



КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

З.Р. АЛИМЕТОВА, Д.Ф. АМИРХАНОВА, Г.Р. ГАЙНУТДИНОВА

УДК 616-006.488

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань
Казанский государственный медицинский университет

Неклассическая картина феохромоцитомы

Алиметова Зульфия Раисовна

ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии

420101, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138, тел. 8-960-049-23-99, e-mail: alzburg@mail.ru

Феохромоцитома — опухоль из хромоаффинной ткани, вырабатывающая катехоламины. Описан клинический случай вторичной эндокринной гипертензии в виде феохромоцитомы, протекающей без гипертонических кризов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, феохромоцитома.

Z.R. ALIMETOVA, D.F. AMIRKHANOVA, G.R. GAINUTDINOVA

Republican Clinical Hospital of Ministry of Health Care of the Republic of Tatarstan, Kazan
Kazan State Medical University

Nonclassical picture of pheochromocytoma

Pheochromocytoma — a tumor of chromaffin tissue, which produces catecholamines. Describes a clinical case of secondary endocrine hypertension as pheochromocytoma proceeding without hypertensive crises.

Keywords: hypertension, pheochromocytoma.

Артериальная гипертензия — наиболее распространенное хроническое заболевание в мире. Перед врачом, который наблюдает пациента с повышенным артериальным давлением, всегда стоит вопрос: какая форма артериальной гипертензии у больного — эссенциальная или вторичная, поскольку это влияет на тактику лечения и прогноз заболевания.

К вторичным эндокринным гипертензиям, помимо гиперальдостеронизма, гипертонического синдрома на фоне болезни Иценко-Кушинга, тиреотоксикоза, относится и феохромоцитома. Феохромоцитома (параганглиома) — опухоль из хромоаффинной ткани, вырабатывающая биологически активные вещества — катехоламины (адреналин, норадреналин, дофамин) [1]. Наиболее распространено мнение, что обязательным признаком феохромоцитомы является артериальная гипертензия с кризовым течением и подъемом артериального давления (АД) до 240–260 мм рт. ст., сопровождающимися потливостью, тахикардией, похуданием. Представляем наше клиническое наблюдение, показывающее, что заболевание может проявляться артериальной гипертензией средней степени тяжести с отсутствием выраженных кризов либо протекать и без повышения артериального давления.

Больная Х., 51 год, поступила в эндокринологическое отделение Республиканской клинической больницы (РКБ) Ре-

спублики Татарстан 25.01.2012 года с жалобами на повышение артериального давления (АД) во время физической нагрузки или при психоэмоциональном напряжении до 160/90 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями давящего характера в затылочной области, потливостью, приливами. В покое АД 130/80 мм рт. ст. Беспокоили также ноющие боли в нижних конечностях, зябкость рук и ног, отеки ближе к вечеру на нижних конечностях, бессонница, запоры. Вес стабильный.

Анамнез заболевания. Стойкое повышение АД в течение 5 лет. Принимала гипотензивные препараты: амлодипин 10 мг и лозап 25 мг в день с незначительным эффектом, АД снижалось до 140/80 мм рт. ст. В 2010 году выявлен первичный гипотиреоз, назначена заместительная терапия L-тироксином в дозе 100 мкг в сутки.

Учитывая резистентное течение артериальной гипертензии на фоне гипотензивной терапии, для исключения вторичного характера повышения АД по месту жительства, назначено обследование: УЗИ органов брюшной полости, почек (патологии не выявлено). При проведении компьютерной томографии органов брюшной полости, было выявлено образование в левом надпочечнике (округлое, однородное с неровными контурами изоденное объемное размерами 24х20 мм, плотностью до 34

ед Н.). С целью дальнейшего обследования и выбора тактики лечения пациентка направлена на консультацию эндокринолога в РКБ.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Показатели физического развития: рост — 154 см, вес — 75 кг, ИМТ — 31,6 кг/м². Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые, влажные. Подкожножировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкоэластичная, подвижная, безболезненная. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 18 в мин. АД — 140/90 мм рт. ст. ЧСС — 76 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность голеней.

Данные лабораторного и инструментального исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин — 148 г/л, эритроциты — $5,15 \times 10^{12}$, лейкоциты — $6,9 \times 10^9$, п — 1%, с — 67%, лимф. 31%, моноц. 1%, тромбоциты — 366000 в мкл, СОЭ — 23 мм/ч.

Общий анализ мочи: уд. вес 1007, белок — отр., лейкоциты — 1-2 в п/з, эпителий — 1-2 в п/з.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин — 12,1 мкмоль/л (3,4-20,5 мкмоль/л), АЛТ — 18 ед/л (0-55 ед/л), АСТ — 12 ед/л (5-34 ед/л), мочевины — 4,4 ммоль/л (2,5-8,3 ммоль/л), креатинин — 60 мкмоль/л (53-115 мкмоль/л), общий белок — 72 г/л (64-83 г/л), холестерин — 6,6 ммоль/л (0-5,17 ммоль/л), калий — 5,2 ммоль/л (3,5-5,1 ммоль/л), натрий — 141 ммоль/л (136-145 ммоль/л), хлор — 108 ммоль/л (98-107 ммоль/л).

