

Катехоламиновые и серотониновые гипертензии

В.Б. Симоненко, П.А. Дулин, А.Н. Скляр

Центральный клинический госпиталь имени П.В.Мандрыка. Москва, Россия

Catecholamines and serotonin hypertension

V.B. Simonenko, P.A. Dulin, A.N. Sklyar

P.V. Mandryka Central Clinical Hospital, Moscow, Russia

Среди вторичных артериальных гипертензий (АГ) с точки зрения возможности развития кардиальных и цереброваскулярных осложнений наибольшую актуальность представляют гормонально активные аденомы, в том числе аденомы надпочечников, и карциноиды.

Описано свыше 80 различных симптомов опухолей хромаффинной ткани, ведущее место среди которых занимает АГ, которая по данным разных авторов имеет место в 86-95% всех случаев.

Под наблюдением находился 91 больной с диагнозом феохромоцитомы.

Согласно полученным данным, АГ диагностировалась в **100%** случаев и была постоянным симптомом феохромоцитомы: у **53,8%** больных была обнаружена пароксизмальная ее форма и у **46,2%** – смешанная.

При анализе материала оказалось, что помимо АГ у больных феохромоцитомой могут быть самые разнообразные сочетания клинических симптомов (таблица 1).

Классическая **триада Карнея** (головная боль, сердцебиение, потоотделение) имела место в 78% случаев.

У больных с пароксизмальным АГ, у которых в период между кризами артериальное давление (АД) было нормальным, во время криза оно поднималось очень высоко (260/170–300/200 мм рт.ст. и выше) и переносилось больными очень тяжело. Эти больные чаще жаловались на тошноту и рвоту, усталость, разбитость, ломоту во всем теле в постприступном периоде. Обращали также на себя внимание вы-

раженные вегетативные проявления. У больных, как правило, бывают более яркие изменения окраски кожи и слизистых оболочек; выраженные пиломоторная реакция, потливость и склонность к мышечным спазмам. Во время криза у больных нередко появлялись боли в животе или в поясничной области, что на догоспитальном этапе служило причиной ошибочной диагностики острого холецистита, обострения язвенной болезни, почечной колики.

У больных со смешанной формой АГ АД было постоянно на умеренно высоком уровне (170-180/110-120 мм рт.ст.). Во время криза оно повышалось до 240-260/150-170 мм рт.ст. Интенсивность кризов была несколько слабее, чем у больных с пароксизмальной формой. У этих больных, как правило, преобладали расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы, прежде всего, развитие сердечной недостаточности. Для них характерны одышка в покое и при незначительной физической нагрузке, тахикардия в межкризовом периоде, расширение границ сердца влево, выраженная ангиоретинопатия.

Основным лабораторным методом диагностики хромаффином является определение содержания катехоламинов (КХА) в моче. Ценными оказываются оценка суточной экскреции КХА и определение концентрации их в часовых порциях мочи. Точность метода исследования экскреции КХА с суточной мочой достигает 96%.

Самым эффективным и радикальным методом лечения феохромоцитомы является хирургический. Из медикаментозных средств наиболее широкое применение в период подготовки к операции нашел феноксипропиламин. Обнадеживающими кажутся результаты ис-

© Коллектив авторов, 2003

сл. тел.: 296-38-39

Основные симптомы феохромоцитомы

Симптомы	Число больных (n = 91)	Частота в %
Сердцебиение	88	96
Головная боль	87	95
Головокружение	79	87
Боль в сердце во время криза	78	86
Избыточная потливость	73	80
Побледнение кожи	69	76
Тошнота	63	69
Чувство жара в верхней половине туловища	63	69
Повышение температуры тела во время криза	58	64
Тремор рук	55	60
Одышка	54	59
Тенденция к снижению массы тела	53	58

пользования у больных феохромоцитомой альфа-метилпаратриозина.

При развитии криза основной задачей является его быстрое купирование, что предупреждает новые повреждения миокарда и других органов. С этой целью внутримышечно вводится дроперидол в обычных дозировках. При отсутствии или недостаточном эффекте применяется тропafen.

Еще одной причиной гормон-зависимой АГ являются карциноиды. Эти новообразования нейроэндокринной системы, как и феохромоцитомы, относят к АПУДомам (опухоли из клеток системы АПУД – совокупность разнообразных нейроэндокринных клеток).

Под наблюдением находились 26 больных с гистологически подтвержденными карциноидами.

В зависимости от клинических проявлений и особенностей диагностики были выделены следующие клинические варианты карциноидной болезни:

- ✓ асимптомный вариант карциноида: опухоль определяется как случайная находка при эндоскопическом исследовании;
- ✓ карциноид без проявлений карциноидного синдрома, но с признаками объемного образования;
- ✓ карциноид с метастазами в печень и наличием карциноидного синдрома;
- ✓ карциноид не уточненной локализации, но с клиническими и метаболическими проявлениями карциноидного синдрома.

В отличие от феохромоцитомы, патология которых связана в большей степени с выбросом в кровь КХА, гормональная активность карциноидов ассоциируется преимущественно с секрецией серотонина.

По мнению Роберта Хегглина основными симптомами метастазирующего карциноида являются: сосудодвигательные реакции – «приливы»; желудочно-кишечные расстройства – диарея; фиброэластоз эндокарда.

Приливы обычно ощущаются больными в области щек, лба, шеи. В тяжелых случаях наблюдаются приливы в области груди, живота и конечностей. Часто приливы провоцируются приемом алкоголя.

Бронхоспазм обязан своим происхождением серотонину, брадикинину, гистамину или сочетанному действию всех трех веществ. Приступообразно наступающие затруднения дыхания в некоторых случаях заставляют проводить дифференциальный диагноз с бронхиальной астмой.

Часто больные с карциноидным синдромом длительное время наблюдаются неврологом или психиатром. Основанием для этого служит обилие трудно объективизируемых жалоб, которые свидетельствуют об очевидной дисфункции центральной нервной системы. Симптомокомплекс клинических проявлений заболевания во время приступа соответствует гипоталамическому синдрому. Обычно это внезапно наступающие головные боли, сопро-

вождающиеся тошнотой или рвотой, глубокой депрессией и обильными проявлениями вегетативной дисфункции: выраженная потливость, озноб, гипертермия, гиперемия лица. Иногда возникают икота, чувство голода, гипогликемия. После приступа больные астенизированы, депрессивны, сонливы.

У больных с карциноидным синдромом наблюдается характерное поражение сердца, синдром Хедингера (Hedinger) — фиброэластоз эндокарда правого желудочка сердца и клапанов на пути прохождения серотонина из печеночных метастазов в кровоток. Клинически, при поражении сердца в рамках карциноидного синдрома, чаще всего наблюдаются признаки недостаточности трехстворчатого клапана, стеноза ствола легочной артерии или того и другого. Аортальный и митральный клапаны обыч-

но не повреждаются избытком серотонина в связи с его инактивацией присутствующим в легких ферментом моноаминоксидазой.

Лабораторная диагностика карциноидных опухолей основывается на исследовании уровня серотонина и его метаболитов в моче. Наиболее распространенный тест — определение экскреции 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК) в суточной моче (информативность — 70%, специфичность — до 100%).

Лечение карциноида — хирургическое. Для симптоматического лечения карциноидного синдрома используются: парахлорфениламин, альфа-метилдофа, феноксibenзамин, метилсергид, ципрогептадин, кетансерин. В настоящее время широкое применение в лечении карциноидного синдрома нашел октреотитд (Сандостатин® ЛАР).

С литературой можно ознакомиться в редакции журнала

Поступила март-апрель 2003г.