СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ (ВТОРИЧНЫЕ) АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ

Повышение АД в результате наличия первичного причинного заболевания.

Этиопатогенетические факторы

1.Поражение паренхимы почек

-*приобретенное* - гломерулонефрит, пиелонефрит, диабетический гломерулосклероз (болезнь Киммельстил-Уилсона), опухоль, амилоидоз, туберкулез почек, системный васкулит, МКБ, гидронефроз;

-*врожденное* – гипоплазия, дистопия почек, поликистоз

2.Поражение почечных артерий

- атеросклероз – 70%
-фибромускулярная дисплазия – 20-30%
-тромбоэмболия почечной артерии
- болезнь Такаясу
- врожденная гипоплазия
- компрессия опухолью, спайками, гематомой

3.Заболевания органов эндокринной системы (гипофиз, надпочечники, щитовидная железа, паращитовидная железа): феохромацитома, альдостерома (синдром Конна), синдром и болезнь Иценко-Кушинга, акромегалия, тиреотоксикоз, первичный гиперпаратиреоз.

4.Гемодинамические нарушения (заболевания сердца и аорты - недостаточность аортального клапана, полная AV-блокада, коарктация аорты, атеросклероз аорты, болезнь Такаясу; повышение ОЦК - ***полицитемия*)**

5.Заболевания головного мозга (черепно-мозговые травмы, энцефалит, диэнцефальный синдром, опухоль мозга, ишемические поражения мозга при сужении сонных, позвоночных артерий)

6.Экзогенные факторы

-*Длительный прием лекарственных препаратов:* симпатомиметики, НПВС, ГКК, пероральные контрацептивы, эфедрин, ингибиторы МАО, антидепрессанты, циклоспорин, витамин Д, эритропоэтин, туберкулостатики, корень солодки

-*Токсические*: отравление свинцом, кадмием, таллием, кокаин, алкоголь

-*Пищевые:* чрезмерное употребление кофеина, соли

Классификация

1.Почечные (*паренхиматозные и вазоренальные*)

2. Эндокринные

-*Надпочечниковые*
  -Феохромацитома
  -Альдостерома (синдром Конна)
  -Синдром Иценко-Кушинга
-*Гипофизарные*
  -Болезнь Иценко-Кушинга
  -Акромегалия
-*Тиреоидные* (тиреотоксикоз)

-Паратиреоидные (первичный гиперпаратиреоз)
-Карциноидный синдром
-Климактерическая АГ
3. Гемодинамические
-Заболевания сердца, аорты
- Реологическая АГ (эритремия)
4. Центрогенные
5. Экзогенные
Клинические признаки
Особенности жалоб, когда можно заподозрить вторичную АГ:
-приступообразная мышечная слабость, судороги в ногах
-приступы сердцебиений, с чувством страха и резкой бледностью
-отеки лица по утрам, боли в поясничной области, дизурия
-частые головные боли, головокружения, обмороки
-бессимптомный вариант (субъективно не ощущается повышение АД)
Особенности анамнеза заболевания, когда можно заподозрить вторичную АГ:
-Впервые обнаружена у лиц моложе 20-30 лет
-«Острый» дебют АГ с частыми кризами или быстрая стабилизация АД на высоких цифрах
-Больные с АГ, ранее хорошо контролируемой, у которых возникает внезапное «озлокачествление» АГ
-Рефрактерность к адекватной антигипертензивной терапии
-Быстрое развитие осложнений: ОИМ, ОНМК, почечная недостаточность, ретинопатия
Особенности анамнеза жизни, когда можно заподозрить вторичную АГ:
-Перенесенные заболевания: ЧМТ, почечное заболевание, частые ангины, с последующими изменениями в анализах мочи, сахарный диабет
- Длительное использование НПВС, симпатомиметиков, контрацептивов, ГКК и др.
-Наследственность: отсутствие АГ в семейном анамнезе, заболевания почек (поликистоз)
-Гинекологический анамнез**:**нефропатия и повышение АД во время беременности
Особенности результатов объективного осмотра:
-«Кушингоидные» или акромегалоидные черты, экзофтальм
-Выраженная брадикардия
-Изолированная систолическая или диастолическая АГ с ДАД >110 мм рт.ст. и высокое пульсовое АД
-Стойкая АГ 3 степени
-Пальпируются почки
-Выявление шумов в сердце и на крупных сосудах, почечных артериях
-Отсутствие пульса на одной руке, ассиметрия АД
-Снижение АД на ногах

