**НЕФРОГЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ.**

Нефрогенную гипертензию делят на две формы: вазоренальную и паренхиматозную. В основе развития вазоренальной гипертензии лежат одно- или двусторонние поражения почеч­ной артерии и ее основных ветвей врожденного или приобретенно­го характера. Паренхиматозная гипертензия возникает чаще всего на почве одно- или двустороннего пиелонефрита, гломерулонефрита и других заболеваний почек (нефролитиаз, туберкулез, опухоль, киста почки, гидронефроз, поликистоз почек и др.).

**ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ФОРМА НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.**

Вазоренальная артериальная гипертензия наблюдается в сред­нем у 7 % больных с артериальной гипертензией.

*Этиология.* В 1934 г. Гольдблатт получил стойкую арте­риальную гипертензию у собак путем сужения почечной артерии одной почки. Оказалось, что повышение артериального давления возникает и у людей при стенозе или окклюзии почечных арте­рий вследствие различных причин.

Убедительным доказательством этиологической роли различ­ных стенотических поражений почечной артерии в развитии артериальной гипертензии явились сообщения об излечении боль­ных от гипертензии путем нефрэктомии на стороне стеноза или пластической операции на почечной артерии. Среди причин стено­за самой частой является атеросклероз, при котором бляшка вызывает сужение просвета сосуда. На вто­ром месте стоит стеноз почечной артерии на почве фибромускулярной дисплазии ее стенки. В основе дисплазии лежат врожденные изменения, заключающиеся в «слабости» со­судистой стенки из-за дефицита эластической ткани. В последую­щем наступает компенсаторная гипертрофия мышечной и проли­ферация фиброзной ткани, что сопровождается диспластическими процессами с преимущественным поражением одного из слоев стенки артерии — чаще медии и интимы. Патологический процесс обычно приводит к циркулярному множественному стенозу, кото­рый по форме напоминает нитку бус.

До недавнего времени нефроптозу как причине артериальной гипертензии придавали малое значение. Исследования показали, что чрезмерное натяжение и перекручивание почечной артерии при нефроптозе следует рассматривать как ее стенотическое пора­жение. Стеноз такого рода является функциональным, а возникающий в дальнейшем при нефроптозе фибромускулярный стеноз почечной артерии — органическим. Ведущим симптомом функционального стеноза является ортостатическая артериальная гипертензия, исчезающая в горизонтальном положении больного. Гипертензия, сохраняющаяся в горизонталь­ном положении больного, свидетельствует о возникновении орга­нического стеноза почечной артерии.

*Патогенез.* В 1898 г. Тигерштедт и Бергман, анализируя результаты своих экспериментов, предположили существование в ишемизированных почках вещества, приводящего к артериаль­ной гипертензии. Это вещество, введенное в виде солевого экстрак­та ишемизированной почечной ткани в кровь животным, резко повышало артериальное давление. Авторы решили, что почечная ткань в условиях ишемии выделяет прессорное вещество, которое они назвали ренином (от лат. геп. — почка).

В настоящее время установлено, что почка в условиях ишемии вырабатывает протеолитический фермент — ренин.

Ренин вырабатывается клетками юкстагломерулярного комп­лекса (ЮГК) почки. В почках больных вазоренальной артериальной гипертензией на стороне стеноза, как правило, нахо­дят гипертрофию клеток юкстагломерулярного комплекса с увеличе­нием в них количества секретирующих гранул, а также высокую активность ренина. Большинство специалистов считают, что ги­перпродукция ренина — результат не столько ишемии, сколько изменения пульсового давления в сосудах почки. Стеноз почечной артерии способствует снижению артериального давления (гра­диент, т. е. перепад давления) в сосудах, расположенных дистальнее сужения. Это уменьшает напряжение стенок приносящих артерий, что способствует возбуждению геморецепторов Macula densa (канальцевой структуры, органически связанной с ЮГК) и приводит к стимуляции секреции ренина. Ренин соединяется в крови с а-глобулином (гипертензиногеном), выделяющимся из печени. В результате взаимодействия этих двух веществ обра­зуется прессорный полипептид, который назван ангиотензином. Последний бывает двух видов: ангиотензин I и ангиотензин II, причем второй возникает в результате отщепления от первого двух аминокислот. В настоящее время известно, что ренин и ан­гиотензин I не повышают артериального давления. Только ангио­тензин II представляет собой прессорный агент, который, цирку­лируя в крови, приводит к артериальной гипертензии. Разрушение ангиотензина осуществляется специальными ферментами — ангиотензиназами.

