

УДК 616.453

DOI 10.52246/1606-8157_2023_28_2_57

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АЛЬДОСТЕРОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА

В. Р. Гауэрт^{1*}, кандидат медицинских наук,
Л. Н. Чаплыгина^{1,2}, кандидат медицинских наук,
В. С. Карчевский¹, кандидат медицинских наук,
Ю. С. Филатова¹, кандидат медицинских наук,
М. Е. Яновская², кандидат медицинских наук,
Е. А. Яновская^{1,2}, кандидат медицинских наук

¹ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, 150000, Россия, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5

² ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая больница», 150062, Россия, г. Ярославль, ул. Яковлевская, д. 7

РЕЗЮМЕ Описан клинический случай первичного гиперальдостеронизма (ПГА) (альдостеромы надпочечника), осложнившегося развитием тяжелой артериальной гипертензии (АГ), нарушением ритма сердца по типу пароксизмальной формы мерцания предсердий.

Ключевые слова: альдостерома, альдостерон-рениновое соотношение, синдром Конна, гипокалиемия, артериальная гипертензия, мерцание предсердий.

* Ответственный за переписку (corresponding author): gauert68@mail.ru

Альдостерома – гормонально активная опухоль надпочечника, приводящая к развитию синдрома Конна (первичного гиперальдостеронизма (ПГА), вследствие влияния генетических факторов, характеризуется повышенной концентрацией альдостерона, усиленной реабсорбцией натрия, выведением калия, развитием тяжелой гипокалиемии, угнетением ренин-ангиотензиновой системы, увеличением объема плазмы и, как следствие, формированием АГ.

Клиническая картина ПГА включает основные синдромы:

- сердечно-сосудистый с развитием артериальной гипертензии (при ПГА частота злокачественной АГ составляет 6–9 %; кризовое течение АГ достигает 50 %) и сопровождается развитием нарушений ритма сердца, ишемической болезни сердца вследствие гипертрофии и дистрофии миокарда, нарушения кровообращения в сосудах головного мозга с развитием инсультов вследствие повышенной их реактивности на действие альдостерона);
- гипокалиемия и нарушение функции почек с развитием полиурии, полидипсии, никтурии,

изостенурии, резистентная к антидиуретическому гормону (АДГ), – так называемая «гипокалиемическая почка» с возможной манифестацией нефрогенного несахарного диабета;

- нейромышечный синдром в виде мышечной слабости, парестезий, судорог вследствие дистрофических изменений в органах и тканях.

Кроме того, при ПГА часто возникает нарушение толерантности к глюкозе из-за дисфункции бета-клеток вплоть до развития сахарного диабета при длительном течении гиперальдостеронизма без лечения.

Учитывая, что риск внезапной смерти от сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ПГА возрастает в 10–12 раз, возникает необходимость как можно более ранней диагностики данного заболевания и лечения с целью уменьшения клинических проявлений, сердечно-сосудистых осложнений.

В связи с этим интересным представляется данный клинический случай, отражающий этапы диагностического поиска и лечения в рамках мультидисциплинарного подхода, что в конечном итоге привело к выздоровлению пациента.

Пациент Р., 49 лет, обратился на консультацию к эндокринологу с жалобами на головную боль, головокружение, снижение веса, выраженную слабость, повышение артериального давления (АД) до 180–220/100–120 мм рт. ст., не контролируемое многокомпонентной гипотензивной терапией (периндоприл 10 мг, индапамид 2,5 мг утром, амлодипин 10 мг, моксонидин 0,2–0,4 мг в обед). Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение десяти лет, когда стал отмечать постоянный подъем АД до 180–220/120 мм рт. ст., неоднократно консультирован кардиологом. На фоне многокомпонентной гипотензивной терапии с максимальными дозами препаратов сохранялись подъемы АД. Через три года после появления АГ у пациента возникло острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) на фоне гипертонического криза – подъем АД до 270/120 мм рт. ст. Выявлена дислипидемия – повышены уровни ХС-ЛПНП до 5,4 ммоль/л, триглицеридов до 4,2 ммоль/л. Назначена терапия статинами.

Через восемь лет от начала АГ пациент стал отмечать перебои в работе сердца. Консультирован кардиологом Ярославской областной клинической больницы (ЯОКБ), выставлен диагноз: «Фибрилляция предсердий (ФП), пароксизмальная форма, ХСН I, ФК II». Пациент консультирован эндокринологом, выявлен узловой зоб, состояние эутиреоза. Кардиологом ЯОКБ назначена антиаритмическая терапия – амиодарон 200 мг в сутки. Несмотря на постоянный прием амиодарона, пароксизмы ФП сохранялись до трех-четырех раз в неделю. В связи с рецидивированием ФП пациент направлен на обследование в ФГБУ «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого МО РФ» для решения вопроса о проведении радиочастотной аблации (РЧА), где при обследовании в анализах крови выявлена гипокалиемия 1,98 ммоль/л. С учетом наличия АГ с высокими цифрами АД до 270/110 мм рт. ст., обильного мочеиспускания после возникновения гипертонических кризов, снижения веса, выраженной гипокалиемии и ввиду наличия высоких интраоперационных рисков от операции РЧА аритмогенных зон решено воздержаться. Пациент направлен на дообследование по месту жительства и госпитализирован в ЯОКБ. При обследовании выявлены: снижение уровня калия в крови до 1,8 ммоль (норма – 3,5–5,1), повышение содержания альдостерона в крови до 641 пг/мл (норма в горизонтальном

положении – 13–145 пг/мл, в вертикальном – 27–272 пг/мл). Альдостерон-рениновое соотношение (АРС) составило более 60 пг/мкМЕ (норма – менее 12 пг/мкМЕ).

Всем пациентам с лабораторно подтвержденным диагнозом ПГА необходимо исследование уровня кортизола с целью исключения сочетанной гиперпродукции альдостерона и кортизола, в связи с чем больному проведены две пробы: малая дексаметазоновая проба – исследование уровня кортизола в крови утром на фоне приема накануне сдачи анализа в 23:00 1 мг дексаметазона, результат – 12,3 мкг/дл (норма – 3,7–19,4 мкг/дл); и определение суточной экскреции кортизола с мочой, результат – 112,50 мкг/сут (норма – 4,30–176,00 мкг/сут). Таким образом, избыточная продукция кортизола исключена.

При КТ надпочечников с контрастным усилением у пациента выявлена аденома в латеральной ножке правого надпочечника размером 1 см в диаметре.

Таким образом, у больного лабораторно и топически диагностирована альдостерома. Лечение альдостеромы надпочечников предполагает проведение адреналэктомии. Пациент консультирован хирургом – выставлены показания к оперативному лечению в объеме эндоскопической парциальной адреналэктомии справа. В хирургическом отделении ЯОКБ проводилась предоперационная подготовка с целью коррекции гипокалиемии с нормализацией этого показателя на фоне терапии до 2,61–2,82–2,55–3,1–4,08 ммоль/л. в динамике. Пациенту выполнена эндоскопическая адреналэктомия справа.

После операции отмечена нормализация АД в пределах целевых показателей (125–130/80–85 мм рт. ст.) без гипотензивной терапии, стабильные показатели калия в крови, нарушений ритма сердца не отмечалось. Пациент выписан под амбулаторное наблюдение терапевта, кардиолога, хирурга с контролем электролитного состава крови, уровня АД, Рекомендовано проведение КТ надпочечников через шесть месяцев.

При осмотре больного в динамике – подъемов АД, нарушений ритма сердца не зафиксировано, отмечена нормализация веса, отсутствие слабости.

Итак, данный клинический случай представляет интерес ввиду многообразия клинических проявлений заболевания, лабораторных изменений в виде тяжелой гипокалиемии и нормализации показателей после проведенного лечения. АГ является постоянным и очень часто единственным симптомом ПГА, плохо поддается медикаментозной коррекции, имеет

кризовое течение и, как следствие, приводит к развитию сердечно-сосудистых осложнений в виде ОНМК, нарушений ритма сердца. В то же время проведенное обследование и установление правильного диагноза, хирургическое лечение привели к полному выздоровлению пациента и к улучшению качества его жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эндокринология. Национальное руководство. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М; 2019.
2. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В., Шляхто Е.В., и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(3):3786. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3786>

A CLINICAL CASE OF ADRENAL ALDOSTEROMA

V. R. Gauert, L. N. Chaplygina, V. S. Karchevsky, Yu. S. Filatova, M. E. Yanovskaya, E. A. Yanovskaya

ABSTRACT. The authors consider a clinical case of primary hyperaldosteronism (adrenal aldosteroma), complicated by the development of severe hypertension, cardiac arrhythmia by the type of paroxysmal form of atrial fibrillation.

Key word: aldosteroma, aldosterone-renin ratio, Conn's syndrome, hypokalemia arterial hypertension, atrial fibrillation.