Почечные АГ

Клинические особенности:
-Часто пациенты субъективно не ощущают повышение АД
-Высокое ДАД, «злокачественная» или рефрактерная АГ
-Почечный анамнез
-Боли в поясничной области, дизурия (при пиелонефрите), отеки на лице по утрам
-Пальпируются почки (при поликистозе)
-Шум в проекции почечной артерии (при вазоренальных АГ)
-Патология мочевого осадка
-Нарастание креатинина при назначении ингибиторов АПФ
*Лабораторные методы диагностики***:**
-Общий анализ мочи
-Пробы Нечипоренко, Зимницкого, Реберга
-Анализ мочи на СПБ
-Посев мочи, в т.ч. на ВК
-Активность ренина плазмы
-Проба с каптоприлом (при вазоренальной АГ)
*Инструментальные методы диагностики***:**
-УЗИ почек
-Изотопная ренография и сканирование почек
-Внутривенная урография
-Дуплексное сканирование почечных артерий
-МР ангиография почечных артерий, брюшная аортография
-Нефробиопсия

Эндокринные АГ

Феохромацитома - опухоль мозгового слоя надпочечников или вненадпочечниковой хромафинной ткани (парааортальные ганглии, мочевой пузырь, яичники), продуцирующая адреналин, норадреналин, дофамин.
Возраст 30-50 лет.
Клинические особенности:
-У10%-злокачественная, у 10%-семейная, у 10%-вненадпочечниковая, у 10%-множественная («правило десяток»)
-У 50% -симпато-адреналовые пароксизмы: тахикардия, перебои в сердце, потливость, страх, боли в животе, тошнота, рвота, резкое побледнение кожи лица, расширение зрачков, парестезии, значительное увеличение САД и ДАД, профузный пот, лихорадка, полиурия в конце криза.
-Выраженная ортостатическая гипотензия и высокая АГ в положении лежа.
-Нейрофиброматоз кожи.
Лабораторные методы диагностики:
-сахар крови, лейкоцитоз во время криза
-определение в крови уровня катехоламинов, метанефрина, норметанефрина
-определение суточной экскреции катехоламинов и ванинил-миндальной кислоты (ВМК) в моче и крови после криза
-провокационные пробы с гистамином

-клонидиновая проба (0,15мг на ночь не подавляют ночную секрецию катехоламинов, которые обнаруживают в ночной моче)
Инструментальные методы диагностики:
-УЗИ, КТ, МРТ надпочечеников
-пневморенография
-сцинтиграфия надпочечников с метайод-бензилгуанидином (особенно важен при злокачественных образованиях, так как визуализирует метастазы)
-ПЭТ - позволяет диагностировать опухоли из хромаффинной ткани вненадпочечниковой локализации, а также метастазы
Синдром Конна **-** опухоль клубочковой зоны надпочечников, продуцирующая альдостерон (первичный гиперальдостеронизм).
Клинические особенности:
- Гипокалиемический синдром: приступообразная мышечная слабость вплоть до парезов, утомляемость, парастезии, аритмии,
судороги мышц голеней
-Нефропатия: полиурия, полидипсия особенно ночью
Лабораторные методы диагностики:
-калий менее 3,5 мкмоль/л, натрий в крови и суточной моче
-КЩС крови - алкалоз
-активность ренина, ангиотензина плазмы - низкая
-суточная экскреция альдостерона, натрия – высокая
-проба с верошпироном положительная
-общий анализ мочи (щелочная pH, изогипостенурия)
Инструментальные методы диагностики:
-УЗИ, КТ, МРТ надпочечников
-селективная ангиография надпочечника
-сцинтиграфия надпочечников
Болезнь и синдром Иценко-Кушинга
Болезнь Иценко-Кушинга– опухоль гипоталамуса или передней доли гипофиза (гиперсекреция АКТГ)
Синдром Иценко-Кушинга- аденома коры надпочечников, продуцирующая ГКК
Клинические особенности:
-Центропетальное ожирение, лунообразное лицо, багровые стрии, акне, гирсутизм, полиурия, жажда (стероидный диабет), остеопороз, стероидная язва
-Битемпоральная гемианопсия (выпадение боковых полей зрения) – при болезни Иценко-Кушинга.
Лабораторные методы диагностики:
-сахар, калий, натрий, кальций в крови и моче
-суточная экскреция 17-КС, 17-ОКС, кортизола в моче
-11- и 17-ОКС, кортизол и АКТГ в крови
-тест с дексаметазоном
*Инструментальные методы диагностики**:***
-УЗИ, КТ, МРТ надпочечников

-рентген, КТ, МРТ черепа и турецкого седла
-консультация окулиста

Гемодинамические АГ

Коарктация аорты - врожденное сужение аорты в месте перехода дуги в нисходящий отдел или ниже места отхождения левой подключичной артерии.

