



Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии»
Минздрава России
отдел ангиологии

Клинический разбор

Докладчики:

старший научный сотрудник отдела ангиологии **Булкина Ольга Самуиловна**
клинический ординатор 2 года обучения **Хуламханова Амина Залимовна**

24.02.2022

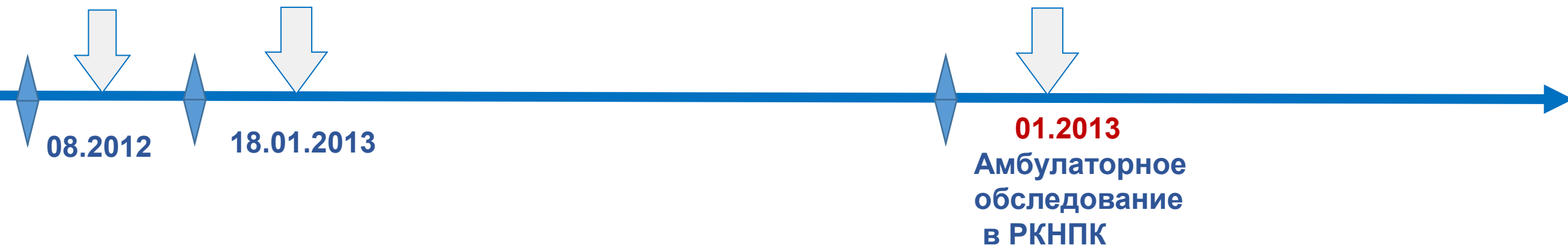


История заболевания (1)

Больной У., 1966 г.р.

Эпизод слабости, дурноты. Артериальное давление не контролировал

Эпизод слабости, дурноты. Артериальное давление 240/160 мм рт.ст. После приёма каптогена АД 180/110 мм рт.ст., в дальнейшем отмечалась стабильная АГ на уровне 170-220/100-110 мм рт.ст. Амбулаторно несколько дней получал ренитек (ренитек вызывал жидкий стул). Назначен конкор 5 мг в сочетании с нормодипином 10 мг/сут, на этом фоне АД 150-155/100-105 мм рт.ст.





Больной У., 1966 г.р. (46 лет)

Жалобы

- эпизоды повышения АД максимально до 240/160 мм рт.ст., сопровождающиеся общей слабостью, дурнотой, пошатыванием при ходьбе
- ухудшение зрения (расплывчатость контуров предметов, букв при длительном чтении)
- повышенная утомляемость



Обследование в РКНПК МЗ РФ в 01.2013 г.

- УЗИ почек: Обе почки – в типичном месте, контуры ровные, у обеих почек паренхима нормальной толщины и эхогенности, дифференцирована, чашечно-лоханочные системы не расширены. Размеры в пределах нормы: правая 118-57 мм, левая 112-52 мм. При дуплексном сканировании почечных артерий: обе отходят от аорты в типичном месте, **в проксимальном отделе левой – УЗДГ картина гемодинамически значимого стеноза**
- Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий - **стеноз до 60 % в устье правой позвоночной артерии, до 20% в правой ОСА.**
- В анализах крови от января 2013 г отмечалось **повышение уровня креатинина до 127 мкмоль/л, холестерина до 6,38 мкмоль/л.**



История заболевания

Больной У., 1966 г.р.

Эпизод слабости, дурноты. Артериальное давление не контролировал

Эпизод слабости, дурноты. Артериальное давление 240/160 мм рт.ст.. После приёма капотена АД 180/110 мм рт.ст

По УЗИ выявлен стеноз левой почечной артерии, снижение выделительной функции почек, дислипидемия
От лечения ренитеком отказался

Конкор 5 мг

Амлодипин 10 мг

Крестор 10 мг

08.2012

18.01.2013

01.2013

03.2013

Амбулаторное обследование в РКНПК

Стационарное лечение 4 к/о

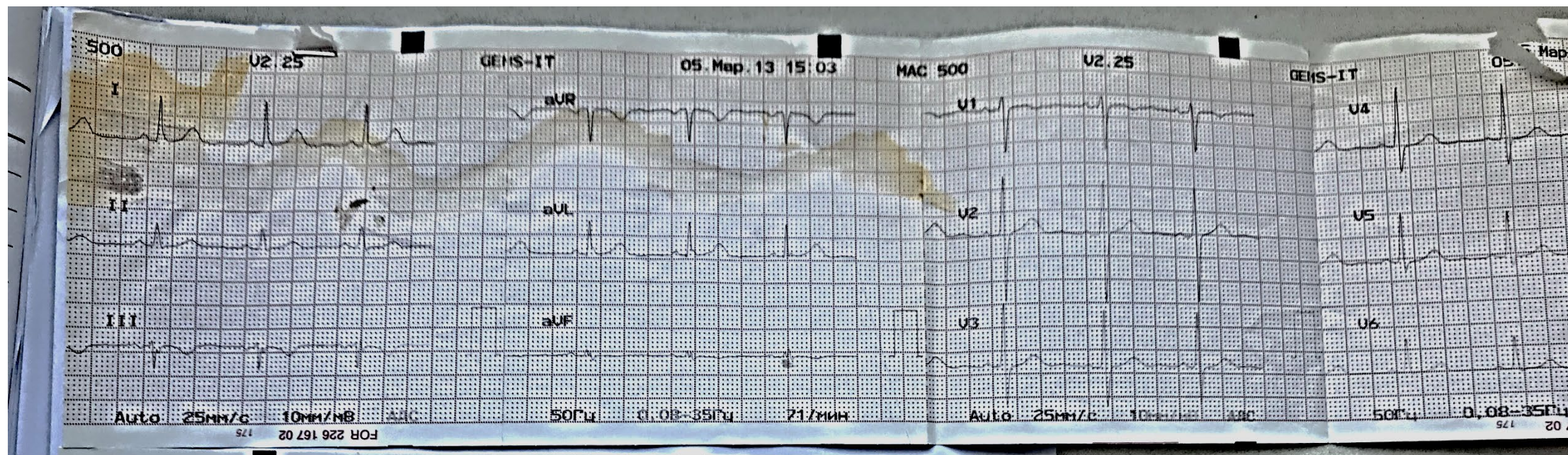


Обследование в 4 кардиологическом отделении В 03.2013 (1)

- Общий анализ крови (06.03.2013): в норме.
- Общий анализ мочи (06.03.2013): Кислотность - 6,0 Кислая (N:5,0 - 7,0); Белок - **0,06 г/л** (N:0,00 - 0,15); Глюкоза - 0,1 ммоль/л (N:0,0 - 2,8); Лейкоциты - 3 Лей/мкл (N:0 - 20); Эритроциты неизмененные - 4 Эр/мкл (N:0 - 17); Слизь - 0 Единичные в п/зр (N:); Удельный вес - **1 012 г/мл** (N:1 015 - 1 026);
- Биохимический анализ крови (18.03.2013): Натрий, Мочевина, Мочевая кислота - в норме, **Креатинин - 136,1 мкмоль/л** (N:62,0 - 115,0); **Калий - 3,1 ммоль/л** (N:3,5 - 5,3);
Липидный спектр (18.03.13): ЛПВП-холестерин - 1,10 ммоль/л (N:0,90 - 1,89); Триглицериды - 2,13 ммоль/л (N:0,50 - 2,30); **Холестерин - 6,28 ммоль/л** (N:3,50 - 5,20); **ЛНП-холестерин - 4,21 ммоль/л** (N:0,08 - 4,00);
- Коагулологическое исследование: Протромбин, МНО, АЧТВ, Фибриноген - в норме.



