

РЕСТЕНОЗ СТЕНТА У ПАЦИЕНТА С ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Главатских Т. С., Шоп И. В., Охрямкина Е. А.

Вступление. До 20% так называемых вторичных форм гипертонии связаны с сосудистой патологией почек (реноваскулярная гипертензия). Недостаточная эффективность медикаментозной терапии данной формы гипертонии определила тактику инвазивного лечения.

Цели. Целью данной статьи было наблюдение за клиническим течением реноваскулярной гипертонии и определение тактики лечения в отдаленном периоде после предшествующего стентирования почечных артерий.

Материалы и методы. Наш пациент – женщина, 1957 г. р. С 2011 года диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ), с 2014 года - перебои в работе сердца. С 2015г. отеки нижних конечностей, максимальное АД до 250/120 мм рт.ст, 2016 г. выполнено стентирование почечных артерий (ПА) по результатам ангиографии, состояние пациентки удовлетворительное. С 2018 г. В связи с ухудшением пациентка была госпитализирована. Основной диагноз: Вторичная вазоренальная артериальная гипертензия II стадии, 3 степени. Двухсторонний стеноз почечных артерий (ангиография 03.III.2016). Стентирование почечных артерий (03.III.2016). Рестеноз стента правой почечной артерии до 80% (ангиография 15.XI.2018). Желудочковая экстрасистолия 2 градации по Лауну-Вольфу-Райяну. Гиперлипидемия II-III типа. Очень высокий кардиоваскулярный риск. Осложнение: Гипертонический криз (неосложненное течение) (01.XI.2018). СН II А стадии, II ФК с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ФВ 69%). Проводимая терапия: периндоприл 15 мг, бисопролол 5 мг, торасемид 5 мг; амиодарон 200 мг; индапамид 1,25 мг; амлодипин 5 мг, ацетилсалициловая кислота 150 мг; розувастатин 20 мг.

Результаты. В стационаре пациентке было проведено стандартное обследование. Выявленные отклонения: лабораторные: СОЭ 20 мм/ч, базофилы 1,3%, креатинин 83 мкмоль/л (СКД-ЕРІ 77 мл/мин/1,73 м²), дислипидемия IIb по Фредриксону; инструментальные: ЭКГ - отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ); Холтер-ЭКГ – одиночные желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы; ЭхоКГ – склеротическое изменение клапанного аппарата сердца, ГМЛЖ по концентрическому типу; УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства – правая почка уменьшена в размерах, микрокалькулез обеих почек, признаки стенозического потока по левой ПА на уровне стента; ангиография ПА - рестеноз в стенке правой ПА до уровня 80%. Эндоваскулярным хирургом была рекомендована стентопластика с возможным стентированием «стент в стент» DES.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует необходимость проведения скрининга категории пациентов с резистентностью к стандартной гипотензивной терапии на наличие вторичной артериальной гипертензии, что позволит улучшить качество жизни пациента и уменьшить количество применяемых препаратов, в некоторых случаях вплоть до их отмены. Учитывая высокую вероятность рестенозирования стентированных сосудов необходимо проводить первичную профилактику возникновения рестеноза.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вазоренальная гипертензия, стентирование, рестеноз

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Главатских Татьяна Сергеевна, ассистент кафедры внутренней медицины медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, пл. Свободы, 6, Харьков, Украина, 06122, e-mail: tsglavatskih@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8368-1363>

Шоп Ирина Вячеславовна, к.м.н., доцент кафедры внутренней медицины медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, пл. Свободы, 6, Харьков, Украина, 06122, e-mail: anyri.sh@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2027-3335>

Охрямкина Елена Александровна, врач кардиологического отделения ХКЛ ВТ №1 Филиала «ЦОЗ» ПАО «Украинская железная дорога», пер. Балакирева, 5, Харьков, Украина, 61103, e-mail: info_cchuz@ukr.net

