

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ МАСКА ФЕОХРОМОЦИТОМЫ

И.В. Шкодкин,¹ С.И. Ягашкина,¹ Е.В. Угольников,² Е.С. Калинина,² А.О. Самойлов¹

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ,

г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

²ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница»

г. Санкт-Петербург, Выборгский район, пр. Луначарского, 45-49,

E-mail: Yagashkina@mail.ru Контактный телефон: 812 670 18 88

Резюме. В статье представлен клинический случай диагностики феохромоцитомы, проявляющийся преимущественно гастроэнтерологическими симптомами на фоне длительной артериальной гипертензии. Отражены основные результаты диагностического поиска феохромоцитомы, лечение острого инфаркта миокарда консервативное и хирургическое.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, феохромоцитома, гастроэнтерологический синдром, лечение консервативное и хирургическое.

GASTROENTEROLOGICAL MASK PHEOCHROMOCYTOMA

I.V. Shkodkin,¹ S.I. Yagashkina,¹ E.V. Ugolnikov,² E.S. Kalinin,² A.O. Samoylov¹

¹*S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia*

²*Leningrad Regional Clinical Hospital, Saint Petersburg, Russia*

Abstract. The article presents a clinical case of diagnosis of pheochromocytoma, manifested mainly by gastroenterological symptoms against the background of prolonged arterial hypertension. The main results of the diagnostic search for pheochromocytoma, conservative and surgical treatment are reflected.

Key words: arterial hypertension, pheochromocytoma, gastroenterological syndrome, conservative and surgical treatment.

Феохромоцитома (ФХЦ) - опухоль из клеток хромаффинной ткани, секретирующая избыточное количество катехоламинов и других биологически активных веществ [1,2]. Клиническая картина обусловлена чрезмерной продукцией катехоламинов, а многообразие симптомов при ФХЦ указывает на нарушения функций большинства органов и систем [3,5,6,7]. Выделяют следующие основные клинические синдромы, свойственные опухоли мозгового вещества надпочечников: гипертонический симптомокомплекс, нервно-психический, нейро-вегетативный, эндокриннообменный, желудочно-кишечный, гематологический, а также симптомокомплекс объемного образования в области надпочечника. Гастроэнтерологическая форма ФХЦ встречается редко. Постоянный болевой синдром разной интенсивности в брюшной полости независимо от уровня артериального давления (АД), тошнота, потеря массы тела при ФХЦ наблюдается значительно реже, чем симптомы поражения сердечно-сосудистой, нервной и других систем организма. В связи с этим представляем клиническое наблюдение, в котором у пациентки, длительно страдающей повышением артериального давления ФХЦ протекала с симптомокомплексом, "симулировавшим" заболевание органов желудочно-кишечного тракта.

Больная П., 61 года, при поступлении в Ленинградскую областную клиническую больницу (ЛОКБ) предъявляла жалобы на повышение АД, постепенное снижение массы тела на 10 кг в течение последних двух лет. Обследовалась по месту жительства в центральной районной больнице (ЦРБ). Повышение АД от 150 -160/90 мм.рт.ст. с до 190/100 мм.рт.ст., отмечает с 55 лет, в течение последнего года снизился эффект гипотензивных препаратов, в последние два месяца выявлены эпизоды увеличения

систолического АД до 230 мм.рт.ст. Во время гипертонического криза, сопровождавшегося тошнотой, рвотой, болями в животе госпитализирована в стационар. После обследования и лечения (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, амлодипин, β -блокаторы), быстрого достижения целевых уровней АД (120/80 мм рт. ст.) и появления тенденции к артериальной гипотонии выписана с диагнозом: гипертоническая болезнь II ст. (АГ 3 ст, риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО) 3).

За 8 месяцев до госпитализации в ЛОКБ появились частые интенсивные боли в проекции хвоста поджелудочной железы, снижение аппетита, неустойчивый стул при нормальном уровне АД, продолжалось снижение массы тела, что явилось основанием для госпитализации в хирургическое отделение ЦРБ с диагнозом «острый панкреатит».

В ходе стационарного лечения была выполнена ректосигмоидоскопия (осмотр на 35 см): на расстоянии от 22 до 28 см выявлен циркулярный сегмент отечной гиперемированной слизистой толстой кишки с плоскими эрозиями и микроабсцессами. Гистологическое исследование биоптата: участок кишки обычного строения, очаговая дисплазия, детрит и грануляционная ткань. Выписана с диагнозом «воспалительное заболевание кишечника с поражением ректо-сигмоидного отдела».

