены 16 пациентов с ВРГ средний возраст $49,2 \pm 3,4$ лет, (мужчин 10; женщин 6); стаж АГ $16,3 \pm 2,4$ лет; ИМТ $27,4 \pm 1,6$; уровень «офисного» систолического АД (САД) $179 \pm 7,07$ мм.рт.ст., диастолического АД (ДАД) - $109 \pm 4,5$ мм.рт.ст. В группу сравнения включены 28 пациентов (11 мужчин и 17 женщин), средний возраст составил $45,2 \pm 1,8$ лет; стаж АГ $14,9 \pm 1,3$ лет; ИМТ $28,9 \pm 1,6$; уровень «офисного» САД $181,8 \pm 5,1$ мм.рт.ст., ДАД $115 \pm 5,2$ мм.рт.ст. (различия не имели статистической достоверности).

Все пациенты обследованы в условиях специализированного отделения артериальной гипертонии Тюменского кардиологического центра. Диагноз ВРГ исключался после проведения общепринятого 2-х этапного обследования с проведением ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) почечных артерий и брюшной контрастной ангиографии (БАГ). Критериями исключения были наличие вторичной артериальной гипертонии другой этиологии, наличие сахарного диабета и ХПН, отсутствие рефрактерности к гипотензивной терапии (достижение целевого уровня АД через 3 месяца от начала приема комбинированной гипотензивной терапии, включающей 3-4 гипотензивных препарата, один из которых – диуретик). При отсутствии выставленного диагноза и противопоказаний, пациентам проводились нагрузочные тесты для исключения ишемической болезни сердца (ИБС). Трем пациентам (18,75%) выполнена транслуминальная баллонная ангиопластика почечной артерии с имплантацией стента; двум пациентам (12,6%) выполнена чревоартериальная эндоартерэктомия; 1 пациенту (6,25%) со стенозом единственной почки также выполнена чревоартериальная эндоартерэктомия. 10 пациентам оперативное лечение не проведено в силу различных причин (отказ пациента, позднее обращение, экономические аспекты).

Причинами ВРГ, по данным БАГ являлись: у 14 пациентов (87,5%) - гемодинамически значимый (более 75%) атеросклеротический стеноз почечной артерии, у одной пациентки – выявлена окклюзия почечной артерии – стеноз более 90% просвета); у одного пациента (6,3%) – фибромускулярная дисплазия почечной артерии.

Специальными методами исследования были: эхокардиография (ЭХО-КГ) на приборе «Аloka» SSD – 650 с электронным датчиком 3,5 МГц и исследование уровня микроальбуминурии (МАУ) в суточной моче на иммунохимическом анализаторе белков (Orion Diagnostica, Финляндия). Относительную толщину стенки ЛЖ определяли как отношение суммы толщины стенок ЛЖ к поперечному диаметру его полости в конце диастолы. Тип геометрии миокарда ЛЖ определяли соответственно классификации [9]. Выделялись следующие типы ремоделирования ЛЖ: 1) с нормальной морфологией ЛЖ (индекс массы миокарда ЛЖ < 125 г/м², относительная толщина стенок ЛЖ $\leq 0,45$); 2) концентрическое ремоделирование ЛЖ (индекс массы миокарда ЛЖ < 125 г/м², относительная толщина стенок ЛЖ $> 0,45$); 3) концентрическая гипертрофия ЛЖ (индекс массы миокарда ЛЖ ≥ 125 г/м², относительная толщина стенок ЛЖ $\geq 0,45$); 4) эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (индекс массы миокарда ЛЖ ≥ 125 г/м², относительная толщина стенок ЛЖ $\leq 0,45$).

Для статистической обработки данных применяли пакет статистических программ «SPSS 10,0 for Windows» (США) и «Statistica 6,0». Данные описательной статистики протяженных переменных представлены, как $M \pm SD$ (среднее $\pm$ стандартное отклонение). При проведении статистического анализа предварительно определялось соответствие выборок закону нормального распределения. При отсутствии такового – использовались непараметрические методы статистической обработки материала. Для признаков с нормальным распределением использовался критерий Dunnett. При ненормальном распределении – критерий Х², критерий Манна-Уитни, критерий Крускала – Уоллиса, точный метод Фишера.

Результаты и их обсуждение

Как указывалось выше, пациенты обеих групп не имели достоверных различий по возрасту, стажу АГ, уровню «офисного» АД. У всех пациентов имел место малосимптомный, бескризовый характер течения заболевания. Частота

таких жалоб, как головные боли, головокружение, кардиалгии, нарушение сна не отличались в обеих группах. При объективном осмотре у 6 пациентов (37,5%) имел место шум над проекцией почечной артерии.

Признаки	ВРГ (n=16)	ЭГ (n=28)
Функциональный класс ИБС		
I	10 (66,7%)*	7 (25%)
II	-	-
III	2 (12,5%)	-
Функциональный класс ХСН		
I	6 (37,5%)	18 (64,3%)

Таблица 1. Характеристика функциональных классов ИБС и хронической сердечной недостаточности у обследованных больных
Примечание: ВРГ- вазоренальная гипертензия, ЭГ- эссенциальная гипертензия, *- $p < 0,05$

У 5 пациентов (31,25%) анализируемой группы повышение АД не сопровождалось какой-либо клинической симптоматикой и было выявлено случайно, на профилактическом медосмотре. У остальных АГ носила тяжелый характер, сопровождалась клиническими проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии различной степени тяжести. У одной больной (6,25%) на глазном дне определялась неполная атрофия диска зрительных нервов. В анализируемой группе частота встречаемости ИБС (83,3%) была достоверно выше ($p < 0,001$), чем в группе сравнения (25%). Острые коронарные синдромы в анамнезе имели место у 3 пациентов основной группы (18,8%) и не были обнаружены в группе сравнения. У 3 пациентов анализируемой группы (18,75%) имели место ОНМК по ишемическому типу в анамнезе. У двоих (12,5%) - заболевание сочеталось с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей. У 7 (43,75%) заболевание привело к стойкой утрате трудоспособности и определению II группы инвалидности (таблица 1).

