

ЭНДОКРИННЫЕ АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хударова Анастасия
5 группа, VI курс, лечебный факультет

г. Москва, 2016

• **Синдром Кушинга:**

- экзогенный
- надпочечниковый
- гипофизарный

• **Минералокортикоидные:**

- первичный гиперальдостеронизм

• **Хромаффиномы:**

- феохромоцитома,
- параганглиома

Синдром Кушинга

Синдром Кушинга характеризуется гиперкортицизмом — избыточной продукцией корковым веществом надпочечников глюко- и, в меньшей степени, минералокортикоидов.



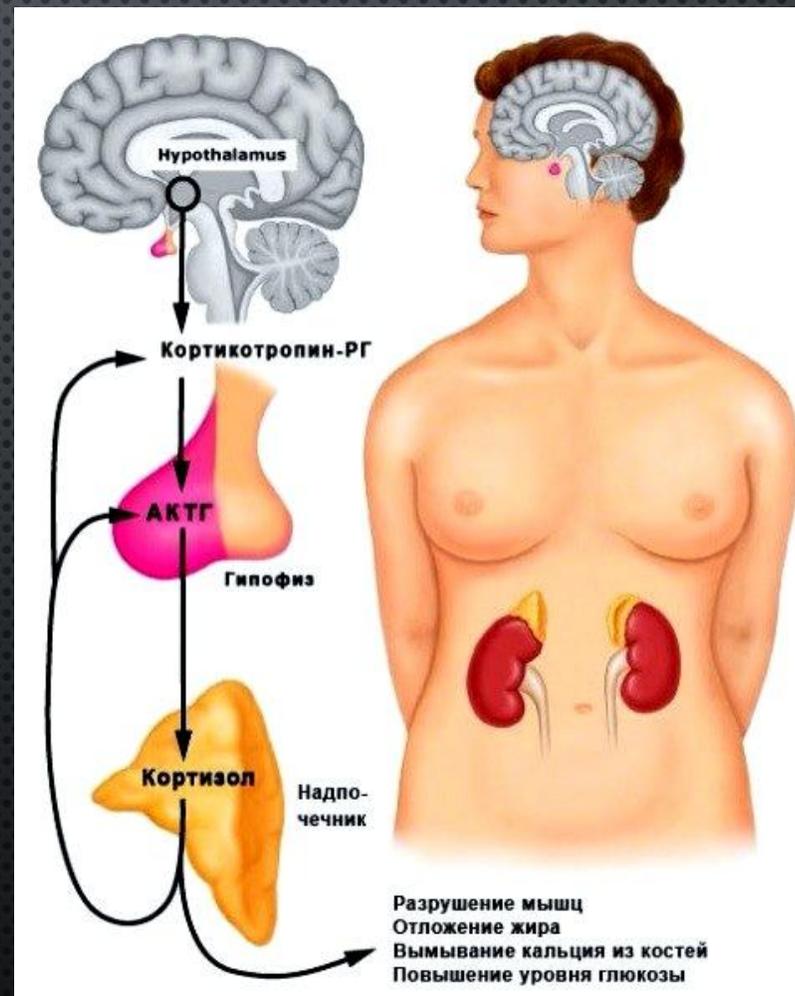
АГ диагностируется у 80% больных с синдромом Иценко-Кушинга.

гиперпродукция
кортизола с
активацией ЦНС

повышение
чувствительности
сосудов

задержка почками
натрия и воды с
увеличением ОЦП

Избыточное
образование
ангиотензина II



Подозрение на синдром Иценко-Кушинга

«Ночной» тест с 1 мг дексаметазона и/или определение содержания кортизола в суточной моче

Содержание кортизола в крови более 5 мкг/дл после применения дексаметазона

Содержание кортизола в моче более 100 мкг/сут

Проба с низкой дозой дексаметазона

Содержание кортизола в моче более 50% от исходного (более 100 мкг/сут)

Содержание 17-гидрокортикостерона более 2,5 мг/сут

Синдром Кушинга

Определение уровня АКТГ в крови

АКТГ низкий

АКТГ в норме или повышен

Проба с высокой дозой дексаметазона

**Содержание
кортизола
снижается**

Нечеткий результат

**Содержание кортизола
не снижается**

**Надпочечники:
опухоль или
гиперплазия**

**Гипофиз:
болезнь
Кушинга**

**Определение
содержания АКТГ в
крови из
каменистых синусов**

**Эктопический
АКТГ-синдром**

**КТ или МРТ
надпочечников**

МРТ гипофиза

**КТ или МРТ
грудной и брюшной
полостей**

Лечение артериальной гипертензии у больных с гиперкортицизмом, как при любой вторичной гипертензии, наиболее эффективно при устранении первопричины

КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ:

- ПРОВОДИТСЯ СРАЗУ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА
- ВОЗМОЖНА И БЕЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИАПФ (*ЛИЗИНОПРИЛ 5-10 МГ*), САРТАНОВ (*ВАЛСАРТАН – 80 МГ*) И АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА (*ВЕРОШПИРОН ДО 400 МГ*) .

