

Необходимо обратить особое внимание на возможность существования нормальных или даже повышенных уровней ренина плазмы при первичном ГА, что может быть причиной ошибок в диагностике и усугубления рефрактерности АГ, связанной с отсутствием адекватных мер по ее коррекции. Указанная ситуация может иметь место при наличии сопутствующей патологии - стенозе почечной артерии и феохромоцитоме, а также являться следствием развития нефропатии при длительно существующей АГ.

1 этап диагностических мероприятий включает топическую визуализацию патологических изменений надпочечников.

2 этапом является определение гормональной активности опухоли, используя инвазивный метод диагностики - проведение флебографии надпочечников. Данное исследование позволяет определить уровень альдостерона в крови, для каждого надпочечника, с возможностью выявления локализации [патологического процесса](#), с высоким уровнем достоверности полученных результатов. Необходимо также знать, что подтверждающим методом выявления семейного ГА I типа является проведение генетического исследования на наличие химерного гена, обуславливающего возникновение данной патологии.

Необходимо подчеркнуть, что диагноз первичного ГА может быть установлен только на основании совокупности диагностических признаков, учитывая при этом имеющиеся данные клинической картины заболевания, показатели лабораторных и инструментальных методов исследования.

Деление первичного ГА на отдельные его формы также **обоснованно**, учитывая различные подходы в методах лечения пациентов. На сегодняшний день показанием к хирургическому лечению являются опухолевые процессы в надпочечниках, но имеются сведения о достижении целевых значений АД после адреналэктомии при односторонней гиперплазии коры надпочечников.

Медикаментозный метод лечения используется при всех формах первичного ГА. При наличии показаний к проведению хирургических методов коррекции, лекарственная

терапия используется для стабилизации уровня калия и АГ до оперативного вмешательства, а также после ее проведения, с продолжительностью около 6 месяцев.

Лекарственным препаратом, с патогенетически [обоснованным механизмом](#) действия, является антагонист альдостерона. Для усиления гипотензивного действия, возможно применение препаратов любого класса АГТ, с преимущественным использованием блокаторов медленных кальциевых каналов. В случае необходимости усиления терапии по коррекции гипокалиемии, показано применение калийсберегающих диуретиков и/или препаратов калия, с непременным динамическим контролем уровня калия в плазме крови, с целью первичной профилактики состояний, сопровождающихся гиперкалиемией.

В заключение обсуждения проблемы первичного ГА в структуре **возможных причин резистентности артериальной гипертензии**

к проводимому лечению, необходимо подчеркнуть, что только благодаря своевременной и правильной диагностике всех форм первичного ГА, а также выбору оптимального метода лечения, с постоянным динамическим мониторингом состояния здоровья пациента и адекватным назначением поддерживающей терапии, возможно добиться положительных результатов в лечении, со снижением цифр АД до целевых уровней, а следовательно, улучшить качество жизни пациента и прогноз сердечнососудистой выживаемости.

Прочитать еще:

