

5. Утомляемость, слабость – в 19 случаях (73%);
6. Повышенная потливость – в 16 случаях (61%);
7. Сердцебиение – в 14 случаях (54%);
8. Боли в области сердца – в 6 случаях (23%);
9. Снижение массы тела – в 5 случаях (19%);
10. Тошнота, рвота – в 4 случаях (15%);
11. Резкая боль в животе – в 3 случаях (11%);

В результате проведенного анализа была выделена триада наиболее значимых клинических симптомов: повышенное АД; головная боль; утомляемость, слабость. Это в совокупности с лабораторно-инструментальными данными: повышенный уровень метанефринов, структурная патология при визуализации (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) послужило основой для диагностики феохромоцитомы.

У 24 (92%) пациентов с повышенным АД продолжительность заболевания составила от 2 до 11 лет. Средняя длительность заболевания составила $6,55 \pm 4,54$ лет. По клиническим формам заболевания пациенты с феохромоцитомой распределились следующим образом:

1. С пароксизмальной формой АГ (среднее систолическое АД во время приступа $208 \pm 11,3$ мм рт.ст.) – в 16 случаях (61%);
2. Со смешанной формой АГ (на фоне пароксизмального повышения АД в межприступном периоде отмечалось повышенное систолическое АД до $149,5 \pm 16,3$ мм рт. ст.) – в 8 случаях (31%);
3. С нормальным АД – 2 человека (8%).

Определение общей концентрации метанефринов (метанефрина и нор-метанефрина) в плазме проводилось один раз всем пациентам. В обследуемой группе пациентов с феохромоцитомой ($n=26$) средний уровень метанефрина в плазме составил $420,03 \pm 111,04$ пг/мл, норметанефрин – $938,4 \pm 315$ пг/мл.

У пациентов с объемными образованиями надпочечников и АГ ($n=24$) средний уровень метанефрина составил $435,01 \pm 105$ пг/мл, норметанефрина – $973,7 \pm 330,2$ пг/мл. У пациентов с объемными образованиями надпочечников и без АГ ($n=2$) средний уровень метанефрина – 240 ± 75 пг/мл, норметанефрин – 520 ± 140 пг/мл, что значительно превышает референсные значения. Референсные значения метанефрина в плазме 17-90 пг/мл, норметанефрина 23-180 пг/мл.

У всех пациентов с феохромоцитомой отмечено увеличение хотя бы одного из показателей метанефринов более 110 % от верхней границы референсного интервала.

В среднем превышение уровня общих метанефринов по отношению к верхней границе нормы составило для метанефрина 466 %, для норметанефрина – 521%. Повышение уровня норметанефрина при нормальных значениях метанефрина выявлено у 1 пациента – (3,8%). Повышение уровня метанефрина при нормальных значениях норметанефрина выявлено у 6 пациентов – (23,1%). Повышение обоих показателей отмечено у 19 пациентов – 73,1%.

Таким образом, для диагностики феохромоцитомы верифицирующими данными являются повышенный уровень метанефринов и норметанефринов в сыворотке крови. Вероятность выявления феохромоцитомы этим методом настолько высока, что проведение дополнительных лабораторных тестов не требуется, и следующая задача – определение локализации опухоли.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МАРШЕВОЙ ПРОБЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА

М.П. Каплиева, А.А. Укла

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Первичный гиперальдостеронизм — заболевание вследствие гиперсекреции альдостерона при аденоме или гиперплазии коры надпочечника, реже — при раке надпочечника. Ведущим клиническим симптомом гиперальдостеронизма является артериальная гипертензия (АГ), резистентная к традиционной гипотензивной терапии.

В синдроме первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна) для определения лечебной тактики необходимо провести дифференциальный диагноз между одиночной альдостеронпродуцирующей аденомой (АПА) надпочечника и двусторонней диффузноузелковой гиперплазией клубочковой зоны надпочечника – идиопатический альдостеронизм (ИГА).