ВСТУПЛЕНИЕ

Неоднократно была доказана прямая взаимосвязь между уровнем артериального давления (АД) и риском развития сердечно - сосудистых событий [1,2]. Стремительное развитие методов диагностики артериальной гипертензии (АГ) значительно повлияло на показатели распространенности этого заболевания, в то же время недостаточная приверженность пациентов к лечению

привела к увеличению показателей инвалидизации и смертности [3]. До 5 % случаев среди лиц с повышенным уровнем АД и до 20 % – среди вторичных форм АГ, представлены вазоренальной гипертензией (ВГ) – симптоматической АГ, морфологическим субстратом которой является гемодинамически значимый стеноз (50–70 %) почечной артерии (ПА), приводящий к ишемическому повреждению почечной ткани с последующей активацией ренин-

ангиотензин-альдостероновой системы [4, 5]. Двустороннее поражение ПА ассоциировано со злокачественным течением заболевания (до 30 % случаев среди ВГ). Среди наиболее частых причин стеноза ПА значится атеросклероз (до 90 %) и фибромускулярная дисплазия (до 10 %) [4]. Своевременная диагностика и коррекция выявленного стеноза обеспечивает нормализацию уровня АД и предупреждает развитие сердечно-сосудистых или почечных осложнений. В настоящее время с этой целью активно применяется ангиопластика в сочетании со стентированием пораженной артерии [6].

До 40 % случаев существует вероятность рестенозирования внутри стента, что имеет более агрессивное течение в сравнении с нативным сосудистым поражением [7]. К наиболее частым причинам рестеноза относят окклюзионное поражение сосуда, сахарный диабет, женский пол, использование длинных и проволочных стентов. Являясь инородным телом, стент способствует развитию воспалительной реакции, которая, в свою очередь, способна вызвать стеноз артерии вследствие пролиферации клеток, выстилающих внутреннюю поверхность стента [6, 7]. Появление в 2003 г. стентов с полимерным покрытием (DES – drug-eluting stent), а также биоабсорбируемых стентов позволило устранить избыточную реакцию сосуда на стент и добиться существенного прогресса в борьбе со стенозом и рестенозированием [8].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Женщина, 1957 г. р., была госпитализирована в кардиологическое отделение (КО) с жалобами на постоянное ощущение перебоев в работе сердца, приступы учащенного сердцебиения, отечность нижних конечностей до уровня колен, головные боли, локализованные преимущественно в затылочной области, связанные с колебанием цифр АД в течение суток.

Анамнез болезни. Считает себя больной с 2011 года, когда на фоне появившихся частых головных болей стали определяться стабильно высокие показатели АД (максимально 180/110 мм рт. ст.). Обследовалась амбулаторно, диагностирована гипертоническая болезнь. Систематический прием рекомендованного лечения не оказал стойкого положительного эффекта. С 2014

года стала ощущать приступы сердцебиения, перебоев в работе сердца, возникающие без видимой причины. При амбулаторном обследовании (Холтер-ЭКГ) было выявлено патологическое количество желудочковых экстрасистол (ЖЭ) по типу бигеминии (более 22 тысяч в течение суток). В последующем неоднократно проводимое стационарное лечение с целью дообследования и подбора оптимального медикаментозного лечения не давал стойкого положительного эффекта. С ноября 2015 г. больная стала замечать появление отеков нижних конечностей в течение дня, стабильное повышение цифр АД (max до 250/120 мм рт. ст.), в связи с чем в феврале 2016 г. повторно была госпитализирована в КО, где 03.03.2016 г. при проведении коронарографии видимых признаков атеросклероза не обнаружено, тогда же при ангиографии ПА была выявлена критическая субокклюзия устья правой и левой ПА. Выполнено стентирование: справа стентом LIBERTE 5–16 мм, слева стентом HIPPOCAMPUS 6–20 мм. После выписки пациентке был рекомендован прием гипотензивных средств (нифедипин 40 мг 2 раза в день, вальсакор 80 мг 2 раза в день, бисопролол 10 мг 1 раз в день, клопидогрель 75 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки, пантопразол 20 мг 2 раза в день), на фоне чего отмечалось улучшение состояния в виде стабилизации АД на уровне 140/80 мм рт. ст., отсутствия отеков. В дальнейшем на фоне проводимой амбулаторной терапии чувствовала себя относительно удовлетворительно. С октября 2018 г. без видимой причины состояние вновь ухудшилось: появились жалобы на сердцебиение на фоне повышения цифр АД, отечность нижних конечностей в течение дня. 01.11.2018 уровень АД резко повысился до 180/120 мм рт. ст., в связи с чем urgently с диагнозом: Гипертонический криз (неосложненное течение), пациентка была госпитализирована в КО для дообследования и лечения.

