

Клиническая задача для самоконтроля

Пациент 44 лет обратился с жалобами на мышечную слабость и судороги в мышцах

Л.И. Дворецкий

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия
dvoretski@mail.ru

Для цитирования: Дворецкий Л.И. Клиническая задача для самоконтроля. Пациент 44 лет обратился с жалобами на мышечную слабость и судороги в мышцах. Клинический разбор в общей медицине. 2022; 4: 73–74. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00155

Clinical case for self-monitoring

Patient aged 44 presented with complaints of muscle weakness and muscle cramps

Leonid I. Dvoretzky

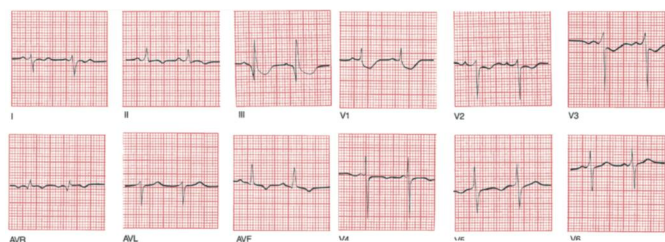
Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia
dvoretski@mail.ru

For citation: Dvoretzky L.I. Clinical case for self-monitoring. Clinical case for self-assessment. Patient aged 44 presented with complaints of muscle weakness and muscle cramps. Clinical review for general practice. 2022; 4: 73–74. DOI: 10.47407/kr2022.3.4.00155

Больной 44 лет обратился с жалобами на появившуюся за последние несколько месяцев мышечную слабость (невозможность удерживать тяжелые предметы, трудности выполнения каких-то действий на вытянутых руках), судороги в мышцах. В течение нескольких лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой назначались гипотензивные препараты (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов). Артериальное давление (АД) плохо контролировалось (170/100–160/90 мм рт. ст.). Последние 6 мес назначен препарат Ирузид (лизиноприл 20 мг + гипотиазид 25 мг).

Объективно: состояние удовлетворительное. Частота сердечных сокращений – 72/мин, АД – 160/100 мм рт. ст.,

ЭКГ больного 44 лет
ECG of the 44-year-old patient



одинаковое на обеих руках. Тоны сердца ритмичные, шумов в сердце и на крупных сосудах не прослушивается. В легких везикулярное дыхание без хрипов. Живот без особенностей. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Проведена электрокардиография – ЭКГ (см. рисунок).

Общий анализ крови без отклонений от нормы. Биохимический анализ: общий белок – 7,5 г/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, мочевины – 8 ммоль/л, креатинин – 88 ммоль/л, мочевая кислота – 450 ммоль/л, натрий – 160 ммоль/л, калий – 2,7 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность – 1023, белок – 0,15 г/л, лейкоциты – 2–3 в поле зрения.

Какая рекомендация относительно дальнейшей тактики ведения больного наиболее правильна?

- Ангиография почечных артерий.
- Исследование содержания ренина в крови.
- Исследование содержания кортизола в крови.
- Исследование содержания альдостерона в крови.
- Исследование содержания альдостерона и ренина в крови.

Верный ответ на стр. 74.

Ответ на клиническую задачу «Пациент 44 лет обратился с жалобами на мышечную слабость и судороги в мышцах»

Correct answer on clinical case «Patient aged 44 presented with complaints of muscle weakness and muscle cramps»

Верный ответ: Д. Исследование содержания альдостерона и ренина в крови.

Обсуждение

Наличие у больного артериальной гипертензии (АГ), резистентной к гипотензивной терапии при условии адекватного лечения и комплаентности пациента требует исключения симптоматической АГ (нефрогенной, эндокринной, вазоренальной и др.). Отсутствие анамнестических указаний на заболевание почек и изменений в анализе мочи позволяет исключить нефрогенную природу АГ. Обращает внимание наличие у пациента мышечной слабости, признаков гипокалиемии на ЭКГ (корытообразное снижение интервала ST), подтвержденной данными лабораторного исследования (содержание калия в крови – 2,7 ммоль/л). Не исключено, что назначение препарата, содержащего гипотиазид, могло усугубить гипокалиемию, несмотря на незначительную дозу гипотиазида в препарате Ирузид. Сочетание резистентной к лечению АГ с признаками гипокалиемии требует в первую очередь исключить наличие первичного гиперальдостеронизма (ПГА) как причины АГ.

ПГА был впервые описан у больного АГ американским эндокринологом Джеромом Конном в 1955 г. [1] и упоминается в литературе как синдром Конна. ПГА занимает основное место среди «эндокринных АГ», наблюдается у 5–10% пациентов с АГ и у 17–23% пациентов с резистентной АГ (устойчивой к трем антигипертензивным препаратам) [2]. Основной причиной ПГА является гиперпродукция альдостерона, наиболее часто при аденоме коры надпочечников. Выделяют следующие формы ПГА [2]:

1. Альдостеронпродуцирующая аденома (синдром Кона).

2. Идиопатический гиперальдостеронизм (при отсутствии аденомы).
3. Односторонняя гиперплазия надпочечника.
4. Наследственно обусловленный ПГА (семейный ПГА трех типов).
5. Синдром эктопической продукции альдостерона: при вненадпочечниковой локализации альдостеронпродуцирующих опухолей (рак щитовидной железы, опухоли яичников, кишечника и др.).
6. Альдостеронпродуцирующая карцинома.

При диагностике ПГА необходимо иметь в виду, что гипокалиемия наблюдается не у всех больных и регистрируется только в 9–37% случаев. Однако выявление гипокалиемии у больных АГ, особенно резистентной к лечению и при исключении других причин снижения содержания калия, необходимо в первую очередь исключить ПГА. Для лабораторного подтверждения ПГА необходимо исследование содержания альдостерона, ренина и определение соотношения альдостерон/ренин (АРС). Однако при определении АРС отмечается большое количество ложноположительных результатов. В связи с этим предложено упростить алгоритм диагностического поиска ПГА, используя в качестве первичного теста абсолютные величины альдостерона и ренина с пороговыми значениями для каждого из них. При этом рекомендовано ориентироваться именно на пороговые значения для альдостерона и ренина, а не на референсные интервалы [2]. В случае подтверждения ПГА необходимо проведение компьютерной томографии с целью выявления опухоли надпочечников, а при отсутствии данных, подтверждающих опухоль, – дальнейший диагностический поиск с целью уточнения причины ПГА (идиопатический ПГА, наследственный и др.).

Литература / References

1. Conn JW, Louis LH. Primary aldosteronism: a new clinical entity. *Trans Assoc Am Physicians.* 1955;68:215-31
2. Мельниченко Г.А., Платонова Н.М., Бельцевич Д.Г. и др. Первичный гиперальдостеронизм: диагностика и лечение. Новый взгляд на проблему. По материалам Проекта клинических рекомендаций Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению первичного гиперальдостеронизма. *Consilium Medicum.* 2017; 19 (4): 75.

[Mel'nichenko G.A., Platonova N.M., Bel'tsevich D.G. et al. Pervichnyi giperaldosteronizm: diagnostika i lechenie. Novyi vzgliad na problemu. Po materialam Proekta klinicheskikh rekomendatsii Rossiiskoi assotsiatsii endokrinologov po diagnostike i lecheniiu pervichnogo giperaldosteronizma. *Consilium Medicum.* 2017; 19 (4): 75 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Дворецкий Леонид Иванович – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Leonid I. Dvoretzky – D. Sci. (Med.), Full Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Статья поступила в редакцию / The article received: 27.05.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 09.06.2022