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ (СИНДРОМ КОННА)

- КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИЗБЫТОЧНОЙ ПРОДУКЦИИ АЛЬДОСТЕРОНА НАДПОЧЕЧНИКАМИ, ПРИ КОТОРОМ СЕКРЕЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА ПОЛНОСТЬЮ ИЛИ ЧАСТИЧНО АВТОНОМНА ПО ОТНОШЕНИЮ К РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЕ.
- В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ МОЖЕТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ В 10—15 % ВСЕХ СЛУЧАЕВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Гиперсекреция
альдостерона**

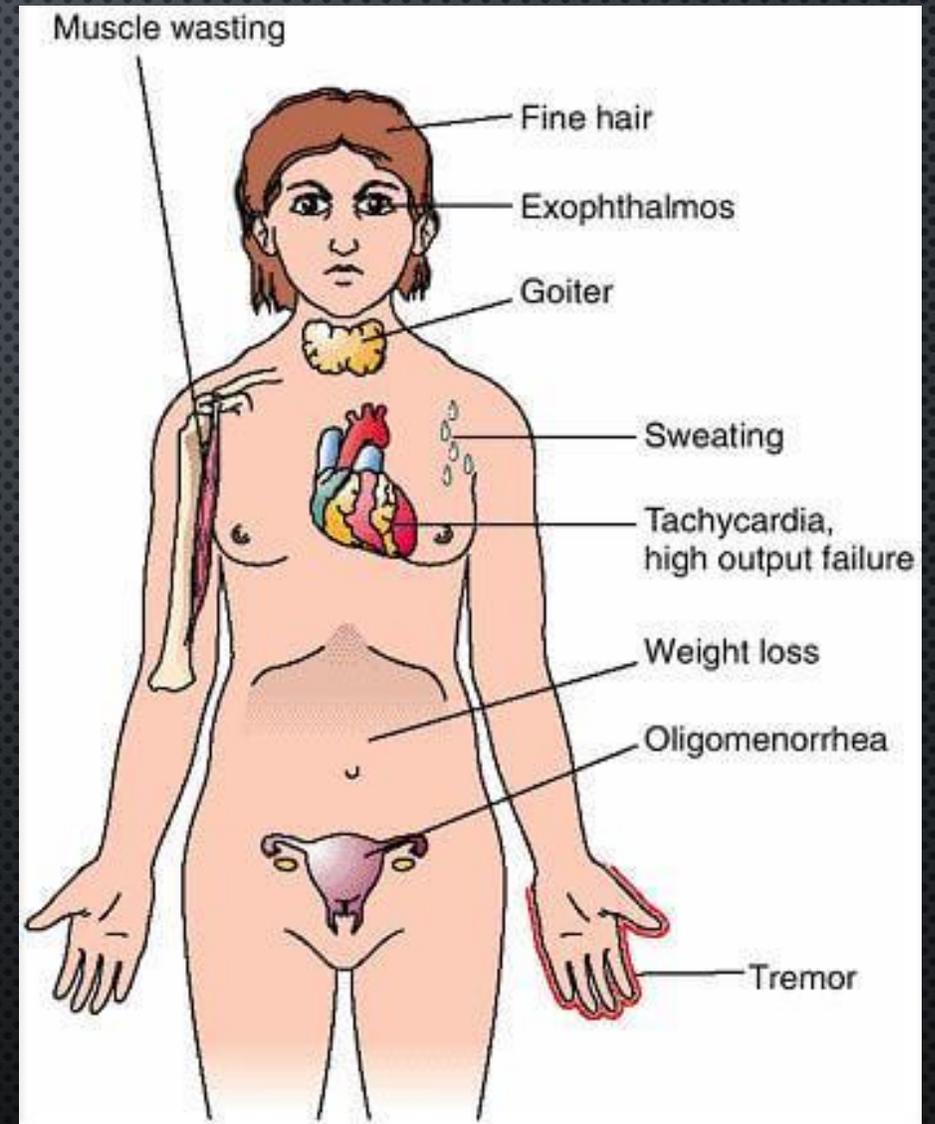
**Увеличение
реабсорбции натрия**

**Секреция
антидиуретического
гормона**

**Задержка воды,
выведение с мочой
 K^+ , H^+ , Mg^{2+} .**

Гипернатриемия

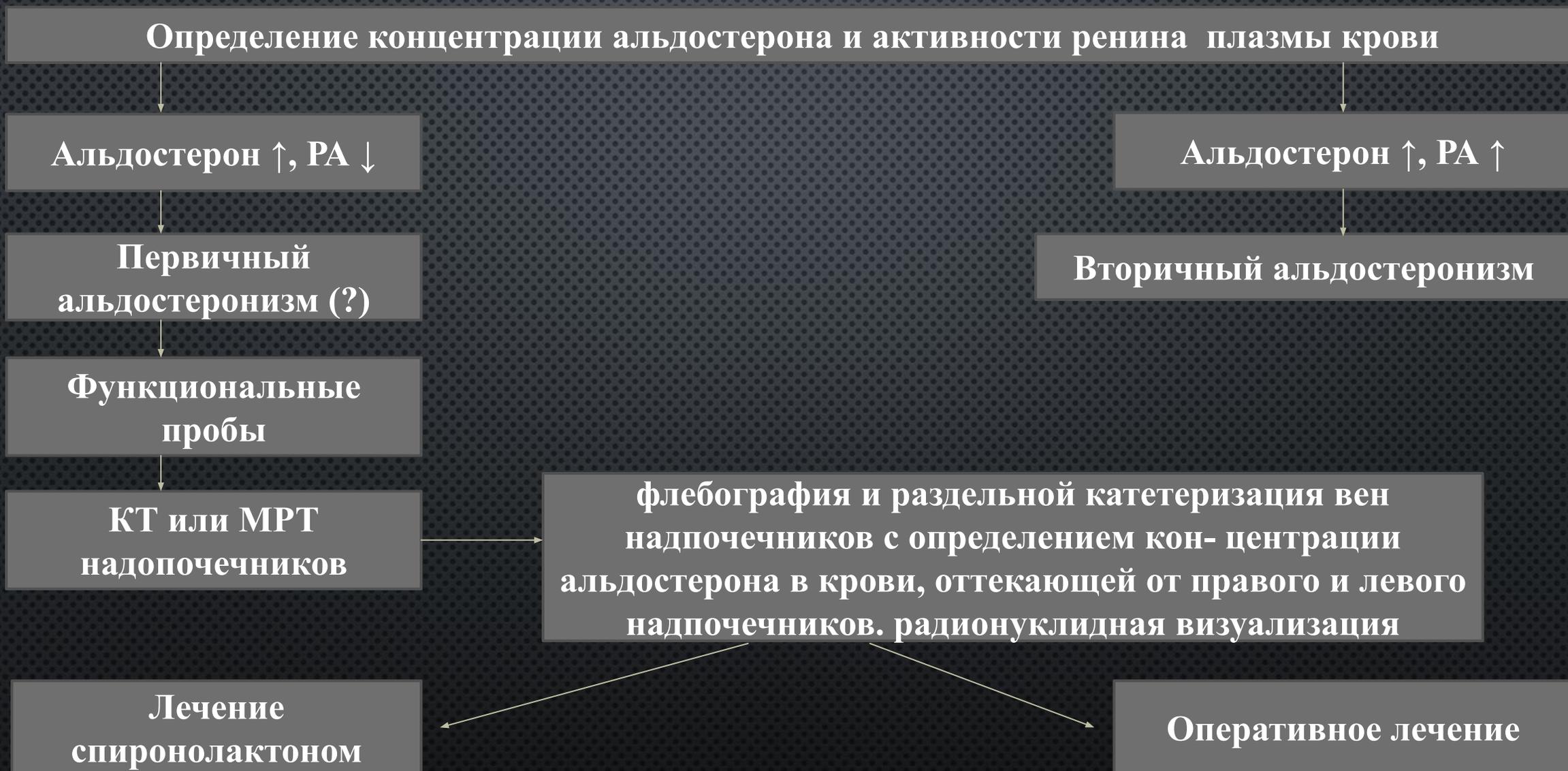
**Гиперволемия и
гипертония**



ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:

- АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ЕЕ ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ (СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ СИНДРОМ)
- * В ГЕМОДИНАМИЧЕСКОМ ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫЕ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОТЛИЧАЮТСЯ **ПОВЫШЕННЫМ ОБЪЕМОМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ**, ВЫСОКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ **СЕРДЕЧНОГО ИНДЕКСА** И **ОБЪЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ** ПРИ УМЕРЕННОМ ПОВЫШЕНИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ.
- МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ, ПАРЕСТЕЗИИ, СУДОРОГИ (*НЕЙРОМЫШЕЧНЫЙ СИНДРОМ*)
- НИКТУРИЯ (ПОЧЕЧНЫЙ СИНДРОМ)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК



Предоперационное ведение

1. *Спиронолактон* 150-250 мг
2. *Антагонисты кальция дигидропиридиновые* (нифедипин 30-90 мг, амлодипин 10 мг)

 β -адреноблокаторы (бисопролол 5-10 мг) при тахикардии
3. *Другие препараты* (доксазозин 2-4 мг)

Консервативная терапия

1. *Спиронолактон* 150-250 мг
2. *Антагонисты кальция дигидропиридиновые* (нифедипин 30-90 мг, амлодипин 10 мг)
 β -адреноблокаторы (бисопролол 5-10 мг) при тахикардии
3. *Ингибиторы АПФ* (лизиноприл 5-10 мг) либо
блокаторы ангиотензиновых AT1-рецепторов (лозартан 50-100 мг)
4. *Другие препараты* (доксазозин 2-4 мг)

ФЕОХРОМОЦИТОМА

- **ФЕОХРОМОЦИТОМА** — ОПУХОЛЬ МОЗГОВОГО СЛОЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ И ХРОМАФФИННОЙ ТКАНИ, РЕДКАЯ ФОРМА ВТОРИЧНОЙ АГ (0,2— 0,4% СРЕДИ ВСЕХ ФОРМ АГ).
- **Триада Карнея:**
 - 1. СЕРДЦЕБИЕНИЕ
 - 2. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ
 - 3. ПОТЛИВОСТЬ



КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- 1) ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ФОРМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ КРИЗОВЫМ ПОВЫШЕНИЕМ АД НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО АД
- 2) СТОЙКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ С КРИЗАМИ ИЛИ БЕЗ НИХ.

ИЗБЫТОЧНАЯ ПРОДУКЦИЯ КАТЕХОЛАМИНОВ

Норадреналин

Стимуляция α -рецепторов
(в меньшей степени β -рецепторов)

Сосудосуживающий эффект

Повышение АД

Адреналин

Стимуляция α -рецепторов и β -
рецепторов

Вазоконстрикция артериол и венул
Положительный хроно- и
ионотропный эффект

Возрастание работы сердца и
выброс крови в сосудистое русло

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК

Исследование катехоламинов и их метаболитов в суточной моче

Увеличение в 2 и более нормы

Пограничные показатели при развернутой клинической картине

Провокационный диагностический тест

КТ, МРТ надпочечников

Очаг не найден

Феохромоцитома

Сцинтиграфия с ¹³¹-метайодбензилгуанидином (MIBG) для поиска опухоли хромаффинной ткани вненадпочечниковой локализации

Выявлен очаг накопления радиоферментного препарата

Прицельная МРТ (поиск параганглиомы)

ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ

- 1. α -адреноблокаторы (доксазозин 2-16 мг)*
- 2. β -адреноблокаторы (бисопролол 5-10 мг)*
- 3. Антагонисты кальция (нифедипин 30-90 мг)*

Монотерапия β -АБ, без достаточной блокады α -адренорецепторов, может привести к резкому повышению АД.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. 23 ЕВРОПЕЙСКИЕ СТАНДАРТЫ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
- 2. «GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION» — EUROPEAN HEART JOURNAL (2007)
- 3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ 2013 Г.
- 4. «ПРОБЛЕМЫ ЭНДОКРИНОЛОГИИ», 2004 – ВЕТШЕВ П.С., ПОДЗОЛКОВ В.И., РОДИОНОВ А.В. и др.
- 5. ЗАРУБЕЖНЫЕ И РОССИЙСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЕ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ - EDOINFO.RU
- 6. «СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ» Родионов А.В.
- 7. «АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ» Е.Е Гогин, А.Н. Сененко, Е.И. Тюрин