

Эндокринная (надпочечниковая) артериальная гипертензия

Выполнила: Мухаметова Светлана Римовна

Л-615А

В отделение кардиологии поступила пациентка М., 25 лет

Жалобы на:

- частые головные боли,
- головокружения,
- сердцебиения при малейшей физической нагрузке, чувство «нехватки воздуха».

Жалобы связаны с повышением артериального давления (АД), которое отмечалось в течение последних 4 лет.



Максимальные цифры АД, которые были зарегистрированы — 240/150 мм рт.ст. Чаще отмечался уровень АД 180/100 мм рт.ст.

Из анамнеза известно, что родители и сестра пациентки здоровы.

Пациентка принимала гипотензивные лекарственные препараты (амлодипин 10 мг и лозап 25 мг в день), эффекта от приема которых не было.

- Вначале заболевание характеризовалось непостоянным повышением АД до 160/100 мм рт. ст., которое связывали с вегетососудистой дистонией.
- В дальнейшем уровень АД стал постоянно удерживаться повышенным.

Объективный осмотр

- кожные покровы бледные,
- широкие зрачки,
- холодные, влажные конечности,
- вес 48 кг, рост 165 см,
- уровень АД 180/100 мм рт.ст.,
- пульс 106 уд/мин, ритмичный;
- положительная ортостатическая проба
- со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, ЖКТ патологии выявлено не было.



Лабораторные исследования

Общий анализ крови:

Показатели	Значения
Эритроциты	$4,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$
Гемоглобин	140 г/л
Цветовой показатель	1
Ретикулоциты	1,5%
Гематокрит	40%
Лейкоциты	$7,4 \cdot 10^9/\text{л}$
Сегментоядерные	45%
Палочкоядерные	2%
Лимфоциты	18%
Моноциты	4%
Эозинофилы	2%
Базофилы	0
Тромбоциты	$240 \cdot 10^9/\text{л}$
СОЭ	

Биохимические показатели крови:

Показатели	Значение
Белок общий	65г/л
Билирубин общий	3,4мкмоль/л
Глюкоза венозной крови	3,9ммоль/л
Калий	3,5 ммоль/л
Натрий	135 ммоль/л
Катехоламины (в плазме)	
Адреналин	0,6 (< 0,480 нмоль/л)
Норадреналин	5,21 (0,62 – 3,24 нмоль/л)
дофамин	0,89 (< 0,89 нмоль/л)
Кортизол (в утренней плазме)	200 нмоль/л
Т3 (трийодтиронин)	1,2 нмоль/л
Т4 (общий тироксин)	59 нмоль/л
ТТГ (тиреотропный гормон)	0,32 мк/МЕ
АКТГ	1,5 пг/мл.
Ренин	2,8 - 39,9 мкМЕ/мл;
Креатинин	44мкмоль/л
ЛПВП	25%
ЛПНП	65%
Холестерин общий	2,9 ммоль/л
триглицериды	0,6 ммоль/л

Общий анализ мочи:

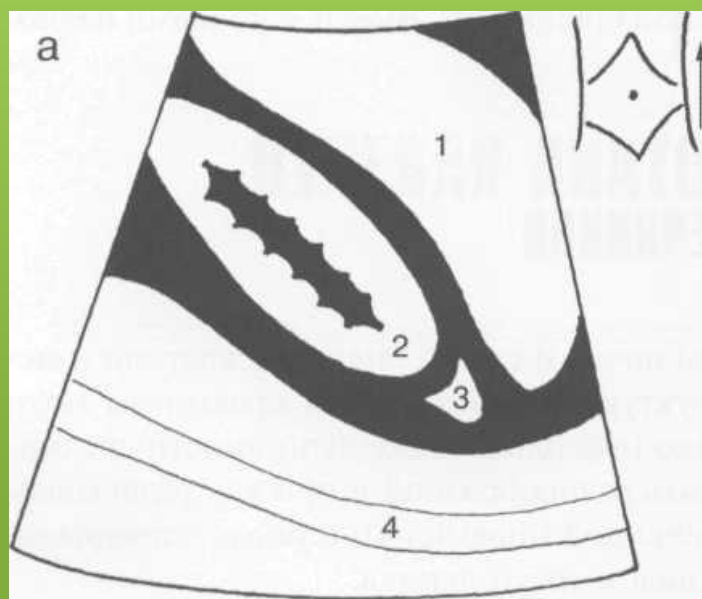
Показатели	Значение
Цвет	Соломенно-желтая
pH мочи	Нейтральная
Относительная плотность	1,010
Белок	Отсутствует
Глюкоза	Отсутствует
Эпителиальные клетки	1 в поле зрения
Лейкоциты	3 в поле зрения
Эритроциты	Отсутствует
Цилиндры	Не определяются
Слизь	Незначительное количество
Соли	Отсутствует
Бактерии	Отсутствует

Биохимические показатели мочи:

Показатели	Значение
Катехоламины:	
Адреналин	59 нмоль/л (<55 нмоль/л)
норадреналин	641 нмоль/л (<591 нмоль/л)
17 – кетостероиды	17,4 мкмоль/сут
17 – оксикортикостероиды:	
17 – ОКС суммарные	5,5 мкмоль/сут
17 – ОКС свободные	0,11 мкмоль/сут
Кортизол свободный	55 нмоль/сут



Надпочечник выделен белыми стрелками. В норме имеет треугольную форму, ровные и четкие края. Как мы видим на изображении, надпочечник охватывает своими контурами верхний полюс почки. Неизмененные надпочечники не всегда визуализируются при ультразвуковом исследовании (ситуация меняется при наличии опухоли - надпочечники становятся видны).

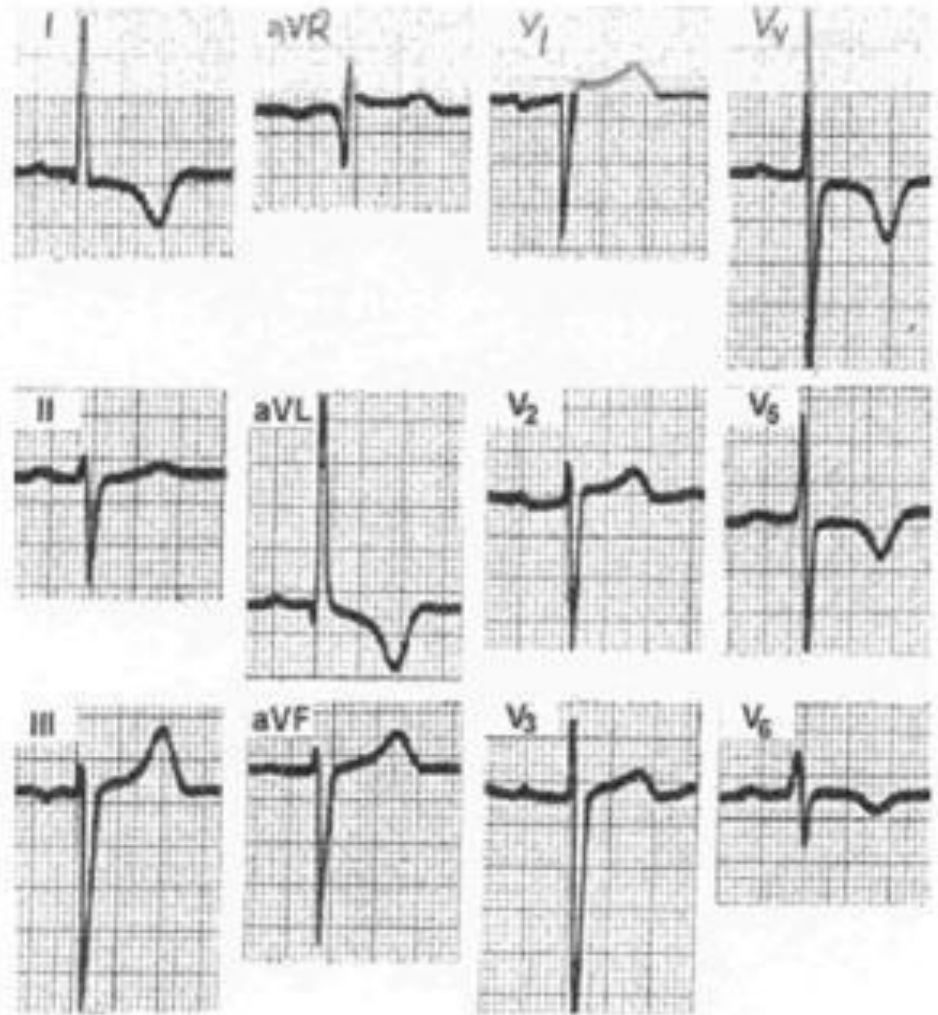




Часто при феохромоцитоме определяются:

- ✓ снижение сегмента ST
- ✓ отрицательные зубцы T.
- ✓ Нередко выявляется удлинение интервала QT.
- ✓ Часто регистрируется зубец U, который характеризуется не только повышенной амплитудой, но также значительной продолжительностью и часто захватывает всю диастолу вызывая смещение сегмента PQ

Нарушения ритма при феохромоцитоме включают как изменения со стороны функции проводимости так и нарушения возбудимости предсердий и желудочков.