Ангиотензин при вазоренальной гипертензии стимулирует сек­рецию альдостерона (вторичный альдостеронизм), который спо­собствует задержке в организме натрия. Последний в избытке откладывается в стенке почечных артерий и артериол и задерживает в них жидкость, что приводит к набуханию сосудов, умень­шению их просвета и сопротивлению току крови. В этих условиях резко повышается чувствительность стенки сосудов к воздействию катехоламинов, что усиливает и периферическую вазоконстрикцию. Нарушение баланса натрия, задержка которого в организме приводит к повышению объема экстрацеллюлярной жидкости и плазмы, повышает внутрисердечное давление.

Одновременно с выявлением роли ренина и ангиотензина удалось установить, что определенную роль в патогенезе вазоренальной артериальной гипертензии играют биологически актив­ные полипептиды — кинины (брадикинин, калликреин и др.), которые действуют на стенку мелких и средних артериол, расширяя их просвет, и тем самым снижают периферическое сопротивле­ние. Кроме того, одновременно с повышением образования ренина в мозговом слое почки повышается секреция простагландинов, которые ослабляют вазоконстрикторное действие ангиотензина II.

Важным моментом патогенеза вазоренальной артериальной гипертензии при одностороннем почечном заболевании является возможность развития тяжелых сосудистых интрапаренхиматозных повреждений противоположной, так называемой интактной, почки в виде артериолосклероза при относительной функциональ­ной сохранности почечной паренхимы на стороне поражения.

*Симптоматика и клиническое течение.* Вазоренальная артериальная гипертензия может наблюдаться в любом возрасте, однако чаще (у 93 % больных) в возрасте до 50 лет. Атеросклеротический стеноз почечной артерии, сопровождающий­ся гипертензией, обнаруживают чаще всего у мужчин в возрасте старше 40 лет, фибромускулярный стеноз — значительно чаще у женщин в молодом и среднем возрасте.

Жалоб, типичных для вазоренальной артериальной гипертен­зии, нет. Характерным ее признаком является отсутствие жалоб к моменту выявления гипертензии, т. е. «случайное» распознава­ние заболевания при различного рода профилактических осмот­рах. Относительно частый симптом — боли в пояснице, которые в сочетании с головной болью нередко наблюдаются при нефроптозе, особенно в вертикальном положении больного. Вазоренальная артериальная гипертензия характеризуется внезапным воз­никновением, быстрым, нередко (у 18—30% больных) злокачест­венным течением, почти всегда высоким диастолическим давлени­ем (110—120 мм рт. ст. и более), редко сопровождается кризами.

*Распознавание вазоренальной артериальной гипер­тензии состоит из трех этапов.*

**Первый этап***—*отбор больных для аортографии: выясне­ние анамнеза, применение общеклинических методов обследова­ния, изотопной ренографии, сканирования или сцинтиграфии и экскреторной урографии. Проведение этого этапа диагностики возможно в условиях поликлиники или неспециализированного стационара врачом-интернистом в содружестве с офтальмологом, радиологом и рентгенологом.

В **анамнезе** больных вазоренальной гипертензией находят: 1 ) от­сутствие семейного (наследственного) характера заболевания; 2) отсутствие или кратковременность эффекта от консервативной гипотензивной терапии; 3) возникновение гипертензии после ост­рых болей в пояснице, травмы почек или операции на ней; 4) вне­запное обострение транзиторной доброкачественной артериальной гипертензии. Больного с не поддающейся лечению гипертензией и перечисленными признаками необходимо подвергнуть специально­му обследованию.