После выписки продолжали беспокоить упорные боли в животе. При повторном обращении в ЦРБ ей была выполнена компьютерная томография органов брюшной полости и выявлено образование левого надпочечника размерами 4,9 x 5,2 см. Принято решение о плановой госпитализации в ЛОКБ на гастроэнтерологическое отделение. В отделении у пациентки вновь появились эпизоды повышения АД до 220/100 мм.рт.ст., сопровождавшиеся выраженной головной болью, сменяющиеся гипотонией до уровня 90/60 мм рт.ст. В связи с объемным образованием надпочечника консультирована эндокринологом, назначено исследование содержания гормонов надпочечников в крови: метанефрин 71,00 пг/мл (норма 0,00-65,00 пг/мл), норметанефрин 3495 пг/мл (норма 0,00-196,00 пг/мл), ренин 91,50 пг/мл (норма 3,54-47,85 пг/мл), дегидроэпиандростерона сульфат 25,6 нг/мл (норма 35,0-430,0 нг/мл), альдостерон 7,3 пг/мл (норма 0-199,0 пг/мл), адренокортикотропный гормон 26,5 пг/мл (норма 0-46 пг/мл). Кортизол (проба с 1 мг дексаметазона) – 238,9 нмоль/л.

Установлен диагноз: феохромоцитома левого надпочечника. Артериальная гипертензия 3 ст., риск ССО – 4. Язвенный колит вне обострения с поражением ректо-сигмоидного отдела толстой кишки.

Проведена предоперационная подготовка доксазозином. Во время операции удалена опухоль левого надпочечника размерами 6×5 × 4 см с солидно-жидкостным содержимым.

При гистологическом исследовании в препаратах фрагменты ткани надпочечника с четко инкапсулированным образованием, представленным гнездами опухолевых клеток с умеренным клеточно-ядерным полиморфизмом, с умеренной митотической активностью, разделенными тонкими прослойками соединительной ткани, с очаговыми кровоизлияниями. Зон некроза, лимфоваскулярной и периневральной инвазии, а также инвазии в капсулу не определяется. Для верификации опухоли проведено иммуногистохимическое типирование. Данные исследования опухолевых клеток: Synaptophysin, Chromogranin, Vimentin- позитивны. S-100, Melan A, Desmin, Ingibin, MCK, CD34- негативны. Индекс пролиферативной активности Ki67 2-3%.

Заключение: морфологическая картина, учитывая представленный иммунофенотип, соответствует феохромоцитоме левого надпочечника.

В послеоперационном периоде состояние больной значительно улучшилось, боли в животе не беспокоили, цифры АД стабилизированы на уровне 120-130/80 мм рт. ст. В удовлетворительном состоянии на десятые сутки выписана под наблюдение терапевта и эндокринолога по месту жительства.

В настоящем наблюдении представлена больная феохромоцитомой с преобладанием гастроэнтерологической симптоматики в клиническом течении заболевания: болями в животе, тошнотой, потерей массы тела, запорами, воспалительными изменениями в толстой кишке, выявленными при эндоскопии. Наряду с этими симптомами наблюдалась артериальная гипертензия, перемежающаяся с эпизодами гипотонии, а при компьютерной томографии выявлено крупное объемное образование левого надпочечника, что заставило заподозрить ФХЦ.

Патогенез гастроэнтерологических нарушений у пациентки, вероятно, объясняется гипотонией стенок кишки (α_2 , β_2 -адренергические воздействия), спастическим сокращением сфинктеров (α_1 -адренергия), вследствие чего развивались боли в животе, тошнота, рвота, запоры. Болевой синдром также мог поддерживаться сдавлением окружающих тканей крупной опухолью. Нельзя исключить роль спазма сосудов брюшной полости под влиянием избытка норадреналина. Такие эффекты гиперкатехоламинемии, возможно, сформировали условия для развития колита [2,4,5].

Литература

1. Феохромоцитома /Бельцевич Д.Г. [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2010.- №1 (65). – С .63-71.
2. Эндокринология : Руководство для врачей : в 2 т. / под ред. С. Б. Шустова. — СПб. СпецЛит, — 2011. — Т. 1: Заболевания гипофиза, щитовидной железы и надпочечников. — 400 с.
3. Дифференциальная диагностика инциденталом надпочечников/Д.Г. Бельцевич, [и др] // Проблемы эндокринологии. —2011. — №6. — С. 3-8.
4. Функциональная и топическая диагностика в эндокринологии. /С.Б. Шустов [и др.]. . —Москва. — 2011. — С. 216-234
5. Феохромоцитома / И.И. Дедов [и др.]. — М., 2005. — 217 с.
6. Феохромоцитома / параганглиома: клинико-генетические аспекты /Юкина М.Ю [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2013. – Т. 59. – №3 – С. 19-26.
7. Катехоламин-индуцированная кардиомиопатия у больных феохромоцитомой /Бельцевич Д.Г. [и др.]. // Эндокринная хирургия. — 2013. — №1. — С. 16-26.