Феохромоцитома левого надпочечника

Осл.: Вторичная артериальная
гипертензия, стабильная форма

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводят с:

- **гипертонической болезнью**
- **другими вторичными формами АГ**
- **Тиреотоксикозом**
- **Параксизмальной тахикардией**
- **Тревожными состояниями**
- **Наркоманией (прием амфетаминов, кокаина, алкалоидов спорыньи)**
- **Злоупотреблением кофеином**
- **Раком надпочечника**
- **Заболеваниями ЦНС**
 - **ЧМТ**
 - **семейная вегетативная дисфункция**
 - **нейробластома и др.**

Признак	Гипертоническая болезнь	Феохромоцитома
Течение	Более стабильное	Очень частые кризы при пароксизмальной форме
Купирование криза	Препараты центрального действия (клофелин), ингибиторы АПФ (капотен под язык) и другие препараты	α -Адреноблокаторы
Гипергликемия	Не характерна	Характерна, часто сахарный диабет
Похудание	Не характерно	Характерно
Экскреция КА с мочой и содержание КА в крови	Не увеличены	Увеличены
Увеличение надпочечника при УЗИ и компьютерной томографии	Не характерно	Характерно

Феохромоцитома

Болезнь, синдром Иценко-Кушинга

Гормонально-активная опухоль, развивается из хромоаффинных клеток, расположенных в мозговом веществе надпочечников, реже – из экстраадреналовой хромоаффинной ткани.

Заболевание, обусловленное опухолью гипофиза или гиперплазией аденоматозных клеток.

Синдром, когда гиперкортицизм обусловлен развитием опухоли коры надпочечников или двусторонней гиперплазией коры надпочечников.

↑ количества катехоламинов (преимущественно норадреналина) -> гиперкинетический тип кровообращения, вазоконстрикция, ↑ ОПСС -> активация РААС, что способствует прогрессированию АГ.

Болезнь ИК: наличие опухоли гипофиза или гиперплазия аденоматозных клеток -> ↑АКТГ -> ↑продукции гормонов коры надпочечников, с развитием клинической картины гиперкортицизма.

Синдром ИК: опухоли коры надпочечников или двусторонней гиперплазией коры надпочечников -> гиперкортицизм.

Повышение концентрации в моче и плазме крови - катехоламинов

Повышение концентрации в моче и плазме крови – глюкокортикоидов

Объемное образование в области надпочечника, выявляемое при КТ

изменения по данным КТ черепа или увеличение обоих надпочечников

Признаки	Феохромоцитома надпочечниковая	Феохромоцитома вненадпочечниковая
Вид продуцируемого катехоламина	Преимущественно адреналин	Преимущественно норадреналин
Частота пульса	Тахикардия	Брадикардия
Характер артериаль- ной гипертензии	Повышение систолического и диастолического АД	Повышение преимущественно систолического АД
Зрачки	Широкие	Нормальной величины
Гипергликемия	Более характерна	Менее характерна

Лечение

Хирургическое удаление опухоли – единственный радикальный метод лечения феохромоцитомы.



Главная задача медикаментозной терапии – подготовка к оперативному лечению.



Препарат выбора для предоперационной подготовки больных с феохромоцитомой — селективный пролонгированный α_1 -адреноблокатор — доксазозин (кардура).

Доксазозин дозируют по гипотензивному эффекту и исчезновению гиповолемических проявлений (ортостатическая проба).

Достижение отрицательной ортостатической пробы в процессе лечения является критерием адекватности предоперационной подготовки больного с феохромоцитомой, указывает на достаточное восполнение объема циркулирующей крови и блокаду α -адренорецепторов.

У данной пациентки на фоне приема кардуры в дозе 4 мг 2 раза в сутки наблюдалась стабилизация АД, отрицательная ортостатическая проба (130/80 мм рт. ст. в горизонтальном положении и 125/80 мм рт. ст. в вертикальном положении на 13 день терапии кардурой), что свидетельствует о подборе адекватной терапии.



СПАСИБО

ЗА

ВНИМАНИЕ!!!