При **общеклиническом обследовании** измерение артериального давления позволяет выявить значительное повы­шение диастолического показателя. Важно определять артериальное давление в разных положениях больного (лежа, стоя), после физической нагрузки, на разных конечностях. Ортостатическая гипертензия наблюдается у 85 % больных с нефроптозом в соче­тании с гипертензией. Именно у этой группы больных артериаль­ную гипертензию выявляют с помощью пробы на физическую нагрузку (30-минутная прогулка или 15—20 приседаний). Орто­статическая гипертензия, как правило, не отмечается у больных гипертонической болезнью.

Другим важным признаком вазоренальной гипертензии являет­ся асимметрия артериального давления и пульса на верхних и нижних конечностях, что может отмечаться при панартериите.

У половины больных с вазоренальной артериальной гипертен­зией при аускультации эпигастральной области определяют систо­лический (при аневризме) и диастолический шум, чаще выявляе­мый при фибромускулярном стенозе почечной артерии .

Ангиоспастическая ретинопатия при **исследовании глазного дна** у больных с вазоренальной гипертензией наблюдается значительно чаще, чем при артериальной гипертензии другой этиологии.

У некоторых больных с артериальной гипертензией на почве стеноза почечной артерии выявляют высокий уровень эритроцитов и гемоглобина в крови вследствие стимуляции клетками юкстагломерулярного комплекса продукции эритропоэтина.

Удовлетворительная суммарная функция почек сохраняется от­носительно долго, причем отмечают высокий уровень осмотиче­ского концентрирования. Это объясняют снижением объема клубочковой фильтрации и почечного кровотока, что приводит к уси­лению реабсорбции в канальцах.

**Изотопная ренография** является ценным методом ис­следования функционального состояния почки на стороне стеноза. Она особенно эффективна при одностороннем поражении почеч­ной артерии, когда имеется асимметричность ренограмм с двух сторон. Большое значение в диагностике вазоренальной гипертензии име­ют также динамическая сцинтиграфия и непрямая почечная ангиография, которые позволяют не только вы­явить функциональную значимость стеноза, но и дать количест­венную оценку функциональных изменений в паренхиме почки, рассчитав их с помощью компьютера.

**Экскреторная урография** при обследовании больных вазоренальной гипертензией обнаруживает разницу в размерах по­чек и характеризует функцию каждой из них. Применяют мето­дику серийной урографии, позволяющую уловить нарушение функ­ции почки на стороне стеноза в первые минуты после введения рентгеноконтрастного вещества. В вену вводят 40 мл 60—80 *%* раствора рентгеноконтрастного вещества (уротраст, урография, верография и т.п.) в течение 20—30 с и делают снимки на 1; 3; 5; 10 и 20-й минуте. Один из снимков (на 10-й минуте) производят в вертикальном положении больного. Экскреторная урография позволяет установить ряд признаков, характерных для стеноза почечной артерии: 1) замедленное появление рентгеноконтрастно­го вещества в чашечно-лоханочной системе; 2) уменьшение почки в длину на 1 см и более, что указывает на атрофию почки; 3) ран­няя и стойкая нефрограмма; 4) гиперконцентрация рентгено­контрастного вещества на поздних снимках; 5) отсутствие функ­ции почки. Последний признак при наличии нормального изобра­жения чашечно-лоханочной системы на ретроградной пиелограмме указывает на тромбоз или эмболию почечной артерии. Патофизио­логической основой первого, третьего и четвертого признаков яв­ляется снижение фильтрации и повышение реабсорбции в почке на стороне стеноза ее артерии.