В диагностике гиперальдостеронизма, безусловно, важно лабораторное подтверждение гиперальдостеронемии. Дифференциальный диагноз первичного гиперальдостеронизма (ПГА) возможен на основании результатов лабораторных исследований, подтверждающих низкорениновый гиперальдостеронизм. Однако, определение уровня активности ренина плазмы в нашем исследовании не проводилось.

Целью исследования явилось определение значения маршевой пробы в дифференциальной диагностике ПГА.

В группу исследования пациентов с ПГА было отобрано 30 человек с гиперальдостеронемией. Анализ по возрасту показал, что наибольшее число больных было в возрастной группе 50-59 лет (4%), что в 4,4 раз выше, чем в возрастной группе 30-39 лет (10%). Необходимо отметить, что число пациентов в возрастной группе 30-39 лет (10%) и возрастной группе 60-69 лет (10%) одинаково. В возрастной группе 40-49 лет – 11 человек (36,7%). Средний возраст пациентов составил $53,5 \pm 9,05$ лет и варьировал от 31 до 61 года. По изложенным выше данным можно сделать вывод, что заболеваемость ПГА приходится на трудоспособный возраст.

ПГА чаще встречался у женщин – в 20 случаях из 30 (67%), мужчин – 10 человек (33%), что подтвердило литературные данные о большой частоте ПГА у женщин. По социальному составу городские жители составили 83% (25 человек), сельские жители 17% (5 человек).

При анализе у обследованных пациентов были выявлены следующие клинические и лабораторно-инструментальные симптомы, характерные для ПГА. По частоте встречаемости составлен рейтинг показателей:

- Повышенный уровень альдостерона – в 30 случаях (100%);
- Повышенное АД – в 30 случаях (100%);
- Структурная патология при визуализации (КТ/УЗИ надпочечников) – в 26 случаях (87%);
- Изменение ЭКГ – в 24 случаях (80%);
- Протеинурия – в 23 случаях (77%);
- Ночная полиурия – в 20 случаях (67%);
- Головная боль – в 19 случаях (63%);
- Гипернатриемия – в 17 случаях (57%);
- Гипокалиемия – в 15 случаях (50%);
- Мышечная слабость – в 12 случаях (40%);
- Парестезии – в 7 случаях (23%).

Для дифференциальной диагностики АПА и ИГА проводилась маршевая проба. Активация системы ренин-ангиотензин-альдостерон на фоне 4-часовой ходьбы приводит к возрастанию концентрации альдостерона плазмы в 1,5-2 раза у пациентов с первичным гиперальдостеронизмом, обусловленным двусторонне гиперплазией клубочковой зоны коры надпочечников. У лиц с альдостеромой содержание альдостерона в сыворотке крови остается неизменным или снижается, так как в опухолевых клетках секреция альдостерона не зависит от ренин-ангиотензиновой системы.

В исследуемой группе маршевая проба была проведена 30 пациентам. У 5 пациентов наблюдалось отсутствие повышения концентрации альдостерона после ходьбы. Средний уровень альдостерона до нагрузки составил $786,4 \pm 83,6$ пг/мл (референсные значения 20-180 пг/мл), после ходьбы – $302,1 \pm 45$ пг/мл (референсные значения 30-400 пг/мл). Это позволило диагностировать альдостерому (АПА).

У 25 пациентов концентрация альдостерона была значительно повышена до и после проведения маршевой пробы. До проведения маршевой пробы средний уровень альдостерона составил $702,56 \pm 94,5$ пг/мл, после пробы – $1038 \pm 65,1$ пг/мл. Существенное повышение уровня альдостерона на фоне маршевой пробы позволило верифицировать идиопатический альдостеронизм.

Таким образом, в диагностике ПГА наиболее высокую информативность несут показатели маршевой пробы.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДРАКОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЖЕЛУДКА В ЦЕНТРЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

О.В. Карпенко, Е.Н. Сницаренко

ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

В Центре превентивной гастроэнтерологии (ЦПГ) ГУ «Республиканский научно-практический центр Радиационной медицины и экологии человека», организованного в 2008 г., проводилось наблюдение