Клинические особенности:

-АД на руках выше чем на ногах, пульсация межреберных артерий, сосудов шеи, грубый систолический шум (по задней поверхности грудной клетки слева), «перемежающая хромота»

*Методы диагностики***:**

-допплерография магистральных артерий
-аортография
-рентген грудной клетки (узурация ребер)

Болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит, болезнь отсутствия пульса) - гранулематозное воспаление аорты и ее основных ветвей иммунного генеза. Чаще болеют женщины моложе 50 лет.

-4 анатомических типа. I тип - изолированное поражение дуги аорты и отходящих от нее артерий. II тип -поражение грудного и (или) брюшного отделов аорты и ее ветвей. III тип - сочетанное поражение дуги аорты и (или) ее ветвей с изменениями в грудном (брюшном) отделе аорты. IV тип – поражение легочной артерии и ее ветвей.

Клинические особенности:

-Отсутствие пульса и АД на одной руке (при поражении дуги аорты)
-Вазоренальная АГ (при поражении почечных артерий)
-Общий воспалительный синдром (субфебрилитет, лейкоцитоз, СОЭ, диспротеинемия, выявление антител)
-Выявление систолического шума над аортой

Методы диагностики:

-клинический и биохимический анализ крови
-иммунологическое исследование крови
-допплерография (дуплексное сканирование) аорты
-аортография

Центрогенные АГ

Клинические особенности:

-Часто интенсивные головные боли
-Вегетативные нарушения, неврологические расстройства, эпилептиформный синдром, синкопальные состояния

*Методы диагностики***:**

-КТ, МРТ головного мозга, рентген черепа и позвоночника
-ЭЭГ
-М-ЭХО
-допплерография артерий головы и шеи
-консультация окулиста, невропатолога

Примеры формулировки диагноза вторичной АГ

1.Мочекаменная болезнь. Хронический обструктивный пиелонефрит, обострение. Вторичная АГ 2 степени.
2.Болезнь Иценко-Кушинга. Вторичная АГ 3 степени.

Особенности лечения вторичных АГ

Принципы терапии, группы препаратов описаны в разделе: Гипертоническая болезнь.

Почечные АГ

-АГ – фактор прогрессирования поражений почек, обязательно достижение целевых уровней АД (ниже 130/80 мм рт.ст., а при ХПН с протеинурией более 1г/сут. – ниже 125/75 мм рт.ст.)
-Используются комбинации гипотензивных препаратов (антагонисты кальция, жирорастворимые β-адреноблокаторы, петлевые диуретики, препараты центрального действия)
-Препараты выбора – ингибиторы АПФ (до ХПН)
-При ХПН (КФ менее 30 мл/мин) - осторожное применение ингибиторов АПФ, нецелесообразно – тиазидовые дуретики и верошприрон
-Паренхиматозные АГ – лечение заболевания почек!
-Вазоренальная АГ - рефрактерная или прогрессирующее снижение функции почек являются показаниями для проведения реваскуляризации (ангиопластика, стентирование), при атеросклерозе почечных артерий - мероприятия по модификации образа жизни, назначение аспирина, статинов, при двустороннем стенозе – противопоказаны иАПФ.

Феохромацитома

-Хирургическое удаление опухоли с предварительной предоперационной подготовкой (адреналэктомия)
- Медикаментозное лечение (α-адреноблокатор – фентоламин, прозазин, только затем –β-блокаторы)

Синдром Конна

- Хирургическое лечение
-Медикаментозное (антагонисты рецепторов ангиотензина, спиронолактон)

Синдром Иценко-Кушинга

-Хирургическое лечение
-Медикаментозное (гипотензивные препараты, «метаболически нейтральные»)

Гемодинамические АГ

-Очень осторожная коррекция АД!
- Лечение основного заболевания

Центрогенные АГ

-Не допускать гипотонии
-Гипотензивные препараты центрального действия
-Использование препаратов, улучшающих мозговой кровоток