Анамнез жизни. Инфекционные и хронические заболевания, а также аллергическую реакцию и вредные привычки пациентка отрицала. В 2014 г. Прооперирована по поводу грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника. Наследственные заболевания не установлены. Гинекологический анамнез:

роды 1 естественным путем, без осложнений. Менопауза с 48 лет, климактерический период протекал без особенностей. Аллергический анамнез: неотягощен.

Объективный осмотр. Особое внимание обращало: гиперемия лица, инъекцированность склер обоих глаз, ожирение с распределением подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу (ИМТ – 28,7 кг/м², окружность талии – 92 см), пастозность нижних конечностей. При перкусии области сердца определялось

расширение границ относительной сердечной тупости в поперечнике. При аускультации сердца: аритмичная сердечная деятельность, акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке сердца. АД на обеих руках 180/100 мм рт.ст. (на фоне приема гипотензивной терапии).

Лабораторно-инструментальное обследование. В стационаре пациентке было проведено стандартное обследование, в том числе повторная почечная ангиография. Выявленные изменения отражены в таблице.

Таблица

Результаты лабораторно-инструментального обследования

Показатель	Результат	Норма
СОЭ	20 мм/ч	2-15 мм/ч
Базофилы	1,3 %	0 - 1,0 %
Креатинин плазмы	83 мкмоль/л	44-80 мкмоль/л
Общий холестерин	12,11 ммоль/л	≤ 5,2 ммоль/л
ХС ЛПОНП	3,46 ммоль/л	< 1,0 ммоль/л
ХС ЛПНП	7,51 ммоль/л	< 3,5 ммоль/л
ХС ЛПВП	1,13 ммоль/л	≥ 0,9 ммоль/л
Триглицериды	7,70 ммоль/л	< 2,3 ммоль/л
Коэффициент атерогенности	9,71 ммоль/л	≤ 3,0 ммоль/л
Скорость клубочковой фильтрации	Коккрофт-Голт = 74 мл/мин/1,85 кв. м MDRD = 64 мл/мин/1,73 м ² CRD-EPI 77 мл/мин/1,73 м ²	72 мл/мин/1,73 кв. м
ЭКГ	Ритм синусовый, правильный. Отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии миокарда в области перегородки левого желудочка (ЛЖ). ЧСС: 86 уд/мин	
Холтер-ЭКГ	На фоне синусового ритма с ЧСС от 53 до 89 уд/мин наблюдались одиночные ЖЭ – всего: 8155 (665 в час), днем: 6941 (431 в час), ночью: 1214 (91 в час). Одиночные наджелудочковые экстрасистолы – днем: 2 (менее 1 в час). Ишемические изменения сегмента ST не выявлены	
ЭхоКГ	Склеротическое изменение клапанного аппарата сердца. Гипертрофия миокарда ЛЖ по концентрическому типу. Признаки повышения диастолической жесткости стенок ЛЖ. Показатели сократимости миокарда и насосной функции ЛЖ сохранены, ФВ= 69% (55–78 %).	
УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства	<ul style="list-style-type: none"> • Правая почка: -длина 93,2 мм, ширина 38,7 мм -паренхима: гиперэхогенная, толщина слоя 7,5-10,1 мм -градиент давления в ПА 2,4 мм рт.ст. • Левая почка: -длина 121,2 мм, ширина 57,2 мм -паренхима: гиперэхогенная, толщина слоя 12,9–13,5 мм -градиент давления ПА 13,1 мм рт.ст. -каликоектазия (чашечки 16,2–18 мм) • Микрокалькулез обеих почек • Признаки стенотического потока по левой 	<ul style="list-style-type: none"> • Размеры почек: Длина 100-120 мм Ширина 50-60 мм • Толщина слоя паренхимы: 18-25 мм • Эхогенность: однородная •Размер чашечно-лоханочной системы: до 10 мм