**Второй этап** обследования состоит в проведении почеч­ной ангиографии (аортографии, которую по показаниям до­полняют селективной артерио- и венографией почки). Если пред­варительно не проведена экскреторная урография, ее выполняют как фазу аортографии. При подозрении на наличие опухоли над­почечника аортографию выполняют в один день с пневморетро-перитонеумом и томографией.

**Почечная ангиография** — единственный метод диагностики раз­личных форм поражения почечной артерии при вазоренальной гипертензии, позволяющий установить характер стеноза, его ло­кализацию и степень, одно- или двусторонность поражения. Одним из признаков функциональной значимости стеноза почечной ар­терии является постстенотическое ее расширение.

*Показания для почечной ангиографии*: 1) соответствующий анамнез, изменения, выявленные с помощью общеклинических методов обследования, изотопной ренографии или сцинтиграфии, экскреторной урографии; 2) наличие стойкой артериальной гипертензии злокачественного характера при отсутствии эффекта от консервативной терапии, особенно у лиц до 50 лет; 3) ортостатическая артериальная гипертензия, особенно при нефроптозе; 4) эритремия у больных гипертензией. С помощью почечной артериографии выявляют следующие изменения.

Атеросклеротический стеноз, который чаще бывает односторонним. Атеросклеротическая бляшка обычно располагает­ся в проксимальной трети почечной артерии, очень близко к аорте. Почти у 20 % больных имеется сочетание атероматоза аорты и почечной артерии.

Фибромускулярный стеноз нередко бывает двусто­ронним, поражает чаще правую почечную артерию и распростра­няется на ее ветви, а порой и внутрипочечные сосуды. Стеноз локализуется в средней и дистальной третях магистральной арте­рии, ангиографически выявляется в виде нитки бус.

Тромбоз или эмболия почечной артерии и ее ветвей выглядят на артериограмме в виде ампутированного окончания сосудистого ствола.

Аневризма почечной артерии представляет. собой мешко­образное или веретенообразное расширение сосуда как вне-, так и внутрипочечной локализации.

Особое значение имеет почечная ангиография для установле­ния патогенеза артериальной гипертензии при нефроптозе. В этом случае исследование выполняют в вертикальном и гори­зонтальном положении больного. Почечная артерия на вертикаль­ной аортограмме резко вытянута, нередко ротирована, диаметр ее уменьшен. Для выявления характера гемодинамических изме­нений одновременно производят селективную венографию и флеботонометрию. Вертикальная аортография позволяет выявить у больных нефроптозом фибромускулярный стеноз почечной арте­рии, который не удается обнаружить на ангиограмме в горизон­тальном положении больного.

**Третий этап** обследования больного с вазоренальной ар­териальной гипертензией — установление зависимости повышения артериального давления от выявленных изменений в почечной артерии. Для этого следует прибегнуть к помощи раздельных катетеризационных почечных тестов, ангиотензиновой пробы или оп­ределения активности ренина в крови, полученной раздельно из каждой почки.

**Раздельные катетеризационные функциональ­ные почечные тесты** имеют определенную ценность при зна­чительной степени стеноза и одностороннем поражении почечной артерии. Чаще используют пробы Говарда и Раппопорта. Говард показал, что на стороне стеноза объем мочи на 50 % меньше, а концентрация натрия в ней на 15 % ниже, чем с противополож­ной стороны (за счет повышенной реабсорбции в пораженной почке). Чтобы не измерять количество мочи, Раппопорт предло­жил вместо этого определять в раздельно полученной из почек моче концентрацию креатинина, которая меняется прямо пропор­ционально количеству реабсорбируемой воды.

**Исследование активности ренина в плазме** (АРП) для диагностики вазоренальной артериальной гипертензии мало информативно. Наиболее эффективно для этой цели, особенно для определения стороны поражения и подтверждения зависимости гипертензии от выявленного поражения почечной артерии, раз­дельное исследование АРП в венозной крови каждой почки, полу­ченной путем катетеризации почечных вен как в горизонтальном, так и в вертикальном положении больного (рис. 166). АРП со стороны стеноза, превышающая в 1,5 раза таковую с противопо­ложной стороны, доказывает этиологическую роль ренина в раз­витии артериальной гипертензии.

