

Казахстанско-Российский Медицинский Университет

Артериальная гипертензия при ЭНДОКРИННЫХ заболеваниях

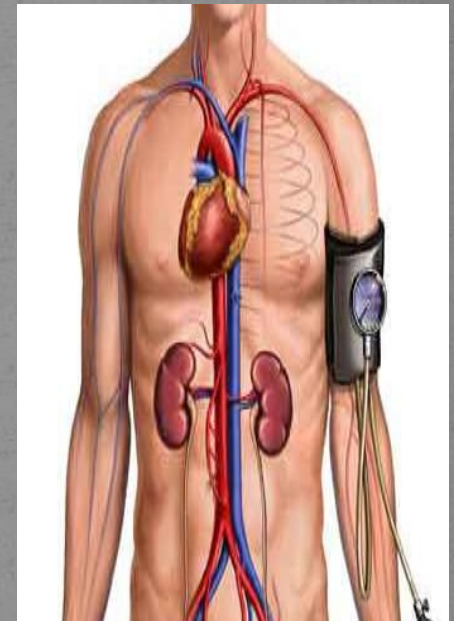
Студент : Рахманбердиева.Ж.Б
504-А.ОМ

К основным эндокринным причинам возникновения артериальной гипертензии относятся заболевания:

- щитовидной железы, сопровождающиеся гипертиреозом и гипотиреозом (возникает у 10-15% больных, страдающих от снижения функции щитовидной железы);
- акромегалия;
- синдром Иценко-Кушинга;
- заболевания надпочечников (феохромоцитома, альдостеронизм, врожденная гиперплазия надпочечников);

Эти заболевания обуславливают развитие вторичной симптоматической артериальной гипертензии, возникающей вследствие поражения органов и систем, регулирующих артериальное давление.

Основанием для диагноза симптоматическая артериальная гипертензия и, соответственно, поиска ее причин является стойкое повышение артериального давления у лиц моложе 30 и старше 60 лет. Помимо повышения артериального давления более 160/90 мм рт.ст., имеются и характерные клинические признаки, указывающие на определенную эндокринную патологию.

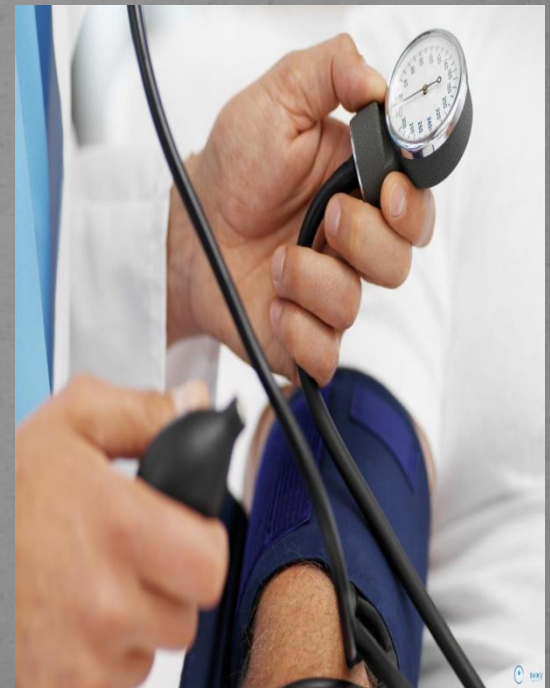


Гипертиреоз

Для гипертиреоза характерны:
раздражительность, двигательное беспокойство, тремор, потливость, похудание при нормальном аппетите, тахикардия.

У пациента могут выявляться стенокардия, инфаркт миокарда, гиперсистолическая застойная сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий или суправентрикулярная тахикардия, вызванная аномалиями проведения импульса в атриовентрикулярном узле.