Гормоны щитовидной железы: ТТГ — 0,97 мкМЕ/мл (0,3500-4,9400 мкМЕ/мл), Т₄ св. — 1,28 нг/дл (0,70-1,48 нг/дл).

Гликемический профиль: 8⁰⁰ — 4,5 ммоль/л, 11⁰⁰ — 5,0 ммоль/л, 13⁰⁰ — 3,9 ммоль/л, 18⁰⁰ — 5,8 ммоль/л, 22⁰⁰ — 5,5 ммоль/л.

УЗИ гепатобилиарной системы и почек: патологии не выявлено.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 77 уд. в мин. Отклонение ЭОС вправо. PQ — 0,20 сек, зубец Р — пульмонального типа. Нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса.

УЗИ щитовидной железы. Объем 11,062 мл. Перешеек 3,3 мм. Контуры железы волнистые. Структура с нечеткими гипоэхогенными участками до 4 мм, диффузно-неоднородная. Эхогенность обычная. Интенсивность кровотока при ЦДК обычная. В правой доле ближе к нижнему полюсу визуализируется изоэхогенный узел диаметром 3,5 мм, рядом сзади — слабогиперэхогенный участок 4,8x4 мм.

РКТ органов брюшной полости с контрастированием: в области левого надпочечника определяется округлое объемное образование 22x27 мм плотностью 27-31 НУ, с плотными включениями, с достоверным неоднородным накоплением контрастного вещества до 86 НУ.

Гормональное исследование крови: альдостерон — 392 нг/мл (норма 15-150 нг/мл), ренин — 7,36 нг/мл/час (норма 0,2-1,9 нг/мл/час), ангиотензин — 1-5,54 нг/мл (норма 0,4-4,1 нг/мл), кортизол — 11,1 мкг/мл (норма 3,7-24,0 мкг/мл); мочи: норметанефрины — 3712,5 мкг/сут (норма 30-440 мкг/сут), метанефрины свободные — 25 мкг/сут (норма 6-115 мкг/сут).

На основании лабораторных и инструментальных методов исследования установлен диагноз: «Объемное образование левого надпочечника (гормонально-активное). Феохромоцитома. Первичный гипотиреоз, средней степени тяжести, компенсированный. Артериальная гипертензия 2 степени, 2 стадии. ХСН 1, ФК 2. Риск 4. Ожирение 1 степени, экзогенно-конституционального генеза».

Повышенный уровень метанефринов в моче, данные РКТ, характерные для феохромоцитомы (при КТ неконтрастная

плотность феохромоцитомы обычно более 10 единиц Хаунсфилда — часто более 25 НУ), феохромоцитома характеризуется округлой или овальной формой, четким контуром, гетерогенной структурой: жидкостные участки, некрозы, кальцинаты, кровоизлияния говорят в пользу установленного диагноза. При трехкратном повышении в моче норметанефрина и двукратном метанефрина наличие хромаффинной опухоли не вызывает сомнения [1]. Повышение уровня альдостерона, ренина, ангиотензина 1, скорее всего, имеет вторичный характер, за счет наличия артериальной гипертензии в анамнезе на протяжении 5 лет.

Главная задача медикаментозной терапии — подготовка к оперативному лечению [3]. 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) [2]. 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. 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 [4].

На момент госпитализации пациентка получала адекватную дозу L-тироксина 100 мкг в сутки, поэтому заместительную терапию тиреоидными гормонами было решено оставить без изменений. Проведено успешное оперативное удаление гормонально-активной опухоли левого надпочечника.

Гистологическое заключение: в опухолевом материале солидные комплексы мелких и крупных полигональных и овальных клеток с бледной и частично пустой цитоплазмой и небольшим округлым ядром, окруженные тонкой стромальной плоской. Микроскопическая картина не противоречит клиническому диагнозу феохромоцитомы.

При дальнейшем наблюдении АД было на стабильно нормальных значениях. Пациентка с улучшением выписана домой.

Таким образом, у данной пациентки наблюдалась неклассическая картина феохромоцитомы (отсутствовали злокачественные гипертонические кризы с последующим развитием гипотонии, тахикардия, цифры АД соответствовали средней степени артериальной гипертензии, наличие избыточной массы тела), в результате чего диагностика на основании клинических проявлений оказалась затруднена, что не позволило в дебюте заболевания выставить верный диагноз и назначить адекватное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Вагапова Г.Р. Современные принципы диагностики и лечения феохромоцитомы. Определение и распространенность феохромоцитомы // Медико-фармацевтический Вестник Поволжья № 24. — Казань: Практика. — 2011.
- 2 Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. — М., 2006. — С. 573-574.
- 3 Руководство по кардиологии / Под редакцией Н.В. Коваленко. — Украина, 2008. — 511 с.
- 4 Бельцевич Д.Г., Трошина Е.А., Юкина М.Ю. Феохромоцитома // Проблемы эндокринологии. — 2010. — С. 69.