Существенную помощь в распознавании ренинзависимой арте­риальной гипертензии оказывает **проба с каптоприлом**, которая основана на гипотензивном эффекте его разовой дозы (25 мг). Каптоприл *—* это конвертирующий фер­мент, предотвращающий превращение ангиотензина I в вазоактивный ангиотензин II, т. е. ингибитор последнего. Действие каптоприла сопровождается повышением АРП как в крови из почечных вен, так и в периферической.

**Ангиотензивныи тест** основан на том, что лица с высо­ким уровнем эндогенного ангиотензина (т. е. больные с вазоренальной гипертензией) мало или совсем нечувствительны к вве­дению экзогенного ангиотензина и наоборот. Поскольку уровень эндогенного ангиотензина прямо пропорционален уровню актив­ности ренина, ангиотензиновый тест можно использовать для под­тверждения связи стеноза и артериальной гипертензии.

**Биопсия почки** — этап диагностики, определяющий у не­которых больных выбор метода лечения и характер операции (нефрэктомия или пластика почечной артерии). Обычно исполь­зуют пункционную чрескожную методику биопсии почки для выявления артериолосклероза в противоположной по отношению к стенозу почке. Биопсию пораженной почки выполняют срочно во время операции.

*Лечение.* В связи с безуспешностью консервативной тера­пии операция является наиболее эффективным способом лечения вазоренальной артериальной гипертензии независимо от характера поражения почечной артерии. Цель операции — восстановление нормального магистрального кровообращения в почке. Характер операции зависит от вида, локализации и степени стеноза, одно- или двусторонности поражения, количества и качества сохранив­шейся паренхимы в пораженной и противоположной почках.

У больных нефроптозом показана нефропексия наиболее физи­ологичным методом Rivoir—Пытеля—Лопаткина (при функцио­нальном стенозе) и сочетание пластической операции на почечной артерии с нефропексией (при органическом стенозе). При атеросклеротическом стенозе чаще всего применяют:

1) чрезаортальную эндартерэктомию; бляшку удаляют доступом через аорту, чтобы избежать накладывания швов на почечную ар­терию и вторичного стенозирования; 2) эндартерэктомию с за­платой из аутогенной вены или синтетического материала (дак­рон, тефлон и т. д.).

При фибромускулярном стенозе или аневризме обычно ис­пользуют: 1) резекцию артерии с анастомозом конец в конец;

2) резекцию артерии с аутопластикой трубчатым артериальным трансплантатом из глубокой артерии бедра или подчревной арте­рии. Кроме того, применяют обходной анастомоз между аортой и почечной артерией, используя для этой цели трансплантат из искусственного материала.

При поражении левой почечной артерии иногда выполняют спленоренальный артериальный анастомоз. Реже (при стенозе ли­бо окклюзии одной из ветвей почечной артерии) производят ре­зекцию почки.

При локализации сосудистого поражения (стеноз, аневризма) в глубине почечной паренхимы или при других технических труд­ностях выполнение реконструктивной операции на почечных со­судах обычным образом становится крайне трудным или вовсе невозможным. В таких случаях в последние годы оперативное вмешательство выполняют в экстракорпоральных условиях: почку удаляют (пересекая сосуды почечной ножки без пересечения мо­четочника), помещают на специальный операционный столик, вводят трубки в артерию и вену почки и при непрерывной ее перфузии охлажденными растворами специального состава произво­дят необходимую операцию на удаленной из организма почке. По окончании этой операции почку помещают в подвздошную ям­ку и анастомозируют ее сосуды с подвздошными сосудами: почеч­ную артерию с внутренней подвздошной артерией конец в конец, почечную вену с общей подвздошной веной конец в бок (аутотрансплантация почки).