	ПА на уровне стента	
Ангиография ПА	Рестеноз в стенке правой ПА до уровня 80 % Стент в левой ПА проходим	
Консультация эндоваскулярного хирурга	Рекомендована стентопластика с возможным стентированием «стент в стент» DES	

Окончательный диагноз. Основной: Вторичная вазоренальная артериальная гипертензия II стадии, 3 степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Двухсторонний стеноз (критическая субокклюзия) почечных артерий (ангиография 03.03.2016). Стентирование почечных артерий (03.03.2016): справа стентом TAXUS LIBERTE 5–16 мм, слева стентом HIPPOCAMPUS Medtronic 6–20 мм. Коронарное русло без видимых признаков атеросклероза (коронарография 03.03.2016). Рестеноз стента правой почечной артерии до 80 % (ангиография 15.11.2018). Желудочковая экстрасистолия 2 градации по Лауну-Вольфу-Райяну. Гиперлипидемия IIb-III типа. Очень высокий кардиоваскулярный риск. Осложнение: Гипертонический криз (неосложненное течение) (01.11.2018). СН II A стадии, II ФК с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ФВ 69 %).

Лечение в стационаре: периндоприл 10 мг + бисопролола фумарат 5 мг, тораемид 5 мг – утром; амиодарона гидрохлорид 100 мг 2 раза в день; периндоприл 5 мг + индапамид 1,25 мг + амлодипин 5 мг, ацетилсалициловая кислота 150 мг + магния гидроксид 30 мг – вечером; розувастатин 20 мг на ночь; кардиоаргинин 5 мл в/в капельно, магния сульфат 5 мл + L-лизина эсцинат 5мл в/в капельно.

ОБСУЖДЕНИЕ

Дебют заболевания после 50 лет со стабильно высоких цифр АД при отсутствии характерного постепенного прогрессирования АГ, а также резистентность к стандартной антигипертензивной терапии являются типичными признаками вторичной АГ [4,5,9]. В список обязательного обследования таких пациентов должен быть включен анализ уровня в крови электролитов (как правило, характерна гипокалиемия, гипонатриемия), ренина, креатинина; исследование в моче уровня белка [5]. Среди инструментального обследования наиболее доступным и достаточно информативным является

дуплексная доплероультрасонография почек (разница между длинами почек более 15 мм является патогномичным для вазоренальной АГ). При наличии технических возможностей учреждения, проводится магнитно-резонансная ангиография, мульти-спиральная компьютерная томография, внутриаартериальная цифровая субтракционная ангиография. «Золотым стандартом» диагностики стеноза является брюшная ангиография ПА, к преимуществам которой относят возможность визуализации резерва почечного русла с одновременным проведением ангиопластики [4,5,10].

В отношении медикаментозной терапии у пациентов с вазоренальной АГ рекомендован прием: ингибиторов АПФ, антагонистов рецепторов ангиотензина II (в случае одностороннего поражения ПА); β-адреноблокаторов, антагонистов кальциевых каналов, возможно назначение препаратов центрального действия, диуретиков [5,10,11]. При атеросклеротическом генезе вазоренальной АГ обязательным является назначение гиполипидемической терапии с антиагрегантными препаратами [11,12].

Определяющей тактикой лечения в отношении данной пациентки по поводу выявленного стеноза правой ПА до 80 %, стало проведение повторного стентирования с использованием полимерного стента (DES) методом «стент в стент».

