

МОЧЕВОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ ЭНДОКРИННОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

М. М. Газымов, М. Х. Газымова

Кафедра хирургии № 2 (зав.— проф. А. Н. Волков) Чувашского университета
имени И. Н. Ульянова

Среди различных форм симптоматической гипертонии надпочечниковая занимает не более 2—8%, однако требует к себе особого внимания. Это связано с тем, что она встречается в основном у лиц молодого возраста и характеризуется тяжелым течением [2, 6, 7]. В ряде случаев изменения со стороны почек при злокачественной гипертонии могут привести к ошибочному диагнозу почечного заболевания и почечной гипертонии [1, 5].

Симптоматическую гипертонию врачи часто расценивают как заболевание почек и без должной критической оценки выявленных изменений в моче диагностируют хронический пиелонефрит, что надолго задерживает установление истинной природы процесса. Своевременная диагностика затруднена еще и тем, что эндокринные заболевания, какими являются синдром Конна, феохромоцитомы, протекают без каких-либо внешних проявлений эндокринопатии. Такие больные не обследуются эндокринологами, поэтому диагноз ставят (причем не у всех) обычно терапевты, урологи, хирурги.

Целью настоящей работы являлось определение частоты и особенностей мочевого синдрома (протеинурии, микрогематурии, лейкоцитурии), нарушений функций почек при надпочечниковой гипертонии до и после оперативного лечения больных.

К концу 1984 г. нами были обследованы 148 больных с подозрением на надпочечниковый характер симптоматической артериальной гипертонии. У 44 из них диагноз был подтвержден, и 42 пациента в возрасте от 3 до 60 лет были прооперированы: 7 — по поводу глюкостеромы, 9 — андростеромы, 4 — синдрома Иценко — Кушинга, 20 — феохромоцитомы и 2 — синдрома Конна. За этот период операция была произведена еще 3 больным с подозрением на феохромоцитому, но во время операции опухоль надпочечников не была обнаружена; у 2 из них во время диагностической люмботомии были выявлены почечные причины артериальной гипертонии.

Больные с синдромом Иценко — Кушинга и глюкостеромой, несмотря на характерные внешние проявления забо-

левания (ожирение, лунообразное красное лицо, полосы растяжения багрового цвета на коже, угри на лице), в течение длительного времени безуспешно лечились гипотензивными средствами, а 8 из 11 были госпитализированы для обследования в связи с хроническим пиелонефритом (протеинурия, не превышавшая 1,0 г/л, лейкоцитурия, эритроцитурия, уратурия). Только трое поступили в клинику с подозрением на основное заболевание для уточнения локализации опухоли и оперативного лечения. Нужно подчеркнуть трудности диагностики ранних форм заболевания, особенно при состояниях, сходных с синдромом Иценко — Кушинга. Так, за эти годы мы провели обследование 30 больных с подозрением на гиперфункцию коры надпочечников, которая не подтвердилась. Приводим наблюдение с длительной дооперационной диагностикой.

Ш., 3 лет 7 мес, поступил с диагнозом «обострение хронического пиелонефрита, хроническая почечная недостаточность II степени, сахарный диабет средней тяжести. Полидипсия и полиурия — с 2-летнего возраста. Преходящая гипергликемия, не превышающая 9,99 ммоль/л, наблюдается в течение также почти 2 лет. Рост ребенка — 100 см, масса тела — 24,5 кг, живот увеличен в объеме за счет опухоли в левой его половине. Внешне ребенок выглядит старше своего возраста, наружные половые органы соответствуют по размерам органам 15-летнего юноши. АД — 22,6/17,3 кПа, отн. пл. мочи — 1,005—1,007, белок — 0,33 г/л, лейкоциты — 10—15 в поле зрения, 17-КС — 429,9 мкмоль/сут. Креатинин крови — 221 ммоль/л, клубочковая фильтрация — 50,2 мл/мин.

После соответствующей подготовки произведена левосторонняя адреналэктомия. Удалена опухоль массой 1569 г, имевшая плотную капсулу и бугристую поверхность. Гистологическое заключение: глюкостерома с признаками озлокачествления.

В данном случае преждевременное половое развитие, симптоматический сахарный диабет и гипертония могли быть основой раннего правильного диагноза.

У 7 из 9 больных с андростеромой кроме гипертонии была выявлена протеинурия и у всех больных — лейкоцитурия и микрогематурия. Относительная плотность мочи у 3 пациентов не превышала 1,016, клубочковая фильтрация

была снижена у 2 из 4 обследованных. Хроматофункция почек на стороне расположения опухоли надпочечников была резко угнетена у 6 из 9 человек.