Когда выполнение пластической операции невозможно, при­ходится прибегать к нефрэктомии. Показаниями к ней являются: 1 ) инфаркт почки с отсутствием или резким нарушением ее функ­ции без надежд на восстановление; 2) множественное поражение стенозирующим процессом ветвей почечной Артерии; 3) сочетание стеноза почечной артерии с пиелонефритом или атрофией почки; 4) отсутствие эффекта от ранее выполненной пластики артерии или резекции почки при условии бесперспективности повторной пластики или высокого риска из-за тяжести состояния больного; 5) гипоплазия почки.

Противопоказаниями к нефрэктомии являются двусторонний стеноз почечной артерии и наличие артериолосклероза в противо­положной по отношению к стенозу почке.

Предоперационная подготовка больных с вазоренальной гипертензией включает в себя применение седативных, снотворных и сосудорасширяющих средств. Не следует непосред­ственно перед операцией назначать гипотензивные средства силь­ного действия (препараты раувольфии, исмелин, изобарин, допегит и др.) ввиду опасности их кумуляции и воздействия на гемодинамику во время наркоза, операции и послеоперационного пе­риода.

Послеоперационное ведение больных, оперирован­ных по поводу вазоренальной гипертензии, имеет некоторые осо­бенности. Одной из них является опасность анурии, которая мо­жет возникнуть в связи с нормализацией артериального давления после пластической операции или нефрэктомии из-за резкого сни­жения фильтрационного давления в клубочках. Для профилактики этого осложнения необходимы достаточная оксигенация и удер­жание артериального давления на достаточном для фильтрации мочи уровне, т. е. не ниже 120/80 мм рт. ст. Чтобы не пропустить наступления анурии, необходимо тщательно следить за диурезом. Другой опасностью является возможность вторичного кровотече­ния. Для его предупреждения необходима мощная антибиотикотерапия, своевременное удаление дренажных трубок (на 3-й день), постельный режим в течение первых 1—5 дней после операции.

Оперативное лечение приводит к нормализации артериального давления у 65—70 % больных и значительному снижению гипер­тензии у 15—20 %.

Консервативное лечение после операции, которая привела. к улучшению, становится эффективным. Чем меньше длительность гипертензии, тем лучше и стабильнее послеоперационный эффект. Своевременная операция — залог реабилитации больного с возвра­щением его к нормальной жизни и труду. Больные, перенесшие операцию по поводу вазоренальной гипертензии, должны нахо­диться на диспансерном учете.

*Прогноз.* При вазоренальной артериальной гипертензии без оперативного лечения прогноз неблагоприятный. Консервативная терапия у абсолютного большинства больных безуспешна из-за кратковременности гипотензивного эффекта. Гипертензия прогрессирует и приобретает нередко злокачественное течение. Смерть может наступить от осложнений гипертензии (сердечно-сосудис­тая недостаточность, кровоизлияние в мозг, инфаркт миокарда и т. д.) или хронической почечной недостаточности. Последняя развивается в результате сморщивания почки на стороне стеноза почечной артерии (или почек при двустороннем характере пора­жения) и артериолосклероза в противоположной почке (при одно­стороннем поражении).

**ПАРЕНХИМАТОЗНАЯ ФОРМА НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Артериальная гипертензия при хроническом пиелонефрите.** *Этиология*. Паренхиматозная форма артериальной гипертензии чаще всего является следствием хронического пиелонефрита. При одностороннем хроническом пиелонефрите она наблюдается в 35—37 °о, при двустороннем— в 43 % случаев. Пиелонефрит— одна из причин артериальной гипертензии при некоторых других заболеваниях: мочекаменной болезни, поликистозе почек и др.