ЭКГ 2013 г





Обследование в 03.2013 (2)

- **ЭКГ в 12 отведениях: ритм синусовый с ЧСС 71 уд в мин, отклонение ЭОС влево, особенности внутрижелудочковой проводимости.**
- **ЭхоКГ:**
Незначительно расширена полость ЛЖ. Глобальная сократимость миокарда ЛЖ удовлетворительная. Признаков легочной гипертензии не выявлено. Гемодинамически незначимые клапанные регургитации
- **Дуплексное сканирование артерий подвздошно-бедренного сегмента: патологии нет**



Сцинтиграфия почек (07.03.2013)

- **Динамическая сцинтиграфия почек:** На сцинтиграммах, выполненных в положении сидя, визуализируются обе почки, бобовидной формы, **левая уменьшена в размерах.** Ренограммы асимметричные, правая нормальная по амплитуде и временные параметры накопления и выведения РФП, **левая кумулятивного типа. Левая почка: T макс -13,5 мин (N<6), t 1/2- более 20 мин (N< 12).** Правая почка: T макс -4,1 мин (N<6), t 1/2- 12,31 мин (N< 12).

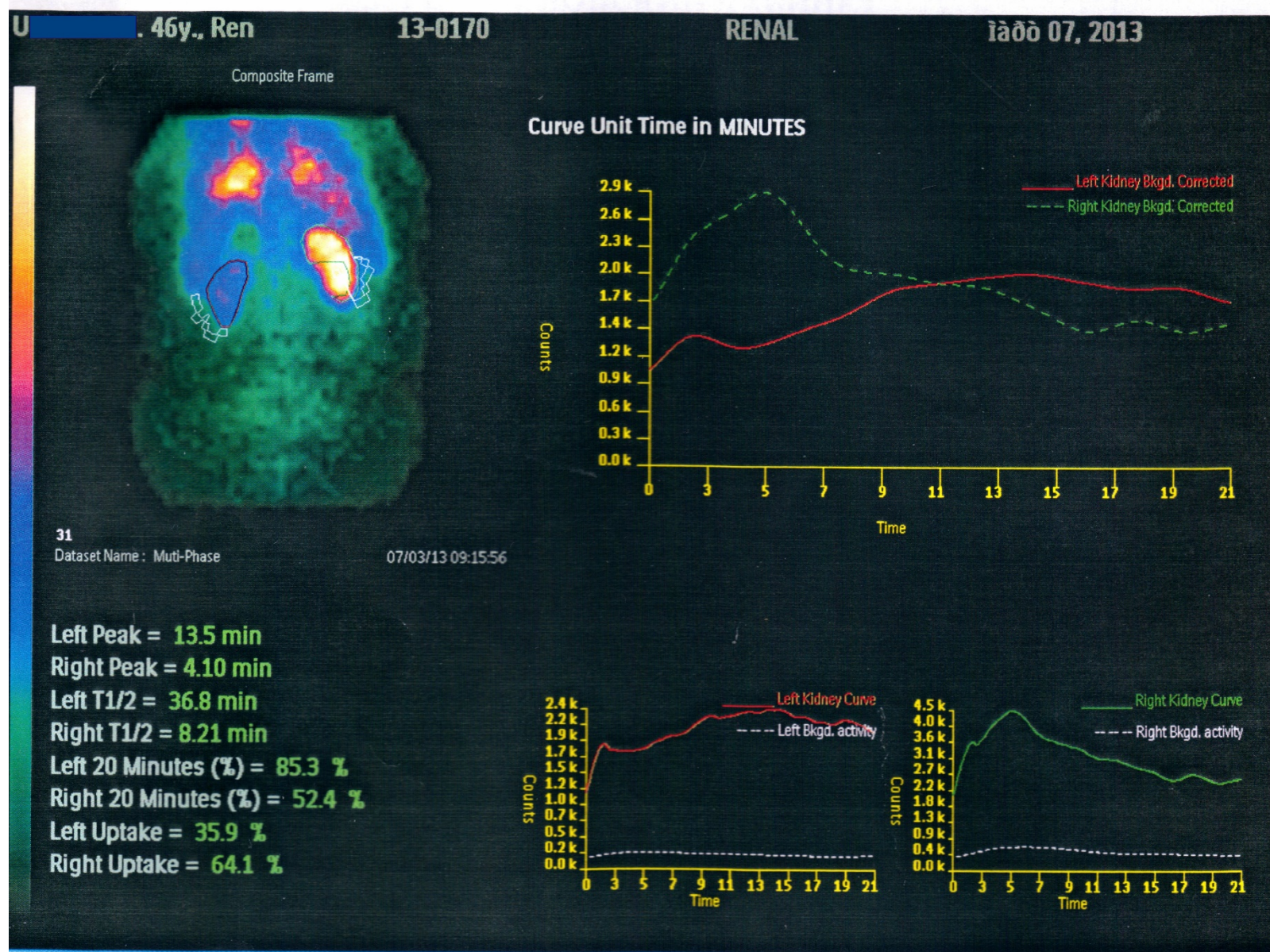
•

Заключение: сцинтиграфическая картина нарушения секреторной и экскреторной функции левой почки.



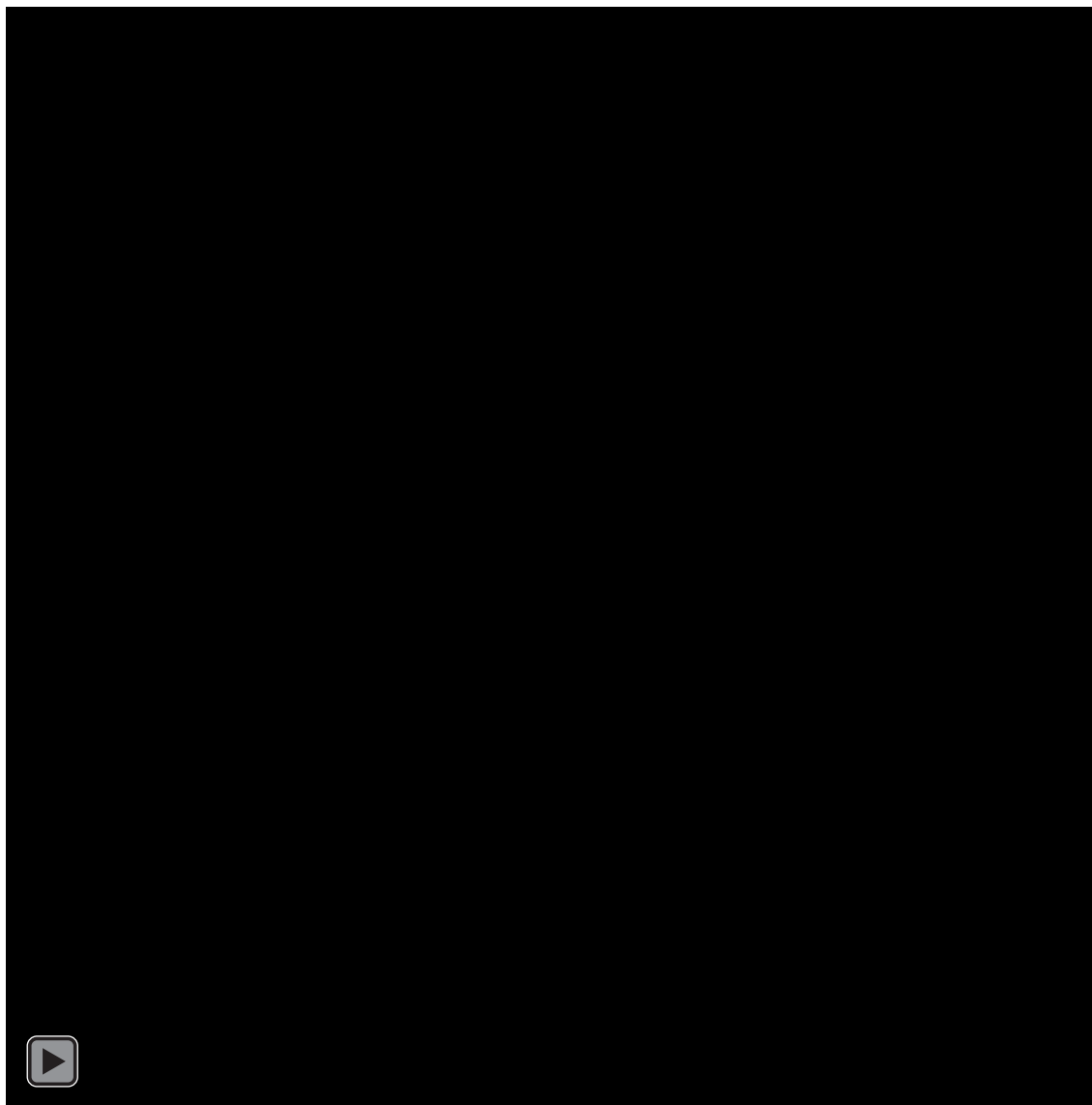
Сцинтиграфия почек (07.03.2013)