Степень поражения сосудов глазного дна, тяжесть проявлений дисциркуляторной энцефалопатии не имела достоверных различий в обеих группах. Как известно, АГ ассоциируется со сложной картиной структурных изменений сердечно-сосудистой системы, что выражается в развитии гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) и изменении его формы (ремоделировании), утолщении стенок крупных и мышечных артерий. Наличие ГЛЖ у больных с АГ ассоциируется с более высоким риском заболеваемости и смертности. В рамках Фремингемского исследования показано, что наличие ГЛЖ сопряжено с пятикратным увеличением смертности в течение 5 лет наблюдения [11].

Гипертрофия левого желудочка у больных с АГ сопровождается активацией симпат-адреналовой системы (САС). Уровень экскреции ее гормонов и медиаторов сопряжен с видом ремоделирования, нарушением архитектоники ЛЖ, а не со степенью увеличения его массы. Так, у пациентов с концентрическим типом гипертрофии ЛЖ отличительной особенностью функционирования САС является развитие гормонально-медиаторного дисбаланса в сторону преобладания активации гормонального звена при умеренной и выраженной концентрической ГЛЖ. Это проявляется увеличением процентного содержания адреналина при умеренной концентрической ГЛЖ и увеличением экскреции адреналин/норадреналин при выраженной концентрической ГЛЖ. У пациентов с эксцентрической ГЛЖ регистрируется гормонально-медиаторная диссоциация в сторону активации медиаторного звена симпат-адреналовой системы [6,12].

У больных с нефрогенными АГ, по сравнению с ЭГ, заболевание протекает при более высоком уровне АД и достоверно чаще сопровождается формированием концентрического типа ГЛЖ, которая, по данным литературы, является наиболее неблагоприятной формой последней [11].

В нашем исследовании анализ типов ремоделирования ЛЖ в обеих группах показал, что у пациентов с ВРГ достоверно чаще ($p < 0,05$) встречалась концентрическая гипертрофия левого желудочка, как уже отмечалось, наиболее неблагоприятная ее форма [2]. Индекс массы миокарда ЛЖ в анализируемой группе составил $162,33 \pm 7,97$ г/м², в группе сравнения - $136,5 \pm 8,5$ г/м² (различия не имеют статистической достоверности) (таблица 2).

Таблица 2. Типы ремоделирования левого желудочка у больных ВРГ

Группа	Нормальная геометрия ЛЖ	Концентрическое ремоделирование ЛЖ	Концентрическая гипертрофия ЛЖ	Эксцентрическая гипертрофия ЛЖ
ВРГ(n=16)	8,3%	8,3%	83,3%*	-
ЭГ(n=28)	25%	28,6%	42,9%	3,6%

Примечание: ВРГ- вазоренальная гипертензия, ЭГ- эссенциальная гипертензия, ЛЖ- левый желудочек, *- $p < 0,05$.

Еще одним важным критерием поражения органов-мишеней, отражающим степень риска развития сосудистых осложнений у пациентов с АГ является уровень микроальбуминурии (МАУ). МАУ отражает не только степень вовлечения в патологический процесс почек, но и степень генерализации микроангиопатии, характеризую общий риск сердечно-сосудистых осложнений. У больных с клиническими проявлениями сосудистого поражения (инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей) МАУ встречается значительно чаще, чем у пациентов без подобных проявлений [8,13]. Таким образом, степень МАУ отражает не только давность сосудистого поражения, но и его тяжесть. Больные с МАУ чаще госпитализируются и имеют тенденцию к более тяжелому течению заболевания. При наличии МАУ вероятность развития ИБС и ее осложнений возрастает в 2,4 раза [7].

Наличие МАУ повышает как общую, так и сердечно-сосудистую смертность. Выраженность МАУ нарастает с увеличением тяжести артериальной гипертензии. МАУ прямо коррелирует с уровнями систолического, диастолического АД, нагрузкой давлением и ночной вариабельностью диастолического АД [13].

Макропротеинурия у больных ВРГ, по данным литературы, встречается в 62,3% случаев. Проведенный нами анализ частоты встречаемости микроальбуминурии (МАУ) при ВРГ показал, что МАУ достоверно ($p < 0,05$) чаще встречается у этой категории пациентов: в основной группе (83,3%) и в группе сравнения (42,9%), хотя, средний уровень суточной экскреции альбумина с мочой достоверно не отличался в обеих группах и составил в основной группе $78,5 \pm 37,4$ мг/сут, в группе сравнения - $51,2 \pm 24,9$ мг/сут.

Вывод

Таким образом, при наличии идентичных показателей характера синдрома артериальной гипертонии и основных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов ВРГ и эссенциальной гипертонией, анализ клинического течения и степени поражения органов-мишеней АГ позволяет выделить некоторые особенности артериальной гипертонии при ВРГ и предположить наличие связи атеросклеротического процесса в почечных артериях с особенностями течения заболевания. Таковыми являются: более частая встречаемость ИБС и микроальбуминурии и преобладание ремоделирования ЛЖ по типу концентрической гипертрофии при отсутствии достоверных отличий в значении индекса массы миокарда левого желудочка.