Из немедикаментозных мероприятий рекомендовано: снижение массы тела, соблюдение низкокалорийной диеты с ограничением жирных, жареных блюд, а также продуктов богатых углеводами, увеличение в рационе потребления злаков, овощных и рыбных блюд; ограничение потребления соли до 1,5 г/сутки, жидкости до 1,0–1,5 л/сутки; нормализация режима труда и отдыха; постоянные физические нагрузки умеренной интенсивности под контролем уровня АД, пульса [5,12].

ВЫВОДЫ

Данный клинический случай демонстрирует необходимость проведения скрининга

категории пациентов с резистентностью к стандартной гипотензивной терапии на наличие вторичной артериальной гипертензии [9]. Ранняя диагностика и своевременное применение инвазивных методик реканализации почечных сосудов значительно улучшает качество жизни больных с вазоренальной артериальной гипертензией, одновременно повышая шансы полного прекращения приема антигипертензивных препаратов. Учитывая высокую вероятность рестенозирования стентированных сосудов, первичная профилактика возникновения ре-

стеноза включает: адекватную оценку факторов риска у конкретного пациента, использование DES или биополидеградируемых стентов, диспансерное наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде с соблюдением рекомендаций, в числе которых регулярный прием дезагрегантных и гиполипидемических лекарственных средств, контроль уровня АД и проходимости зоны реконструкции артерии методом УЗИ, магнитно-резонансной ангиографии и других неинвазивных методов диагностики [13].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Mozaffarian D. Executive summary: Heart Disease and Stroke Statistics update, a report from the American Heart Association/ D.Mozaffarian, E.J.Benjamin, A.S. Go [etc.]// *Circulation*. – 2016. – № 133. – С. 447–454.
2. Andersen U.O. Trends in population blood pressure and determinant factors for population blood pressure / U.O. Andersen // *Dan. Med. J.*-2017. – 64(3). – pii: B5353.
3. Redon J. Why in 2016 are patients with hypertension not 100 % controlled? / J.Redon, J.J.Mourad, R.E.Schmieder, M.Volpe, T.W. Weiss // *J Hypertens*. – 2016. – 34(8). P.1480–1488. doi: 10.1097/HJH.0000000000000988.
4. Беловол А. Н., Диагностика вторичных форм артериальной гипертензии / А. Н. Беловол, И. И. Князькова // *Місцеве лікування*. – 2014. – № 7/8. – С. 98–106.
5. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by Representatives of 10 Societies and by Invited Experts): Developed with the Special Contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)/ Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall F., Albus C., Brotons C., Catapano A.L [etc.] // *Eur J Prevent Cardiol*. – 2016. – 23(11): NP1-NP96.
6. Stenting and Medical Therapy for Atherosclerotic Renal-Artery Stenosis/, Cooper C.J.Murphy M.D., Cutlip T.P., D.E. [etc] // *N Engl J Med*. – 2014. – 370:13–22.
7. Столяров А. П. Патоморфологические и морфологические данные об изменениях стенок сосудов после операции стентирования / А. П. Столяров, М. Г. Федорова, Е. А. Харитонов, Н.С. Аверкин // *Известия высших учебных заведений. Поволжский р-н. Медицинские науки*. - 2018. - № 2 (46). – С.131–143.
8. Сиренко Ю. Н. Случаи успешного повторного стентирования обеих почечных артерий после рестеноза при реноваскулярной гипертензии / Ю. Н. Сиренко, Ю. Н. Соколов, Г. Ф. Примак, В. И. Чубко, А. Ю. Сиренко // *Журнал «Артериальная гипертензия»*. – 2009. – 1(3).
9. Wei F.F. Diagnosis and management of resistant hypertension: state of the art / Wei F. F., Zhang Z. Y., Huang Q. F, Staessen J. A. // *Nat Rev Nephrol*. – 2018. – 14(7). – P.428–441.
10. Kirk J. Pak. Acute Hypertension: A Systematic Review and Appraisal of Guidelines / Kirk J. Pak, Tian Hu, Colin Fee etc. // *Ochsner J*. – 2014. – 14(4) – P.655–663.
11. Березін О. Є. Фіксовані комбінації в лікуванні пацієнтів із артеріальною гіпертензією / О. Є Березін // *Укр. мед. Часопис*. – 2016. – 4(114). P. 51–55.
12. Березин А. Е. Глобальная васкулярная протекция у пациентов с артериальной гипертензией и гиперлипидемией / Березин А. Е. // *Український медичний часопис*. – 2013. – 4(96): 53–58.
13. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology / Whelton P.K., Carey R.M., Aronow W.S., Casey D.E.etc. // *Hypertension*. – 2018. – 71(6). P. 1269–1324.