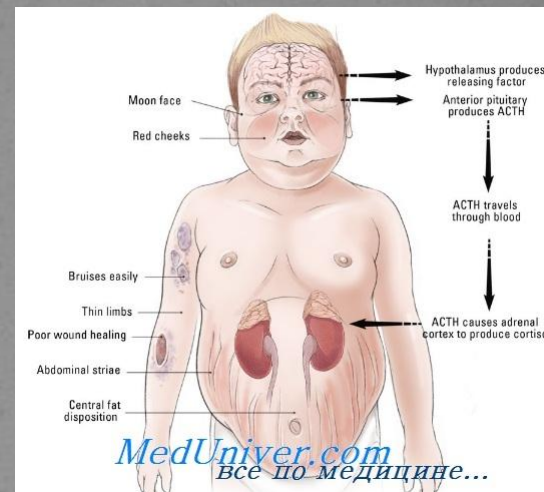
Гипертиреоз



Основами лечебной стратегии гипертиреоза являются коррекция тиреоидных функций и симптоматическая терапия. Блокаторы бета-адренорецепторов (ББА) — препараты выбора для контроля таких симптомов, как повышенная частота сердечных сокращений (ЧСС) при суправентрикулярных тахиаритмиях, ассоциированная АГ и другие адренергические симптомы. Кроме того, при сердечной недостаточности и артериальной гипертензии необходимы диуретики.

Болезнь Иценко—Кушинга

- Болезнь Иценко—Кушинга (первичное поражение гипофиза) и синдром — гиперплазию или опухоль коры надпочечников, оба этих органа имеют тесную связь и в той или иной степени поражаются в любом из упомянутых случаев, однако реализация заболевания и, в частности, гипертензионного синдрома происходит всегда через гиперфункцию коры надпочечников. Гипертензия при этом отличается злокачественностью и носит стойкий характер. характерно атипичное ожирение: преимущественное отложение жировой клетчатки в области лица, шеи, верхних конечностей, остеопороз.



- Следствием активации ренин-ангиотензиновых механизмов могут стать гипертрофия левого желудочка и диастолическая дисфункция. Другими механизмами при синдроме Кушинга, которые приводят к артериальной гипертензии, являются ингибирование мощного вазодилататора — простаглицлина и связывание кортизола со специфическими глюкокортикоидными рецепторами, которые инициируют воздействие гормона на сердечную, почечную и сосудистую ткани. Происходит перемещение внеклеточной жидкости, а изменения водноэлектролитного баланса не являются характерными для глюкокортикоидной АГ.
- Лечение синдрома Кушинга включает в себя специфическую этиотропную терапию, к которой может относиться хирургическое удаление надпочечников, химиотерапия или удаление гипофиза. Медикаментозная терапия предполагает использование метирапона, бромокриптина и кетоконазола. В лечение артериальной гипертензии входит контроль лежащего в основе заболевания избытка кортизола; следует избегать назначения калийнесберегающих диуретиков и препаратов, блокирующих ренин-ангиотензиновую систему.

- В 60—70% случаев артериальная гипертензия развивается у лиц, страдающих ожирением. Она протекает значительно тяжелее, чем при нормальной или низкой массе тела, и часто сопровождается теми или иными осложнениями. Патогенетической основой повышения артериального давления при алиментарно-конституциональном ожирении являются гормональные и электролитные нарушения, сопутствующие данному заболеванию. Ключевая роль в развитии артериальной гипертензии принадлежит вторичному гиперальдостеронизму, сопровождающемуся существенными нарушениями водно-электролитного обмена и задержкой натрия и жидкости в организме. При симптоматической артериальной гипертензии, возникающей в результате ожирения, артериальное давление чаще на превышает пограничного уровня.



Синдром Конна

- Артериальная гипертония нередко развивается при первичном альдостеронизме (синдром Конна). Причиной этого состояния, характеризуемого высокой стойкой артериальной гипертензией в сочетании с гипокалиемией, является обычно небольшая по размерам (0,5—2,5 мм) опухоль клубочкового слоя надпочечника, продуцирующая альдостерон — сользадерживающий гормон
- Заподозрить синдром Конна можно у больных с высокой гипертензией, которые жалуются на резкую мышечную слабость, парестезии, даже парезы конечностей, часто возникающие судороги в различных группах мышц. Беспокоят их жажда, частое и обильное мочеиспускание, периодические сердцебиения.

