

**Гипергидропексический синдром (синдром Пархона)** — заболевание, обусловленное избыточной секрецией вазопрессина.

**Этиология и патогенез.** Встречаются два вида гиперсекреции вазопрессина. Первый из них, адекватный, является ответом на известный осмотический стимул с развитием гипотоничности сред организма. Подобный вариант может быть вызван выраженной психогенной полидипсией, гипотонией и гиповолемией, почечно-печеночными нарушениями, сердечнососудистой недостаточностью. Второй вид гиперсекреции вазопрессина, неадекватный, может быть вызван эктопической опухолевой продукцией вазопрессина (бронхогенный рак, рак поджелудочной железы, рак предстательной железы), патологией центральной нервной системы (травма, нейроинфекция, кровоизлияние с вовлечением в процесс супраоптических и паравен-трикулярных ядер гипоталамуса), эндокринной патологией (гипотироз, гипокортицизм, гипопитуитаризм) и ятрогенными влияниями (вазопрессин, окситоцин, тегретол, никотин, гипотиазид, хлорпропамид).

Патогенез может быть различным в зависимости от причины, вызвавшей избыточную секрецию вазопрессина. Независимо от особенностей пускового механизма избыток вазопрессина приводит к усилению реабсорбции осмотически свободной воды канальцами почек и задержке жидкости в организме. Нарушения водного баланса вызывают избыточную продукцию альдостерона, что, в свою очередь, приводит к электролитным нарушениям.

**Клиническая картина.** Чаще болеют женщины, у которых появляется олигурия, периодически сменяющаяся полиурией. Задержка жидкости в организме сопровождается утомляемостью, головными болями, бессонницей, периодически появляющимися отеками. Указанные явления резко усиливаются после водных нагрузок, поэтому больные самостоятельно ограничивают потребление жидкости. Прием жидкости сопровождается прибавкой веса, появлением отеков, сонливостью, апатией, анорексией, тошнотой, могут быть спазмы периферической мускулатуры, псевдобульбарные параличи (вследствие отека мозга). Особенности клинического течения обусловлены этиологическими факторами гипергидропексического синдрома.

**Диагноз и дифференциальный диагноз.** Основные диагностические критерии:

Добавил(а) Wobe  
30.11.10 19:30

---

1. Олигурия (200—600 мл/сут) с высокой относительной плотностью мочи (1030 и более).
2. Гипонатриемия.
3. Снижение осмолярности плазмы ниже 250 мосм/л.
4. Содержание вазопрессина в положении клиностаза более 4,0 нг/л.
5. Уровень альдостерона — более 300 ммоль/л.

Дифференциальная диагностика проводится с гиперальдостеронизмом, гипотиреозом, синдромом идиопатических отеков.

Лечение. Обязательным является ограничение жидкости. В рацион включаются продукты, богатые солями калия. Из медикаментозных средств применяются препараты калия (калия хлорид, панангин). Эффективны блокаторы альдостерона (верошпирон). Периодически рекомендуются мочегонные средства нетиазидного ряда. При появлении признаков отека мозга показано капельное внутривенное введение маннитола, гипертонического раствора хлорида натрия.

С учетом этиологии гипергидропексического синдрома проводится этиотропное лечение (противовоспалительное, удаление опухоли и т. д.).