REFERENCES

1. Mozaffarian D. Executive summary: Heart Disease and Stroke Statistics update, a report from the American Heart Association/ D.Mozaffarian, E.J.Benjamin, A.S. Go [etc.]// *Circulation*. – 2016. – № 133. – С. 447–454.

2. Andersen U. O. Trends in population blood pressure and determinant factors for population blood pressure / U. O. Andersen // Dan. Med. J.-2017. – 64(3). – pii: B5353.
3. Redon J. Why in 2016 are patients with hypertension not 100 % controlled? / J. Redon, J. J.Mourad, R. E.Schmieder, M. Volpe, T. W. Weiss // J Hypertens. – 2016. – 34(8). P.1480–1488. doi: 10.1097/HJH.0000000000000988.
4. Belovol A. N. Diagnostika vtorichnyh form arterial'noj gipertenzii / A. N. Belovol, I. I. Knyaz'kova // Mistectvo likuvannya. – 2014. – № 7/8. – S. 98–106. (in Russian)
5. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by Representatives of 10 Societies and by Invited Experts): Developed with the Special Contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)/ Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall F., Albus C., Brotons C., Catapano A.L [etc.] // Eur J Prevent Cardiol. – 2016. – 23(11): NP1-NP96.
6. Stenting and Medical Therapy for Atherosclerotic Renal-Artery Stenosis/, Cooper C. J.Murphy M. D., Cutlip T.P., D.E. [etc] // N Engl J Med. – 2014. – 370:13–22.
7. Stolyarov A. P. Patomorfologicheskie i morfologicheskie dannye ob izmeneniyah stenok sosudov posle operacii stentirovaniya / A. P.Stolyarov, M. G. Fedorova, E. A. Harionov, N.S Averkin// Izvestiya vysshih uchebnyh zavedenij. Povolzhskij region. Medicinskie nauki. – 2018. – № 2 (46). – S.131–143, (in Russian)
8. Sirenok Yu. N. Sluchaj uspehnogo povtornogo stentirovaniya obeh pochechnyh arterij posle restenoza pri renovaskulyarnoj gipertenzii / Sirenok Yu. N. Sirenko Yu. N., Sokolov Yu. N., Primak G. F., Chubko V. I., Sirenko A. Yu., Zhurnal «Arterial'naya gipertenziya». – 2009. – 1(3). (in Russian)
9. Wei F.F. Diagnosis and management of resistant hypertension: state of the art / Wei F.F., Zhang Z. Y., Huang Q. F., Staessen J. A. // Nat Rev Nephrol. – 2018. – 14(7). – P.428–441.
10. Kirk J. Pak. Acute Hypertension: A Systematic Review and Appraisal of Guidelines / Kirk J. Pak, Tian Hu, Colin Fee etc. // Ochsner J. – 2014. – 14(4) – P.655–663.
11. Berezin O. C. Fiksovani kombinacii v likuvanni pacientiv iz arterial'noyu gipertenzieyu / Berezin O. C. // Ukr. med. Chasopis. – 2016. – 4(114). P. 51–55. (in Ukrainian)
12. Global'naya vaskulyarnaya protekciya u pacientov s arterial'noj gipertenziej i giperlipidemiej / Berezin A. E. // Ukr. med. Chasopis. – 2013. – 4(96): 53–58. (in Russian)
13. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology / Whelton P. K., Carey R. M., Aronow W. S., Casey D. E. etc. // Hypertension. – 2018. – 71(6). P. 1269–1324.