- При лабораторном обследовании обнаруживают гипокалиемию, низкий удельный вес мочи, выраженный алкалоз, гипернатриемию. Таким образом, основными проявлениями синдрома Конна являются гипертензия и гипокалиемия. Для диагностики применяют ретропневмоперитонеографию, ультразвуковую и компьютерную томографию, а также более сложные радиоизотопные и ангиографические методы. Трудности связаны с малыми размерами опухоли, которую при операции не всегда можно сразу обнаружить. Удаление опухоли приносит выздоровление, при гиперплазии надпочечников резекция их дает менее стабильные результаты.

Феохромоцитома



- При феохромоцитоме (опухоли мозгового вещества надпочечников) и внадпочечниковой хромоаффиноме отмечаются катехоламиновые кризы – внезапные подъемы артериального давления выше 200/100 мм рт.ст., сопровождающиеся сильной головной болью, побледнением кожи, багрово-цианотичным отеком кожи кистей, голеней и стоп, сильной потливостью, дрожанием тела и конечностей, ухудшением зрения. Кризы могут возникать после физической нагрузки, приема пищи, дефекации, пальпации живота и др.. У пациентов с артериальной гипертензией распространенность феохромоцитомы составляет приблизительно от 0,1 до 6%.

- При феохромоцитоме возникают тяжелые симпатoadреналовые кризы с головной болью, возбуждением, тахикардией, рвотой, болями в животе, учащенным мочеиспусканием. Длится она обычно 10—30 мин, после чего больной чувствует себя слабым, разбитым. В период криза артериальное давление может подниматься до 300 мм рт. ст., наблюдается субфебрилитет, кратковременно появляется лейкоцитоз, повышается концентрация глюкозы в крови.
- При подозрении на феохромоцитому проводится так называемая постуральная проба — измеряется артериальное давление в положении больного лежа и стоя. У таких больных в горизонтальном положении артериальное давление выше, чем в вертикальном (на 20 мм рт. ст. и более),
- Диагностика феохромоцитомы основывается на определении уровней катехоламинов и их метаболитов в моче, на анализе результатов некоторых специальных тестов в топической верификации опухоли. Для выявления феохромоцитомы применяется пневморетроперитонеография, нефроуротомография, селективная флебо- и ангиография надпочечников, эхоскопия надпочечников, компьютерная томография. Разнообразие локализаций делает небольшую опухоль труднораспознаваемой даже при использовании самых современных методик. Оперативные вмешательства при феохромоцитоме относятся к разряду сложных, т. к. во время операции бывают резкие колебания артериального давления.



Акромегалия

- Артериальная гипертензия возможна также при акромегалии. В основе механизма развития артериальной гипертензии, носящей симптоматический характер, лежат гормональные нарушения — увеличение секреции сомато-, тирео- и адренокортикотропного гормонов, гиперинсулинемия, повышение функциональной активности коры надпочечников. Довольно часто причиной гипертензии является тиреотоксикоз, для которого характерен гиперкинетический тип гемодинамики, обуславливающий повышение систолического артериального давления, диастолическое артериальное давление при этом снижается или остается нормальным. Артериальное давление при тиреотоксикозе чаще не превышает пограничных уровней.

- Артериальная гипертензия характерна также для синдрома **пубертатного базофилизма (юношеский гиперкортицизм)**, нередко развивающегося в период полового созревания и проявляющегося триадой основных симптомов: ожирением алиментарно-конституционального характера, артериальной гипертензией и кожными изменениями. Кроме того, отмечаются избыточная сальность кожи, угри, нарушения углеводного обмена, повышенная утомляемость, электролитные сдвиги. Артериальное давление чаще всего не выходит за рамки верхних уровней пограничной артериальной гипертензии.