Больной У., 46 лет.





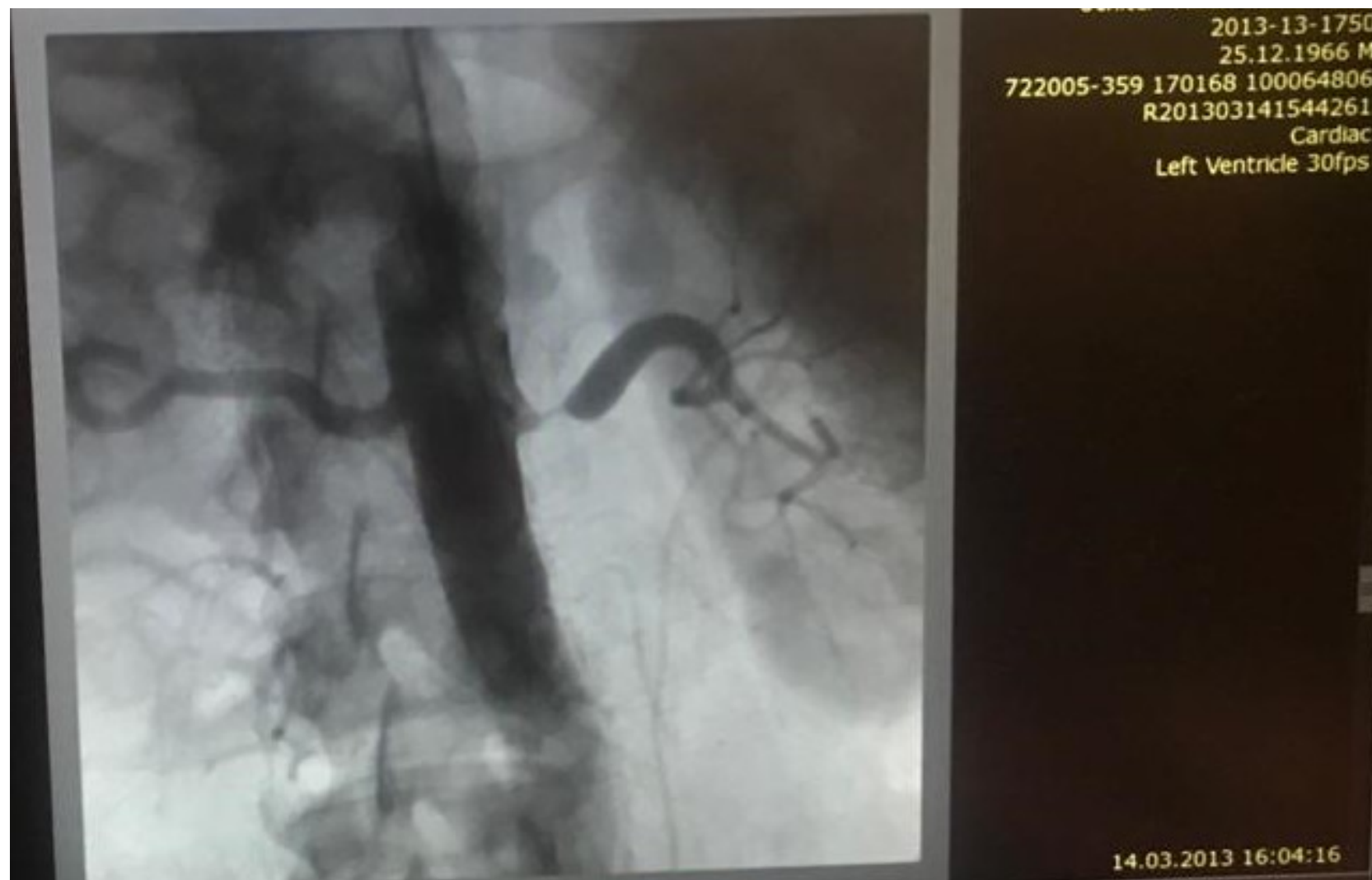
Ангиография почечных сосудов 14.03.2013 г.





Больной У., 46 лет.

Ангиография почечных сосудов 14.03.2013 г.





МСКТ почек и надпочечников 03.2013

- Почки обычно расположены, контуры их четкие, ровные, нормальных размеров, паренхима левой почки однородная, плотность не изменена. ЧЛС почек не расширены, рентгеноконтрастных конкрементов не содержат. По задне-медиальному контуру правой почки видна краевая киста диаметром 0,8 см.
- Надпочечники обычной формы, размеров и структуры, дополнительных образований в их проекции не определяется.



Заболевания, которые могли приводить к развитию стеноза почечной артерии

Атеросклероз

Фибромышечная дисплазия

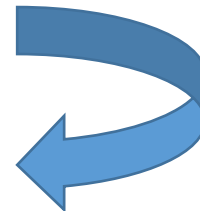
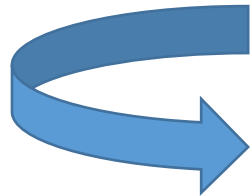
Системные васкулиты,
Субтотальные тромботические окклюзии,
опухоли

У детей:
Нейрофиброматоз 1 типа, туберозный склероз, синдром Вильямса, синдром Марфана, и некоторые другие



Особенности диагностики.

- Возраст более 45 лет
- Мужской пол
- Дислипидемия
- Наличие атеросклероза в бассейне брахиоцефальных артерий
- Ангиографическая картина одиночного стеноза
- Отсутствие сдавления почечной артерии извне



Атеросклеротический стеноз почечной артерии



Диагноз (2013 г)

- **Субтотальный стеноз левой почечной артерии.
Артериальная гипертензия 3 степени тяжести.
Хроническая болезнь почек 3а стадии (pСКФ (СКД EPI) 54 мл/мин/1,73 м²). Киста правой почки. Атеросклероз аорты, брахиоцефальных артерий. Гиперлипидемия II а. Желчнокаменная болезнь. Холецистэктомия в 2002 году. Диффузный пневмосклероз. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Болезнь Шейермана-Мау. Постпункционная окклюзия правой лучевой артерии.**



Патогенетические последствия гемодинамически значимого стеноза почечной артерии¹

Вазоренальная (вторичная, симптоматическая) артериальная гипертензия

Ишемическая нефропатия

1. Ишемия юкстагломерулярного аппарата почки

гиперренинемия → избыточная выработка мощного **вазоконстриктора** и стимулятора выработки **альдостерона ангиотензина 2**

↓
задержка натрия и воды

2. **повреждение**

Простагландин синтезирующих клеток

тубулоинтерстициальной ткани, участвующих в регуляции АД

1. Реноваскулярная артериальная гипертензия и ишемическая болезнь почек. КР552, 2016.



