

Избыточное накопление жидкости у пациентки, хронически злоупотребляющей слабительным: «псевдоидиопатические» отеки**

Зеев Корзетс, Галит Хасдан, Эдуардо Поджарны, Жак Бернхейм
Отдел нефрологии, Госпиталь Меир, Медицинский центр Сапир Кфар-Саба, Медицинская школа Саклер, Тель-Авивский университет, Израиль

Excessive fluid gain in a chronic laxative abuser: «pseudo-idiopathic» oedema

Ze'ev Korzets, Galit Hasdan, Eduardo Podjarni, Jacques Bernheim

Описание случая

Женщина 43 лет, белой расы, работающая медрегистратором, поступила в клинику и на основании обычного лабораторного исследования (табл. 1) была расценена как больная с острой почечной недостаточностью. Ранее у нее были диагностированы нарушения личности тревожно-мнительного характера. Она хронически в течение 30 лет злоупотребляла слабительными препаратами (более 20 таблеток в день). Следует отметить, что в течение нескольких лет у нее был диагностирован документированный остеопороз, по поводу которого она получала терапию препаратом Фосамакс. Ее рост составлял 160 см, вес 55 кг. При поступлении отмечена одышка, гипотония – АД 85/62 мм рт. ст. и выраженное снижение тургора кожи. Внутривенное введение солевых растворов привело к улучшению функции почек (мочевина и креатинин снизились до 54 и 1 мг/дл соответственно; см. табл. 1). Пациентке были срочно отменены все слабительные и мочегонные препараты. Через неделю она поступила повторно с жалобами на ощущение «раздутости», отеки конечностей и затрудненное дыхание. За неделю она прибавила в весе не менее 13 кг. Отеки распространялись от голеней («ямка» 4+) до передней поверхности живота. Отмечались признаки накопления выпота в плевральной полости справа. При аускультации в легких

выслушивались хрипы с обеих сторон. Рентгенологическое исследование грудной клетки подтвердило наличие жидкости в плевральной полости и застой в легких. Данные лабораторного исследования показаны в табл. 1.

Был назначен внутривенно фуросемид, однако гипергидратация уходила медленно из-за того, что пациентка не соблюдала ограничения приема жидкости и бессолевую диету. В настоящее время спустя месяц после выписки она по-прежнему злоупотребляет слабительными и мочегонными.

Вопросы

Что вызвало избыточное накопление жидкости у этой пациентки?

Какие лабораторные данные могли бы обосновать этот диагноз?

Ответы на вопросы

Данная пациентка, хронически злоупотреблявшая слабительными, первоначально расцененная как больная с ОПН вследствие гиповолемии. После быстрой регидратации и резкой отмены слабительных появились значительные нарастающие отеки вплоть до отека легких. Такое состояние было названо «псевдоидиопатическим» отеком [1]. Это состояние было в основном описано после отмены мочегонных, но в редких случаях оно возникает после отмены слабительных. Механизм его возникновения состоит в длительной стимуляции ренин-ангиотензиновой системы, что ведет к постоянно существующему самоподдерживающемуся гиперренинемическому гиперальдостеронизму. Meyers и др. [1] провели биопсию почек двум из 9 пациентов, при которой была обнаружена значительная гиперплазия клеток юкстагломерулярного аппарата так же, как и наличие пролиферации клеток медуллярного интерстиция. Повторная биопсия через год, в течение

Таблица 1

Результаты лабораторного исследования при поступлении

Креатинин	мг/дл	7,8
Мочевина	мг/дл	30,4
Альбумин	г/дл	3,2
С-реактивный белок	мг/дл	9,3
Холестерин	мг/дл	106
ЛПНП-холестерин	мг/дл	44
Лейкоциты	шт./ммкл	7500
Иммуноглобулин-А	мг/дл	1,14

* Редактор раздела МГ. Зейер. Поддержано образовательным грантом AMGEN.

** Печатается с разрешения Oxford University Press (Nephrology Dialysis Transplantation 2002; 17: 161–162), перевод с английского И.В. Островской.

которого больной не употреблял диуретики, по-прежнему выявила вышеописанные черты, хотя и менее выраженные, чем при первой биопсии. Таким образом, полная инволюция этих гиперплазированных клеток даже после прекращения их постоянной стимуляции может потребовать длительного времени.