РЕСТЕНОЗ СТЕНТА У ПАЦІЄНТА З ВАЗОРЕНАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Главатських Т. С., Шоп І. В., Охрямкіна О. О.

Вступ. До 20% так званих вторинних форм гіпертонії пов'язані з судинною патологією нирок (реноваскулярна гіпертензія). Недостатня ефективність медикаментозної терапії даної форми гіпертонії визначила тактику інвазивного лікування.

Мета. Метою даної статті було спостереження за клінічним перебігом реноваскулярної гіпертонії і визначення тактики лікування у віддаленому періоді після попереднього стентування ниркових артерій.

Матеріали та методи. Наш пацієнт - жінка, 1957 р. н. З 2011 року діагностовано гіпертонічну хворобу (ГХ), з 2014 року - перебої в роботі серця, з 2015р. набряки нижніх кінцівок, максимальний АТ до 250/120 мм рт.ст., 2016 р виконано стентування ниркових артерій (ПА) за результатами ангіографії, стан пацієнтки задовільний. В 2018 г. у зв'язку з погіршенням пацієнтку було госпіталізовано. Основний діагноз: Вторинна вазоренальна артеріальна гіпертензія II стадії, 3 ступеня. Двосторонній стеноз ниркових артерій (ангіографія 03.III.2016). Стентування ниркових артерій (03.III.2016). Рестеноз стента правої ниркової артерії до 80% (ангіографія 15.XI.2018). Шлуночкова екстрасистолія 2 градації по Лауну-Вольфу-Райяну. Гіперліпідемія Ів-ІІІ типу. Дуже високий кардіоваскулярний ризик. Ускладнення: Гіпертонічний криз (неускладнений перебіг) (01.XI.2018). СН II А стадії, ІІ ФК зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ 69%). Проведена терапія: периндоприл 15 мг, бісопролол 5 мг, торасемід 5 мг; амлодарон 200 мг; індапамід 1,25 мг; амлодипін 5 мг, ацетилсаліцилова кислота 150 мг; розувастатин 20 мг.

Результати. У стаціонарі пацієнтці було проведено стандартне обстеження. Виявлені відхилення: лабораторні: ШОЕ 20 мм / год, базофілі 1,3%, креатинін 83 мкмоль / л (СКД-ЕРІ 77 мл / хв / 1,73 м2), дисліпідемія Ів за Фредріксоном; інструментальні: ЕКГ - відхилення ЕОС вліво, ознаки гіпертрофії міокарда лівого шлуночка (ГМЛШ); Холтер-ЕКГ – поодинокі шлуночкові і надшлуночкові екстрасистоли; ЕхоКГ – склеротическое зміна клапанного апарату серця, ГМЛШ концентричного типу; УЗД органів черевної порожнини і заочеревинного простору – права нирка зменшена в розмірах, мікрокалькульоз обох нирок, ознаки

стенотического потока по лівій НА на рівні стента; ангиографія НА – рестеноз в стенті правої НА до 80%. Ендоваскулярним хірургом була рекомендована стентопластика з можливим стентуванням «стент в стент» DES.

Висновки. Даний клінічний випадок демонструє необхідність проведення скринінгу категорії пацієнтів з резистентністю до стандартної гіпотензивної терапії на наявність вторинної артеріальної гіпертензії, що дозволить поліпшити якість життя пацієнта і зменшити кількість необхідних препаратів, в деяких випадках аж до їх скасування. З огляду на високу ймовірність рестенозу стентованих судин необхідно проводити первинну профілактику виникнення рестенозу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вазоренальна гіпертензія, стентування, рестеноз

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ

Главатських Тетяна Сергіївна, асистент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, пл. Свободи, 6, Харків, Україна, 06122, e-mail: tsglavatskih@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8368-1363>

Шоп Ірина В'ячеславівна, к.м.н., доцент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, пл. Свободи, 6, Харків, Україна, 06122, e-mail: anuri.sh@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2027-3335>

Охрямкіна Олена Олександрівна, лікар кардіологічного відділення ХКЛ ВТ № 1 Філії «ЦОЗ» ПАТ «Українська залізниця», пров. Балакірева, 5, Харків, Україна, 61103, e-mail: info_cchuz@ukr.net

STANT RESTENOSIS IN A PATIENT WITH VAZORENAL ARTERIAL HYPERTENSION

Hlavatskykh T. S., Shop I. V., Okhryamkina O. O.