Патогенез и варианты клинических сценариев при гемодинамически значимом стенозе почечной артерии¹

Вазоренальная (вторичная, симптоматическая) артериальная гипертензия

Ишемическая нефропатия

1. Ишемия юкстагломерулярного аппарата

гиперренинемия → избыточная выработка
мощного **вазоконстриктора** и стимулятора выработки
альдостерона ангиотензина 2

↓
задержка натрия и воды

2. **повреждение**
простагландинсинтезирующих клеток
тубулоинтерстициальной ткани, участвующих в
регуляции АД

Отёк лёгких, острая
декомпенсация хронической
сердечной недостаточности,
острый коронарный
синдром

1. Реноваскулярная артериальная гипертензия и ишемическая болезнь почек. КР552, 2016.



Принципы лечения реноваскулярной гипертензии при одностороннем атеросклеротическом стенозе почечной артерии (1)


I. Немедикаментозные методы: Гиполипидемическая диета. Отказ от курения. Физическая активность. Нормализация веса. Ограничение поваренной соли

II. Лечение артериальной гипертензии:

Цель - снижение АД до целевого уровня менее 140/90 мм рт.ст, при снижении выделительной функции почек - сохранении систолического АД не менее 130 мм рт.ст.

Применение препаратов:

1. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов к ангиотензину II (на первом месте, но - с осторожностью). При повышении креатинина на 30 % при их применении – отмена или снижение дозы. Контроль уровня калия крови.
2. Блокаторы кальциевых каналов
3. При недостаточном эффекте – бета адреноблокаторы, диуретики, агонисты имидазолиновых рецепторов.



Принципы лечения реноваскулярной гипертонии при одностороннем атеросклеротическом стенозе почечной артерии(2)^{1,2,3}

- 3. Липидснижающая терапия до целевого значения холестерина липопротеидов низкой плотности
- 4. Антитромботическая терапия³
- 5. Динамическое наблюдение с оценкой эффекта и обсуждения вопроса о реваскуляризации через 3-6 месяцев лечения

1. Реноваскулярная артериальная гипертензия и ишемическая болезнь почек. Клинические рекомендации, утв. Научным обществом нефрологов, 2016 г.
2. Н.М.Чихладзе. Вазоренальная артериальная гипертензия. В кн. «Хирургия почечных сосудов» под редакцией ак.РАН А.Ш.Ревшвили, ак.РАН А.В.Покровского, чл.-корр.РАН А.Е.Зотикова, 2021 г.
3. 2017 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases in collaboration with the European society for vascular surgery



Выбор метода лечения^{1,2}

1. Нет доказательств преимущества хирургического лечения перед медикаментозным при выявлении стеноза почечных артерий, в том числе в связи с осложнениями процедуры
2. Реваскуляризация показана больным со стенозом почечных артерий и развитием рецидивирующих обострений хронической сердечной недостаточности или внезапном отеке легких. Чрескожная реваскуляризация гемодинамически значимого стеноза может быть выполнена больным с ОКС одновременно с коронарной реваскуляризацией
3. Рекомендуется рассмотреть у больных с артериальной гипертонией и гемодинамически значимым (градиент давления от 20 мм рт.ст.) одно- или двусторонним стенозом почечной артерии при внезапном и стойком ухудшении течения ранее контролируемой АГ, рефрактерной АГ, остром снижении почечной функции (в ответ на применение блокаторов РААС); необъяснимом уменьшении размера почки или появлением разницы между длинами почек более 15 мм
4. **Предиктор успеха – короткий срок АГ (менее 2-х лет)**

1. Реноваскулярная артериальная гипертензия и ишемическая болезнь почек. КР552, 2016.

2. ACC/AHA/SCA 2018 appropriate use criteria for peripheral artery intervention/J Am Coll Cardiol/2019;73(2):214-237



Рекомендации при выписке 03.2013

- Амлодипин (Норваск) 5 мг 2 раза в день (под контролем АД)
- Бисопролол (Конкор) 5 мг 1 т. утром (под контролем АД, ЧСС)
- Розувастатин (Крестор) 10 мг в ужин
- *Решение вопроса об эндоваскулярном лечении через 3-6 месяцев медикаментозного лечения по данным уровня креатинина и УЗИ почек*



История заболевания

Больной У., 1966 г.р.

Эпизод слабости, дурноты. Артериальное давление не контролировал

Эпизод слабости, дурноты. Артериальное давление 240/160 мм рт.ст.. После приёма капотена АД 180/110 мм рт.ст

По УЗИ выявлен стеноз левой почечной артерии, снижение выделительной функции почек, Дислипидемия

Проведены сцинтиграфия почек и ангиография почечных артерий. Подтверждён стеноз левой почечной артерии.

Жалобы на дестабилизацию АД после перенесенной в 12.2020 г инфекции Ковид 19, с подъёмами до 200/109 мм рт.ст.

Условно: Моксонидин

Конкор 5 мг

Амлодипин 10 мг → 5 мг

Нифедипин 30 → 60 мг

Ксарелто (с 2018 г)

Эдарби кло + Эдарби 40

Крестор 20 мг

08.2012

18.01.2013

01.2013

03.2013

01 - 04. 2021

Амбулаторное обследование в РКНПК

Стационарное лечение 4 к/о

Амбулаторное обследование в НМИЦ кардиологии



Обследование в НМИЦ кардиологии в 01-04.2021 г (1)

Анализ от 25.01.2021:

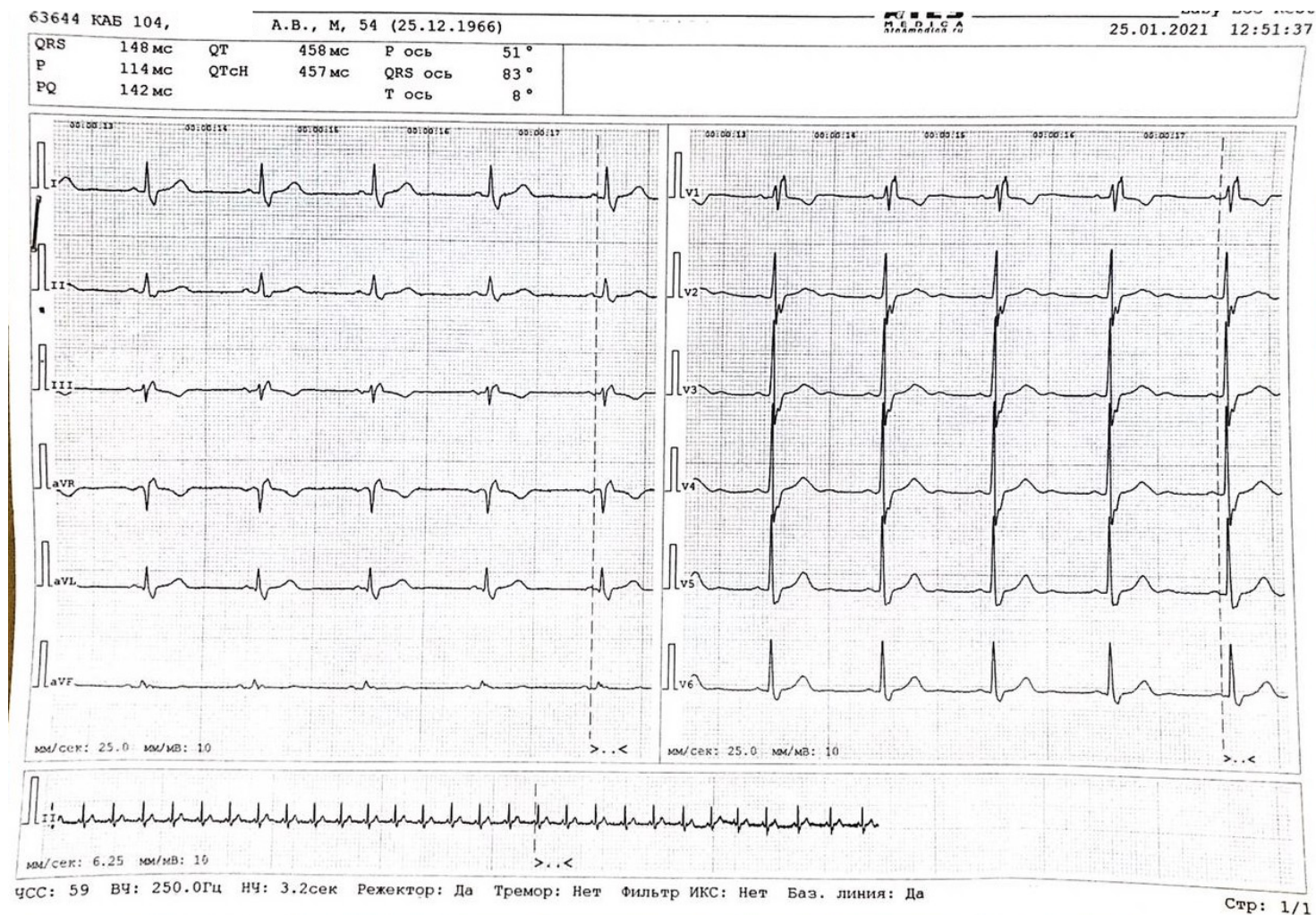
Билирубин общий - 29,5 мкмоль/л(N:1,7 - 20,5); Калий - 3,7 ммоль/л(N:3,5 - 5,3), Креатинин - 116,1 мкмоль/л(N:63,0 - 111,0); Холестерин - 7,08 ммоль/л; Холестерин ЛНП – 4,84 ммоль/л; Холестерин ЛВП - 1,52 ммоль/л(N:0,90 - 1,89); Триглицериды - 1,18 ммоль/л(N:0,50 - 1,75); АЛТ, АСТ, Глюкоза, Натрий, Общий белок - в норме.

Анализ от 3.04.2021

Общий анализ мочи от 3.04.2021: в норме



Обследование в 01.2021 г (2)





УЗИ почек 01.2021 г. (3)

Почки определяются в типичном месте.

Размеры : правая 112-50 мм, левая 118-50мм, контуры ровные, паренхима толщиной до 13 мм дифференцирована нормальной эхогенности с солевыми включениями в пирамидах. В паренхиме нижних сегментов обеих почек **определяются кисты простого строения: справа 13мм, слева до 18мм.** Чашечно-лоханочная система не расширена, камней не выявлено.

В зонах надпочечников образований не выявлено.

Заключение: Эхокартина почек характеризуется нормальными размерами и уменьшенной толщиной паренхимы с солевыми включениями в мозговом слое.

	ДИНАМИКА	ПОКАЗАТЕЛЕЙ	В ТЕЧЕНИЕ 2013	2021 гг		
	01. 2013	03. 2013	2013 - 01.2021 г	01.2021	03.04.2021	
Креатинин (мкмоль/л)	125 (pCKФ ¹ 59)	127-136 (pCKФ ¹ 53)	4,2 105-120-130/70 Конкор 5+амлодипин 5+ Ксарелто 20 (с 2018 г после тромбофлебита)	116 (pCKФ ¹ 68)	139 (pCKФ ¹ 49)	
Калий (ммоль/л)	3,9	3,1		3,7	4,0	
АД (мм рт.ст.)	240/160-180/110	150-155		До 200/110	130	
Лечение (мг)	Капотен 25 однократно, затем конкор +амлодипин	Конкор+амлодипин,		Эдарби кло,+ Эдарби 40+ Нифедипин 60+ Крестор 20+ Ксарелто 15		
Холестерин общий (ммоль/л)	6,38	6,28		7,08	3,87	
УЗИ почек	Размеры и структура нормальная, стеноз левой почечной артерии			Размеры и структура нормальная		
Анализ мочи		1012, Белок 0,06 г/л			Норма	

¹-PCKФ – расчётная скорость клубочковой фильтрации по СКД EPI в мл/мин/1,73 кв.м



Данные лабораторных анализов в июле 2021 г во время обследования в 4 кардиологическом отделении

- **Креатинин 140,5 мкмоль/л.** Клиренс креатинина по Кокрофту-Голду в 63 мл в 1 мин. рСКФ по СКД EPI 49 мл/мин/1,73 м².
- **Холестерин 6,92 ммоль/л**
- **ЛНП-холестерин 4,72 ммоль/л**
- Триглицериды 1,62 (Норма 0,50 - 1,75 ммоль/л)
- С-реактивный белок - 0,40 мг/л(N:0,00 - 5,00); Скорость оседания эритроцитов - 16,0 мм/час(N:0,0 - 20,0)
- Глюкоза, АСТ,АЛТ, Натрий в норме
- Калий 3,9 (Норма 3,5 - 5,3 ммоль/л)
- Общий анализ мочи в норме

Консультация окулиста 07.2021

Диск зрительного нерва бледно-розовый, границы чёткие. Артерии сужены, неравномерного калибра, Salus II

Вены полнокровны, расширены, извиты. Сетчатка не изменена.

Диагноз: Гипертоническая ангиопатия.