Оксигеносупроренография, особенно в сочетании с инфузионной урографией и томографией, являлась основным методом, позволяющим установить локализацию опухоли, хотя отрицательные данные при этом не исключают заболевания с атипичным расположением новообразования.

У 6 из 20 больных с феохромоцитомой, прооперированных нами, гипертония носила постоянный характер, у 5 наблюдались гипертонические кризы с нарушением мозгового кровообращения. Анализ мочи у 17 больных обнаружил протеинурию (от 0,99 до 1,45 г/л), а переходящая эритроцитурия была выявлена у всех обследованных. Концентрационная функция почек была в пределах нормы у 9 больных, клубочковая фильтрация составила в среднем $64,6 \pm 1,2$ мл/мин. Асимметричные кривые ренограмм получены у всех 12 больных. Кроме того, были изменены кривые, характеризующие секреторную функцию почек. Все это, видимо, было связано с нарушением почечного кровотока и с непосредственным воздействием катехоламинов на почечную гемодинамику.

У 2 больных, несмотря на явные признаки заболевания (высокое АД с кризами, гипергликемия, повышенная экскреция норадреналина — 5022 и 6004 ммоль), надпочечники при исследовании не были увеличены. На вскрытии после внезапной смерти больного были обнаружены хромаффинные опухоли, расположенные в грудной клетке.

Иногда своевременную диагностику затрудняют другие тяжелые урологические заболевания, как это было у наблюдаемой нами больной.

К., 41 года, поступила для оперативного удаления камня из левой лоханки. Больная жаловалась на частое повышение АД, боли в пояснице, периодический подъем температуры тела. Резкое усиление боли в пояснице, появление озноба, жажды, повышение температуры тела и положительный симптом Пастернацкого слева стали показанием для срочной пиелолитотомии, которая была выполнена 28.11.84 г. Почка была увеличена, гнойничков на ее поверхности не обнаружено, конкремент размерами $3 \times 2 \times 1$ см удален через поперечный разрез лоханки. При отсутствии интраоперационных осложнений в момент мобилизации почки был зафиксирован стремительный подъем АД до 32,0/17,3 кПа. Сразу после операции температура тела резко повысилась до 40°, АД снизилось до 10,6/5,3 кПа, затем вскоре поднялось до 27,9/16,0 кПа и вновь опустилось до 8,0/4,0 кПа.

Ухудшение состояния больной было истолковано как развитие апостематозного пиелонефрита, подтвердившегося результатами исследования крови (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, увеличение концентрации мочевины до 10,0 ммоль/л). Прогрессирующее ухудшение состояния было расценено как следствие бактериемического шока, поэтому 29.11.84 г. произведена нефрэктомия с последующей антибактериальной терапией. Через сутки больная умерла.

На вскрытии на фоне общего ожирения были выявлены двусторонняя феохромоцитома (справа диаметром 5 см, слева — 3 см), узловой зоб, апостематозный пиелонефрит. В данном случае сочетание множественного эндокринного аденоматоза с калькулезным пиелонефритом не позволило своевременно диагностировать хромаффинный шок и провести патогенетическую терапию. Если в связи с отсутствием целенаправленного дооперационного обследования диагностировать феохромоцитому не удалось, то ревизия левого надпочечника в момент повторной операции дала бы возможность установить одну из причин гипертонической реакции и повышения АД.

По данным ряда авторов [2, 7], синдром Конна встречается у 2—4% больных с гипертонией, причем многим из них требуется хирургическое лечение. Однако операции по поводу этого синдрома проводятся редко, что, по-видимому, связано с трудностями своевременной его диагностики [3, 4, 7]. Для таких больных кроме гипертонии характерны мышечная слабость, парестезии, головные боли, судороги, а в тяжелых случаях — тетания. В плазме крови определяется низкий уровень калия (3 ммоль/л и ниже), так как гиперальдостеронизм приводит к выведению с мочой значительного количества калия. Потеря калия обусловлена усиленной экскрецией его почечными каналами и сочетается с увеличенной реабсорбцией натрия и ионов водорода, поэтому pH мочи резко повышается.

Развивающуюся при синдроме Конна гипокальциемическую нефропатию с резким снижением концентрационной способности почек, полиурией, никтурией можно ошибочно истолковать как хроническую почечную недостаточность, несхарный диабет, энурез. Мы оперировали 2 таких больных; в качестве примера приводим одно наблюдение.