*Патогенез*. Принято считать, что артериальная гипертензия при хроническом пиелонефрите вызывается почечной ишемией в результате возрастающего склеротического процесса в межуточ­ной ткани, сопровождающегося склерозом сосудов и нарушением вследствие этого внутрипочечной гемодинамики. В патогенезе паренхиматозной формы артериальной гипертензии имеются некото­рые звенья механизма развития вазоренальной гипертензии. В частности, в почках, пораженных пиелонефритом и удаленных в связи с нефрогенной гипертензией, находили гипертрофию кле­ток юкстагломерулярного комплекса и повышенную активность ренина. До сих пор существует мнение, что появление ишемии почки и как следствие ее гипертензии связано с нарушением гемодинамического равновесия, вызванным недостаточным при­током крови к неуменьшившемуся количеству функционирующей паренхимы. Вот почему могут наблюдаться далеко зашедшие ста­дии заболевания, нередко даже со сморщиванием почки, но без гипертензии, так как подобные заболевания могут протекать с пропорционально сниженным притоком крови.

*Симптоматика и клиническое течение.* Симпто­матика артериальной гипертензии на почве хронического пиело­нефрита складывается из симптомов пиелонефрита и повышенного артериального давления. Заболевание встречается чаще у женщин, обычно в молодом возрасте. Данные анамнеза позволяют установить, что гипертензия появилась вслед за пере­несенным воспалением почек. Течение гипертензии поначалу интермиттирующее и поддается систематической гипотензивной те­рапии. По мере развития заболевания гипертензия становится стойкой, с высокими цифрами диастолического давления и не под­дается консервативной гипотензивной и диурезстимулирующей терапии. Некоторые больные предъявляют жалобы на жажду, головную боль в области лба; отмечается субфебрильная темпера­тура тела, полиурия.

*Диагноз.* Диагностика складывается из выявления артери­альной гипертензии, распознавания пиелонефрита (нередко про­текающего латентно) и установления этиологической связи между ними. Эта задача весьма трудная, поскольку до настоящего вре­мени не существует теста, абсолютно достоверно доказывающего почечный генез артериальной гипертензии при хроническом пиело­нефрите. Тем не менее существуют следующие признаки нефро­генной природы артериальной гипертензии. при пиелонефрите. У большинства больных отмечаются отрицательный семейный гипертонический анамнез, отсутствие или кратковременность эф­фекта от консервативного лечения. Снижение артериального давления при успешном лечении пиелонефрита сви­детельствует о связи последнего и гипертензии.

Меньшее диагностическое значение имеют тесты Говарда и Раппопорта, а также ангиотензивный тест.

*Дифференциальная диагностика.* Паренхиматозную форму нефрогенной артериальной гипертензии дифференцируют от гипертонической болезни, различных других видов симптома­тической артериальной гипертензии, в том числе и от вазоренальной. Диагностика основывается на тех же тестах, что и вазоренальная гипертензия.

*Лечение.* Если артериальная гипертензия обусловлена од­носторонним хроническим пиелонефритом, то единственным спо­собом лечения является нефрэктомия при условии, что функция противоположной почки не нарушена. Поскольку не всегда удается установить этиологическую связь между пиелонефритом и гипертензией, то решиться на нефрэктомию в начальных стадиях пие­лонефрита нелегко. Однако при одностороннем сморщивании поч­ки на почве пиелонефрита для лечения паренхиматозной формы артериальной гипертензии показана только нефрэктомия. Стойкая нормализация артериального давления после операции наступает у 60—65 °о больных, значительное снижение его, а также эффект от гипотензивных препаратов отмечается у 20 % оперированных.

Лечение артериальной гипертензии, вызванной двусторонним хроническим пиелонефритом, — задача, до настоящего времени не решенная. Создание улучшенного кровообращения пиелонефритической почки путем периферической ее реваскуляризации за счет сальника, сегмента тощей кишки (энтероваскуляризация) и т. д. существенного эффекта не дает. При далеко зашедшем заболева­нии таким больным показана двусторонняя нефрэктомия с после­дующей пересадкой почки. Во всех случаях гипотензивную тера­пию необходимо сочетать с лечением пиелонефрита.