Ультразвуковое исследование почек и почечных артерий

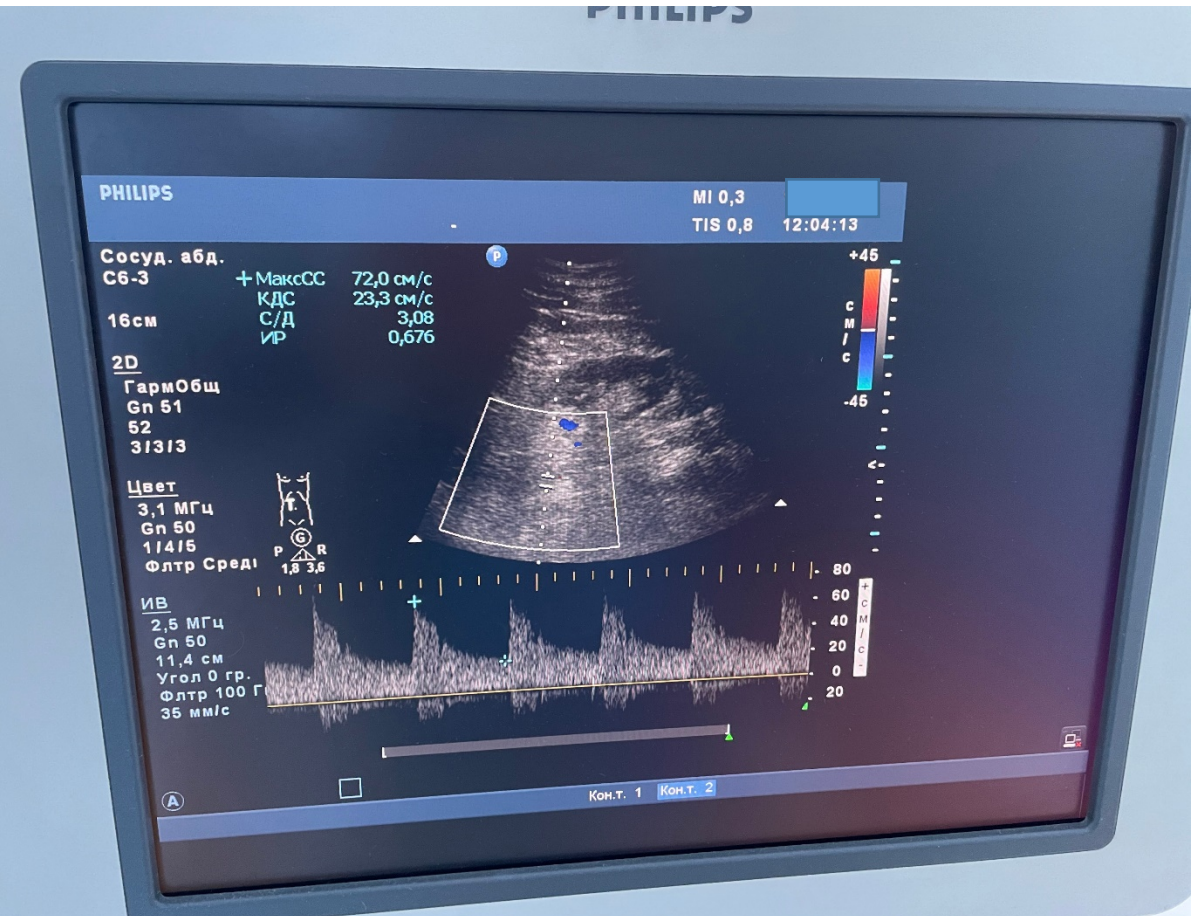
06.08.2021

Больной У., 54 г.

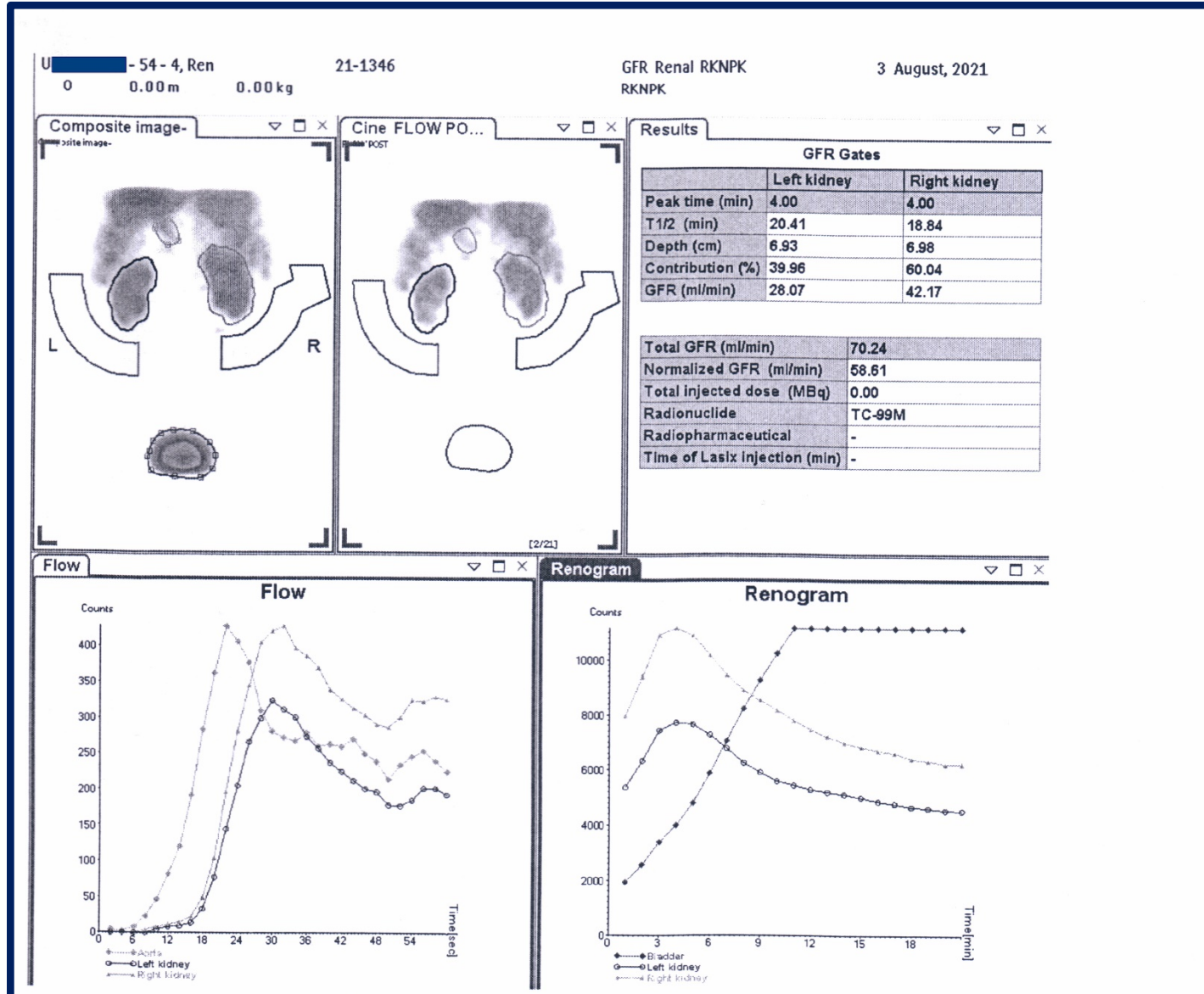
- Правая почка определяется в типичном месте, размеры 110-52мм, контуры ровные, паренхима толщиной до 16мм нормальной эхогенности дифференцирована, **в паренхиме нижнего и верхнего сегментов определяются 2 кисты простого строения размерами 13мм и 10мм** соответственно, чашечно-лоханочная система не расширена, камней не выявлено. Левая почка определяется в типичном месте, размеры 110-42мм, контуры ровные, паренхима толщиной до 12мм нормальной эхогенности дифференцирована, в паренхиме верхнего сегмента определяется **киста простого строения размерами 18-15 мм**, чашечно-лоханочная система не расширена, камней не выявлено. **Дуплексное сканирование почечных артерий:** Основные артерии почек отходят от аорты в типичном месте, в режиме ЦДК просвет обеих артерий полностью заполняется цветом, показатели кровотока –скоростные и индексы периферического сопротивления в проксимальных отделах артерий соответствуют норме: Vs справа до 67 см/с, слева до 83 см/с, IR справа 0,67, слева 0,71.
- **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Оценка размеров почек и паренхимы характеризуется уменьшенной толщиной левой почки и ее паренхимы по сравнению с правой, при этом структура паренхимы левой почки сохранена, эхопризнаков нефросклероза нет. Простые кисты в паренхиме обеих почек. **УЗДГ-признаков нарушения проходимости основных почечных артерий и гемодинамически значимых изменений показателей кровотока не выявлено.**



Ультразвуковое исследование почек и почечных артерий



Обследование в июле 2021 г. Динамическая нефросцинтиграфия (1)