У С., 8 лет, в возрасте 4 мес была выявлена инфекция мочевыводящих путей. Изменения в моче (умеренная протеинурия, лейкоцитурия) непостоянны. С 4-летнего возраста из-за высокого АД больного неоднократно лечили в различных стационарах, но гипотензивная терапия эффекта не давала. Выявлены повто-

ряющиеся носовые кровотечения и отмечены червеобразные сгустки крови в моче. Периферических отеков нет. Кожа бледная, питание пониженное. Границы сердца расширены влево, акцент II тона над аортой. Частота пульса — 62 уд. в 1 мин. На ЭКГ — выраженная синусная брадикардия, замедление электрической возбудимости сердца. Нарушение реполяризации в миокарде, признаки гипокалиемии. АД — 23,9/18,6 кПа. Пальпация живота безболезненная, почки не определяются. Ренография — значительное снижение экскреторно-секреторной функции почек. На экскреторной урограмме — тени почек слева размером 12 × 6 см, справа — 10,5 × 5,5 см; выделение контрастного вещества замедлено.

Анализ крови: уровень мочевины — 5,0 ммоль/л, креатинина — 97,2 ммоль/л, холестерина — 4,4 ммоль/л; общий белок — 72 г/л. Содержание глюкозы — 3,16 ммоль/л, кальция — 2,75 ммоль/л, фосфора — 1,55 ммоль/л, хлора — 107 ммоль/л, натрия в пл. эр. — 145,8/16,8 ммоль/л, калия в пл. эр. — 2,8/89 ммоль/л. Постоянная щелочная реакция мочи, белок — 0,33 г/л, отн. пл. — 1,001 — 1,004. Клубочковая фильтрация — 40,5 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 98,5%. На основании жалоб (полидипсии, полиурии), данных объективного исследования, повышенного АД (не поддающегося гипотензивной терапии), постоянной щелочной реакции мочи, изогипостенурии, никтурии, гипокалиемии, гипохлоремии был поставлен диагноз — первичный гиперальдостеронизм.

Поскольку результаты рентгенографического обследования не позволили обнаружить локализацию опухоли, операция была начата с лапаротомии по средней линии живота. При ревизии левый надпочечник оказался нормальных размеров, а справа удалили опухоль надпочечника желто-оранжевого цвета диаметром 4 см и массой 40 г. Заключение гистолога: альдостерома.

Непосредственно после операции АД снизилось до 18,6/16,0 кПа, а через день вновь повысилось до 23,9/16,0 кПа, что было расценено как результат усугубления дисэлектролитемии. После отмены внутривенного введения раствора хлористого натрия, с началом кормления обычной пищей постепенно нормализовалось содержание калия, натрия, хлора в плазме, что совпало с нормализацией АД. При осмотре через 4 года после операции мальчик жалоб не предъявлял, был активен, энурез прекратился. АД — 14,6/8,0 кПа. В моче патологических примесей нет, реакция кислая. Плотность мочи колеблется от 1,010 до

1,016. Креатинин крови — 96,0 ммоль/л, клубочковая фильтрация — 70 мл/мин.

Приведенное наблюдение показывает, что синдром Конна у детей может протекать без мышечной слабости и миопатий с превалированием симптомов поражения почек, фосфатурией и возникновением вторичного энуреза.

В отдаленные сроки после удаления гормональных опухолей надпочечника ликвидация гипертензивного синдрома сопровождалась исчезновением мочевого синдрома (у 25 из 31 обследованного). Периодически повторяющуюся протеинурию и снижение клубочковой фильтрации (64—76 мл/мин) у 4 больных с феохромоцитомой мы объяснили длительной предоперационной злокачественной гипертонией. У обоих больных с синдромом Конна, несмотря на нормализацию АД, некоторое снижение функции почек оставалось, что являлось результатом нефросклероза, развившегося вследствие длительной гипокалиемии и гипертонии.

В заключение считаем важным подчеркнуть, что у больных с артериальной гипертонией при злокачественном ее течении почечные изменения не исключают надпочечниковый ее характер, поэтому у таких больных, особенно у лиц молодого возраста, необходимо проводить детальное исследование надпочечников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васюкова А. Е., Герасименко П. П., Железный В. И. и др. // Тер. арх. — 1978. — № 1. — С. 91—93.
2. Герасименко П. П. // Там же. — 1980. — № 5. — С. 100—103.
3. Лопаткин Н. А., Мазо Е. Б. // Диагностика вазоренальной гипертонии и выбор метода ее лечения. — М., Медицина, 1975.
4. Николаев О. В., Герасименко П. П., Керцман В. И., Калинин А. П. // Хирургия. — 1970. — № 5. — С. 75—87.
5. Ратнер Н. А., Палеева Ф. М., Киселева З. М. и др. // Клин. мед. — 1975. — № 8. — С. 104—109.
6. Серняк П. С., Денисов В. К. // Урол. и нефрол. — 1982. — № 3. — С. 3—6.
7. Чернышев В. Н. // Клин. мед. — 1976. — № 9. — С. 82—87.

Поступила 07.07.86.