



Межрегиональное Общество
Детских Кардиохирургов
Общество специалистов по врожденным порокам сердца

Реноваскулярная артериальная гипертензия у подростка на фоне стеноза почечной артерии: от гиподиагностики до успешной реваскуляризации

Дакуко А. Н.¹, Батаева Т. В.², Ситников М. Г.²,
Кунгурцева А. Г.³, Павлинова Е. Б.¹, Соболева А. Ю.¹

¹ Омский государственный медицинский университет; 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12

² Областная клиническая больница; 644111, Россия, Омск, ул. Березовая, д. 3

³ Областная детская клиническая больница; 644001, Россия, Омск, ул. Куйбышева, д. 77

5-й Всероссийский съезд

детских кардиохирургов и специалистов
по врожденным порокам сердца





Продemonстрировать трудности диагностического поиска при реноваскулярной АГ у подростка, имитировавшей эндокринную патологию, и показать ключевую роль современных методов лучевой диагностики и эндоваскулярного лечения.

Актуальность

Реноваскулярные причины (стеноз почечных артерий) составляют 5–10% всех случаев симптоматической АГ, а при резистентных формах — до четверти случаев (Flynn J.T et al., 2017).

Основная причина стеноза почечных артерий в детском возрасте - **фибромускулярная дисплазия (ФМД)** - редкое, идиопатическое, невоспалительное заболевание.

Сложность диагностики ФМД связана с неспецифичностью симптомов и необходимостью применения высокотехнологичных методов визуализации.

Своевременная диагностика критически важна, так как эндоваскулярное лечение позволяет добиться полной нормализации АД и предотвратить тяжелые сердечно-сосудистые осложнения.





Материалы

- Клинический случай пациентки А., 16 лет (обследование и лечение в БУЗОО ДГП№5, БУЗОО Областная детская клиническая больница, БУЗОО Областная клиническая больница г. Омск с 2024 по 2026 год).
- Данные анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных исследований.

Методы исследования

Клинико-anamнестический анализ: сбор жалоб, оценка динамики АД и эффективности антигипертензивной терапии.

Лабораторные методы: биохимический анализ крови (креатинин, СКФ, липидный профиль), оценка активности ренина плазмы и уровня альдостерона.

Инструментальные методы:

- Суточное мониторирование АД (СМАД).
- Эхокардиография (ЭхоКГ).
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек с доплерографией (скрининг).
- Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с болюсным контрастированием (основной метод верификации).
- Селективная ангиография и чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика (ЧТБА) - как диагностический и лечебный этап.



Результаты и обсуждение



Межрегиональное Общество
Детских Кардиохирургов
Общество специалистов по врожденным порокам сердца

Рис 1. МСКТ: протяжённый стеноз правой почечной артерии (ФМД, фокальный тип) + вторичная гипоплазия правой почки.

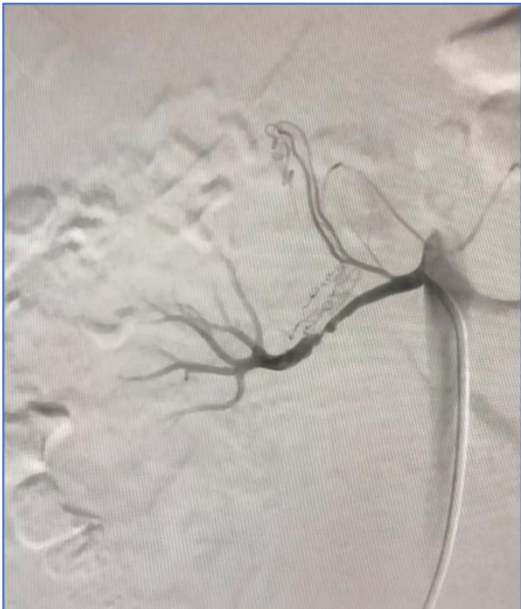


Рис. 2. Ангиограмма до ангиопластики



Рис. 3. Ангиограмма после ангиопластики

дата	событие / результат
Сентябрь 2024	Дебют: АД 180/110 мм рт. ст., головная боль.
30.09 – 11.10.2024	Первая госпитализация: СМАД → стабильная АГ. УЗДГ почечных артерий - без патологии. Назначен валсартан.
Октябрь 2024 – февраль 2025	Амбулаторно: АД нестабильное с подъемами до 160/100 мм рт. ст. - резистентность к валсартану . Добавлен амлодипин 5 мг/сут (комбинированная терапия) — отменен из-за тошноты, рвоты, астении.
Февраль – апрель 2025	Амбулаторно: АД 160/100 мм рт. ст. (резистентность). Ренин плазмы 170 мкМЕ/мл, альдостерон 215–665 пг/мл → вторичный гиперальдостеронизм. Диагностический поиск в сторону эндокринологии.
22.10.2025	Вторая госпитализация: гипертонический криз 180/110 мм рт. ст. Пастозность лица/голеней.
24.10.2025	УЗДГ: асимметрия почек (правая 86×40 мм, левая 102×46 мм), турбулентный кровоток в правой почечной артерии.
30.10.2025	МСКТ-ангиография: протяженный тубулярный стеноз правой почечной артерии → ФМД. Гипоплазия правой почки.
12.11.2025	ЧТБА правой почечной артерии (баллон 4,0×30 мм, 16 атм). Восстановление просвета, без стентирования.
14.11.2025 (выписка)	АД 125/75 мм рт. ст. без медикаментов. Эффективность соответствует мировым данным (80–90% излечения).
Катамнез (ноябрь 2025, июнь 2026)	Отсутствие признаков артериальной гипертензии, ребенок не получает гипотензивную терапию.





Особенности клинического случая

- Клинический случай иллюстрирует **классические "красные флаги"** реноваскулярной гипертензии: резистентность к терапии, высокие цифры АД, наличие отеков.
- **Основная диагностическая ошибка** была связана с результатами первичного УЗИ (чувствительность метода сильно зависит от оператора) и акцентом на эндокринные нарушения (активация РААС — патогенетически ожидаемый признак при реноваскулярной АГ).
- **"Золотым стандартом"** диагностики выступила МСКТ-ангиография, которая позволила точно визуализировать поражение.
- Успех баллонной ангиопластики подтверждает, что своевременное вмешательство может привести к полному выздоровлению.

Выводы

1. **Высокая настороженность обязательна:** у подростков с резистентной АГ, особенно в сочетании с активацией РААС, необходимо исключать реноваскулярный генез.
2. **Диагностические сложности:** опора только на УЗИ может быть недостаточной; отрицательный результат не должен успокаивать при сохранении клинического подозрения. Эндокринные нарушения (вторичный гиперальдостеронизм) часто являются следствием, а не причиной АГ.
3. **Метод диагностики:** МСКТ-ангиография является высокоинформативным методом для верификации диагноза ФМД и должна применяться своевременно.
4. **Эффективность лечения:** баллонная ангиопластика без стентирования — высокоэффективный и безопасный метод лечения у детей, позволяющий добиться стойкой нормализации АД без медикаментозной поддержки.
5. **Необходимость мультидисциплинарного подхода:** такие пациенты требуют долгосрочного наблюдения в специализированных центрах из-за риска рестеноза и системного характера заболевания (поражение других сосудистых бассейнов).