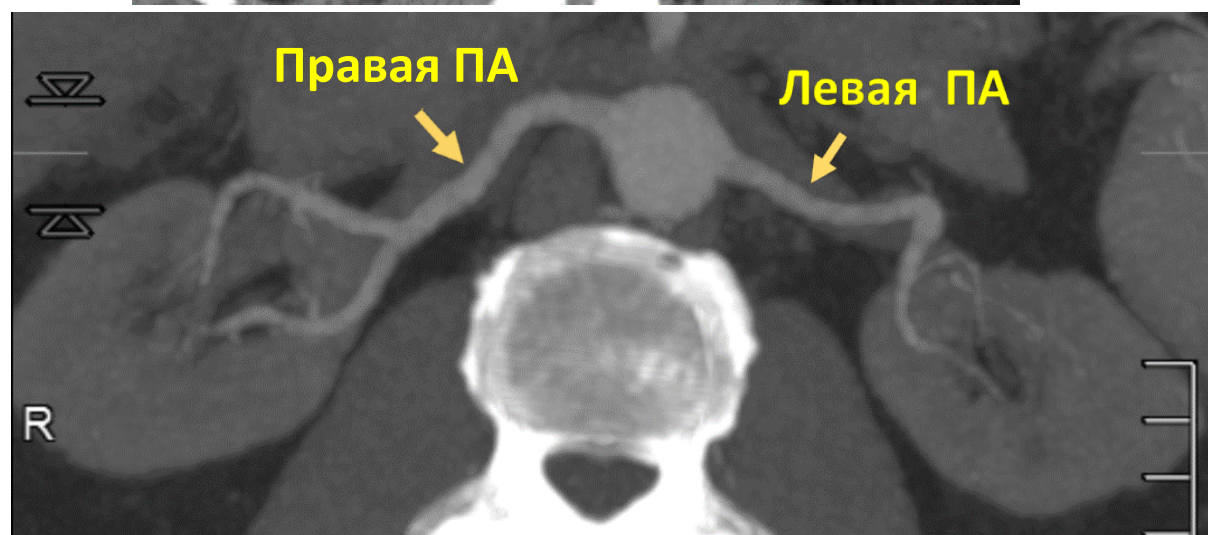
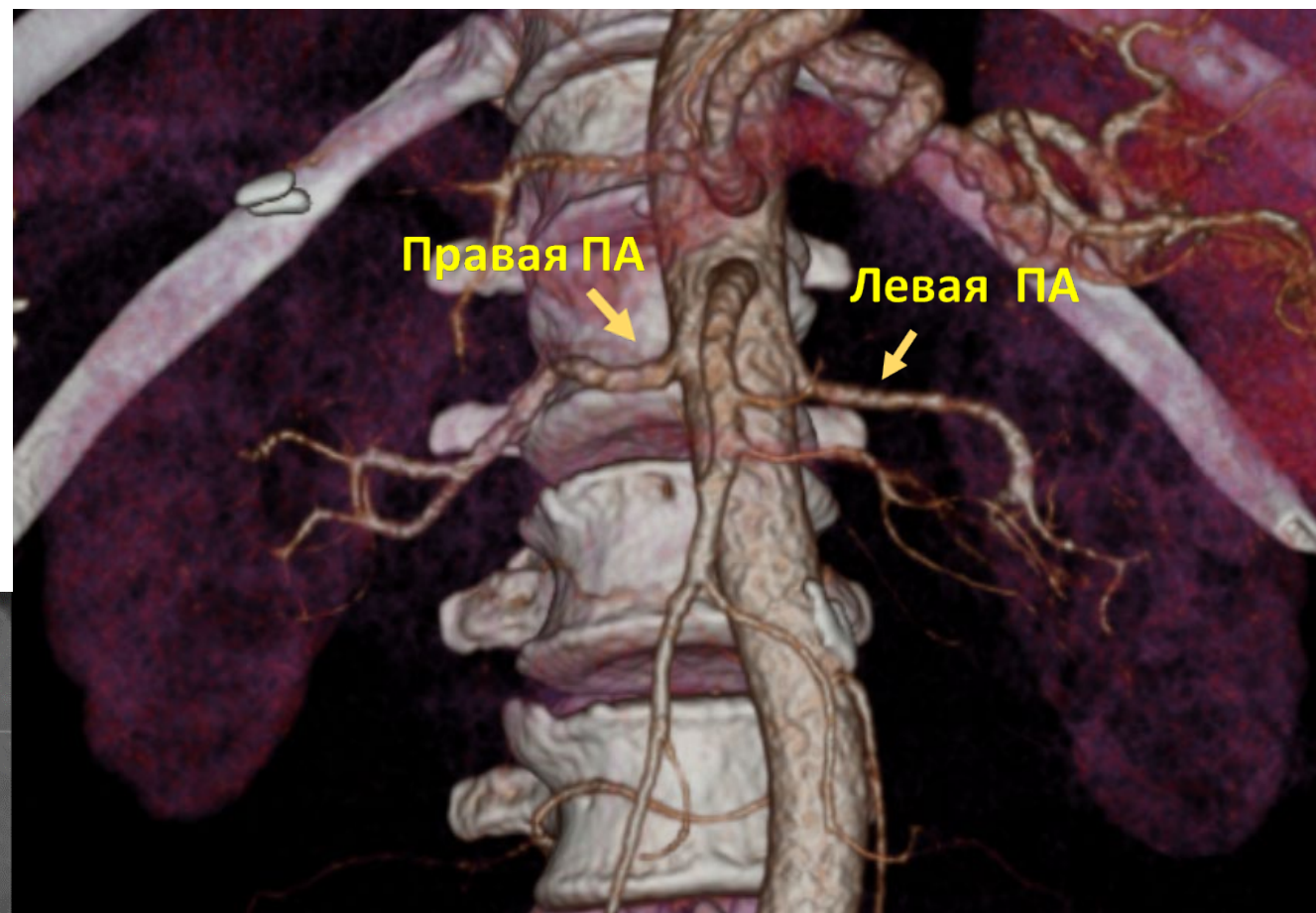


Обследование в июле 2021 г. Динамическая нефросцинтиграфия (2)

- **Заключение: параметры почечного кровотока обеих почек - без особенностей.** Изменения экскреторной функций левой почки - легкой степени. Суммарная СКФ - снижена, за счет снижения фильтрационной функции обеих почек (более выражена слева).



Обследование в июле 2021 г. (3) Мультиспиральная компьютерная томография





Обследование в июле 2021 г. Мультиспиральная компьютерная томография

Больной У., 54 г.

- Почки обычно расположены, контуры их четкие, ровные, нормальных размеров. В паренхиме почек определяются простые кисты (5-10 HU) : справа в верхне-медиальных отделах размером до 1,3 см, в нижнем полюсе до 1,1 см; слева в верхнем полюсе до 1,8 см. ЧЛС почек не расширены, рентгеноконтрастных конкрементов не содержат. Накопление и выведение контрастного препарата почками симметричное, своевременное, корково-медуллярная дифференцировка не нарушена.

Почечные артерии обычно расположены, на одном уровне, хорошо развиты, нормального диаметра , с четкими контурами, проходимы, равномерно контрастированы на всем протяжении без признаков стенозирования.



- **МСКТ: Спленомегалия (умеренная), расширение воротной и селезеночной вен**
- **УЗИ брахиоцефальных артерий: Стеноз 30-35% в устье и проксимальной трети правой подключичной, Стеноз 20-25% в бифуркации правой ОСА, стеноз 20-25% в бифуркации левой ОСА; С - образные изгибы правой подключичной артерии, обеих ВСА в проксимальных третях; S - образный изгиб левой позвоночной артерии в проксимальной трети**
- **ЭХОКГ: Аорта уплотнена. Нарушений общей и локальной сократимости нет. Клапаны интактны. Нарушение диастолической функции 1 типа. По данным Стресс-ЭхоКГ: Проба на выявление скрытой коронарной недостаточности отрицательная.**



Молекулярно-генетическое исследование ДНК Большой У., 54 факторов системы гемостаза в 08.2021:

Позиция 1	Ген Фактора V Лейдена 1691 G>A R506Q (rs6025)	генотип G/A	Гетерозиготный генотип (не норма)
------------------	---	------------------------	--



Заболевания, которые могли приводить к развитию стеноза почечной артерии

Больной У.