Измерение активности ренина плазмы (АРП) и альдостерона (АП) плазмы может помочь в диагностике таких состояний. У нашей пациентки АРП в покое составлял 3,2 нг/мл в час (при норме от 0,2 до 2,8 нг/мл) и АП 256 пг/мл (при норме от 10 до 160 пг/мл). MacGregor и соавторы [2] показали, что до отмены препаратов (в их случае диуретиков) прибавка веса тела прямо связана с АРП. Следует подчеркнуть, что во время фазы отека самым важным является терпение со стороны пациента и врача. Как это видно и в нашем случае, обычный сценарий состоит в том, что пациенты возвращаются к привычному приему диуретиков или слабительных.

Следовательно, регидратация у таких пациентов должна быть постепенной и сопровождаться тщательным мониторингом с особенным вниманием к электролитным расстройством. Удивительно, но уровни калия, кальция, магния и фосфата оставались у нашей пациентки в пределах нормы. Однако она страдала от выраженного остеопороза. Хроническое злоупотребление слабительными и мочегонными может привести

к различным нарушениям со стороны костной ткани. Длительный дефицит магния приводит к гипопаратиреозу и последующему нарушению синтеза 1,25-дигидроксиколе-кальциферола. Сочетание этих факторов на протяжении достаточно длительного времени, очевидно, приводит к остеомалиции. Простагландин E_2 , повышенный у этих пациентов, индуцирует развитие псевдосиндрома Барттера, при котором, как известно, происходит резорбция костной ткани. Четверо из девяти пациентов в исследовании Meyers и др. [1] имели распространенный остеопороз.

В заключение следует сказать, что диагноз псевдо-идиопатического отека часто не приходит в голову. Наша пациентка, например, была подвергнута двукратному обследованию нижней полой вены и подвздошных вен в связи с подозрением на их окклюзию, прежде чем был поставлен истинный диагноз.

Литература

1. Meyers AM, Feldman C, Sonnekus MI et al. Chronic laxative abuse with pseudo-idiopathic oedema and autonomous pseudo-Bartter's syndrome. S Afr Med J 1990; 78: 631–636.
2. MacGregor GA, Markandu ND, Roulston JE, Jones JC, de Wardener HE. Is «idiopathic» oedema idiopathic? Lancet 1979; 1 (8113): 397–400.

Прогрессирующая анорексия и хронический асцит после прекращения лечения перитонеальным диализом (ПАПД)*

Кай Лопан, Кристоф Ваннер
Отдел медицины, отделение нефрологии,
Университетский госпиталь Вюрцбурга, Германия

Progressive anorexia and chronic ascites after termination of CAPD

Kai Lopau, Christoph Wanner

Описание случая

В июне 2000 г. в нашу клинику переведен 36-летний мужчина, находящийся на хроническом гемодиализе, в связи с прогрессирующей потерей веса на 7 кг за 7 месяцев (индекс массы тела снизился с 19,5 до 17), с болями в животе и потерей аппетита, приведшей к кахексии. При пальпации была отмечена болезненность и напряжение брюшной стенки во всех квадрантах, при аускультации – нормальные кишечные шумы. Обзорная рентгенограмма брюшной полости (рис. 1) выявила уровни жидкости и газа в тонком кишечнике, заставившие

предположить функциональную или обструктивную кишечную непроходимость. Кроме того, пациент жаловался на выраженные боли в суставах – тазобедренных, коленных и голеностопных, появившиеся за два дня до госпитализации. Одновременно появились макуло-папулярные высыпания на обеих нижних конечностях. Результаты лабораторного исследования при поступлении показаны в табл. 1.

В 1991 г. у больного была диагностирована терминальная хроническая почечная недостаточность в исходе нефропатии неясного генеза. После четырех месяцев лечения ПАПД больному была произведена аллотрансплантация почки. Трансплантат

* Редактор раздела МГ. Зейер. Поддержано образовательным грантом от AMGEN. Печатается с разрешения Oxford University Press (Nephrology Dialysis Transplantation 2002; 17: 163–165), перевод с английского И.В. Островской.