Introduction. Up to 20% so-called secondary forms of hypertension are associated with vascular pathology of the kidneys (renovascular hypertension). The lack of effectiveness of drug therapy of this form of hypertension determined the invasive treatment tactics.

Objectives. The purpose of this article was to observe the clinical course of renovascular hypertension and determine the tactics of treatment in the long-term period after a previous stenting of the renal arteries.

Material and methods. Our patient is a woman, born in 1957. Since 2011, hypertension has been diagnosed, since 2014 - rhythm disturbances, since 2015 edema of the lower extremities, maximum blood pressure up to 250/120 mm Hg, in 2016 - stenting of the renal arteries (RA) was performed according to the angiography results, the patient's condition was satisfactory. Since 2018, due to deterioration, the patient was hospitalized. The main diagnosis: Secondary vasorenal arterial hypertension of the II stage, 3 degree. Bilateral renal artery stenosis (angiography 03.03.2016). Renal artery stenting (03.03.2016). Restenosis of the stent of the right renal artery up to 80% (angiography 15.11.2018). Ventricular extrasystole II gradation according to Laun-Wolf-Rayhan. Hyperlipidemia type IIb-III. Very high cardiovascular risk. **Complication:** Hypertensive crisis (uncomplicated course) (01.11.2018). HF II A stage, class II with preserved systolic function of the left ventricle (EF 69%). Conducted therapy: perindopril 15 mg, bisoprolol 5 mg, torasemide 5 mg; amiodarone 100 mg bid; indapamide 1.25 mg; amlodipine 5 mg, acetylsalicylic acid 150 mg; rosuvastatin 20 mg.

Results. The patient underwent a standard examination at hospital. Identified deviations: laboratory: ESR 20 mm / h, basophils 1.3%, creatinine 83 μ mol / L (CKD-EPI 77 ml / min / 1.73 m²), dyslipidemia IIb according to Fredrickson; instrumental: ECG – left axis deviation, signs of left ventricular myocardial hypertrophy (LVMH); Holter - single ventricular and supraventricular extrasystoles; echocardiography - sclerotic changes in the valvular apparatus of the heart, concentric LVMH; ultrasound of the abdominal cavity and retroperitoneal space – the right kidney is reduced in size, microcalculosis of both kidneys, signs of stenotic flow along the left RA at the level of the stent; RA angiography - restenosis in the stent of the right RA up to 80%. Stentoplasty with possible stent-to-stent DES stenting was recommended by an endovascular surgeon.

Conclusions. This clinical case demonstrates the need for screening a category of patients with resistance to standard antihypertensive therapy for the presence of secondary arterial hypertension, which will improve the quality of life of the patient and reduce the number of drugs used, in some cases up to their withdrawal. Given the high likelihood of restenosis of stented vessels, it is necessary to carry out primary prevention of the restenosis occurrence.

KEY WORDS: renovascular hypertension, stenting, restenosis

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Hlavatskikh Tatyana S., Assistant of the Department of Internal Medicine, Medical Faculty, V. N. Karazin Kharkiv National University, 6, Svoboda pl., Kharkiv, Ukraine, 61022, e-mail: tsglavatskih@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8368-1363>

Shop Irina V., PhD, Associate Professor, Department of Internal Medicine, Medical Faculty, V. N. Karazin Kharkiv National University, Svoboda, 6, Kharkiv, Ukraine, 61022, e-mail: anuri.sh@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2027-3335>

Okhryamkina Olena.O., doctor of cardiology department HL BT number 1 of the branch «TSOZ» PJSC «Ukrainian Railway», 5, Balakireva per., Kharkov, Ukraine, 61103, e-mail: info_cchuz@ukr.net