Атеросклероз

Фибромышечная дисплазия

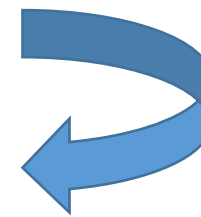
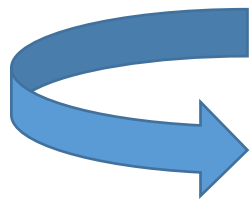
Субтотальные тромботические окклюзии,
Системные васкулиты,
опухоли

У детей:
Нейрофиброматоз 1 типа, туберозный склероз, синдром Вильямса, синдром Марфана, и некоторые другие

Спазм спонтанный или на кончик катетера

Особенности диагностики. Спазм или тромбоз?

- Обнаружение стеноза левой почечной артерии в разные дни по данным УЗИ в 01.2013, радиоизотопного 7.03.2013 и ангиографического исследования 14.03.2013
- «Исчезновение стеноза» при сохраняющемся нарушении выделительной функции почек
- Наличие тромбофилии
- «Исчезновение стеноза» на фоне длительного приёма антикоагулянтов



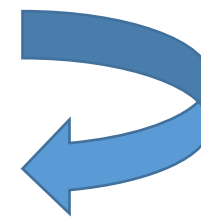
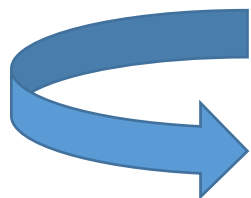
Неокклюзирующий тромбоз почечной артерии



Особенности диагностики. Неспецифический аортоартериит или тромбоз?

Больной У.

- Отсутствие указаний на клинические или лабораторные признаки воспаления, нормальные показатели СОЭ в анализах крови разных лет
- Значительный регресс, а не прогресс изменений в скомпрометированных артериях (почечной и позвоночной)
- Характер поражения (локальность стенозов, отсутствие протяженных изменений в артериях)
- Мужской пол
- Наличие тромбофилии



Неокклюзирующий тромбоз почечной артерии



Особенности представленного наблюдения

- ▣ Молодой возраст развития стеноза
- ▣ Раннее нарушение функции - при одностороннем стенозе
- ▣ Склонность к тромбозам
- ▣ Обратное развитие признаков стеноза почечной артерии
- ▣ Стабильное течение ХБП, несмотря на раннее повышение креатинина
- ▣ Предполагаемая роль антикоагулянтной терапии
- ▣ Нефропатия ассоциированная с тромбофилией?


7 – 9 СЕНТЯБРЯ 2021 ГОДА, МОСКВА





Тромботические поражения почек

- ▣ Причины:
 - Антифосфолипидный синдром
 - Генетические тромбофилии
 - Приобретенные тромбофилии (паранеопластический синдром, нефротический синдром, лекарственные и др.)
- ▣ Клинические формы:
 - Тромботическая микроангиопатия
 - Тромбоз почечных вен
 - Тромбоз почечных, сегментарных артерий
- ▣ Клинические проявления
 - Нормальный анализ мочи или минимальный мочевого синдром
 - Ранняя дисфункция почек
 - Артериальная гипертензия
- ▣ Лечение: длительная (пожизненная?) терапия антикоагулянтами



Швецов Михаил Юрьевич

к.м.н., доцент кафедры нефрологии и гемодиализа, Клиника нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева (Сеченовский университет)





Литературная справка

Лейденская мутации в гене V фактора свертывания наиболее часто встречается у людей, перенесших идиопатические венозные тромбозы и тромбоэмболические осложнения. Риск артериальных тромбозов уточняется. Имеются единичные описания случаев артериальных тромбозов, не связанных с поражением сосудистой стенки при наличии Лейденской мутации, в том числе у пациентки 24 лет перенесшей тромбоз почечной артерии и инфаркт почки¹. Попытка тромболитической терапии интраартериально была неэффективна. Проводилось лечение кумариновыми производными.

Учитывая умеренный риск тромбоза, у носителей гетерозиготных полиморфизмов фактора V *G1691A* Лейден в качестве антикоагулянта можно рассмотреть применение одного из прямых пероральных антикоагулянтов²

¹Acute renal artery thrombosis associated with factor V Leiden mutation. Le Moine A, соавт., Nephrol Dial Transplant. 1996

²Диагностика и лечение ТЭЛА (Рекомендации для практических врачей Евразийской ассоциации кардиологов), 2020 г.



История заболевания

Больной У., 1966 г.р.



Диагноз (1)

Основной диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии. Достигнут целевой уровень АД.

Состояние после преходящего субтотального стеноза левой почечной артерии (тромботического?, атеросклеротического? генеза) в 2013 г с развитием острого почечного повреждения и вторичной артериальной гипертензии.

Врожденная тромбофилия: гетерозиготное носительство Лейденской мутации в гене V фактора свертывания. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Тромбофлебит большой подкожной вены с обеих сторон в 2018г.

Гиперурикемия. Подагра. Кисты обеих почек. Хроническая болезнь почек 3а-2 стадии (СКФ 61-46 мл/мин/1,73м² СКД-ЕРІ).

Гиперхолестеринемия. Атеросклероз аорты, брахиоцефальных артерий (без гемодинамически значимого стенозирования). Риск сердечно-сосудистых осложнений 3 (высокий).

Диагноз (2)

Осложнения. Постпункционная окклюзия правой лучевой артерии.

Сопутствующие заболевания: Нарушение проводимости сердца. Блокада правой ножки пучка Гиса. Диффузный пневмосклероз. Желчнокаменная болезнь. Холецистэктомия в 2002 году. Умеренная спленомегалия неясного генеза. Перенесённая новая коронавирусная инфекция COVID 19 в 12.2020 г.



Рекомендации при выписке

Лечение:

Ксарелто 20 мг

Амлодипин 2,5 мг

Аторвастатин 20 мг, контроль липидного профиля и печёночных трансаминаз.

Данные лабораторных анализов (02.2022 г)

Больной У., 55 лет

Антитела к кардиолипину IgG 4,00 Ед/мл (норма 0-10,00), IgM 8,80 Ед/мл (норма 0,0-7,00).

Липопротеин (а) 4,5 мг/дл (норма 0,0-30,0).

Гомоцистеин 15,87 мкмоль/л (норма 5,46-16,20).

С – реактивный белок 0,50 (норма 0-5,00) мг/л.

Д-димер < 140,0 нг/мл (норма менее 440,0).

Креатинин 115,4 мкмоль/л; pСКФ СКД EPI 61 мл/мин/1,73 м².

Мочевая кислота 490 мкмоль/л.

Общий анализ крови.

Общий анализ мочи в норме.



Вопросы для обсуждения

1. Тактика обследования и ведения больного с выявленным стенозом почечной артерии.

Какие дополнительные обследования следует проводить при выявлении стеноза почечной артерии для установления причины стеноза?

2. Причины сохраняющейся артериальной гипертензии после проведенного лечения?

3. Обсуждение окончательного диагноза. Верно ли наше предположение, что у больного на фоне имеющейся врожденной тромбофилии произошел неокклюзивный тромбоз почечной артерии или тромбоз с быстрой реканализацией? Какие ещё заболевания могли привести к временным изменениям почечной артерии у больного У.? Правомерно ли устанавливать диагноз гипертонической болезни при имеющейся патологии почек?



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