

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150167](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150167)

ЭНДОГЕННЫЙ ГИПЕРКОРТИЦИЗМ И ОЖИРЕНИЕ

Э.В. Жмуренко¹, С.П. Меренкова²

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр

²КУ «Областная клиническая больница им. Мечникова»

Введение. Ожирение – одно из самых распространенных метаболических заболеваний, которое является симптомом множества патологий, таких как гипотиреоз, гипогонадизм, синдром гиперинсулинизма, синдром поликистозных яичников, дефицит гормона роста, псевдогипопаратиреоз и эндогенный гиперкортицизм [1]. Эндогенный гиперкортицизм (АКТГ-независимый) у ряда больных может проявляться синдромом Кушинга либо иметь субклиническое течение [2]. Диагностика субклинической гиперкортизолемии остается актуальной проблемой, так как под маской трудно коррегируемой артериальной гипертензии, признаков гипергликемии и ожирения пациенты обречены на несвоевременное получение квалифицированной помощи и развитие осложнений со стороны всех органов и систем [3].

Цель: оценить особенности клинического течения у пациентов с кортикостеромами.

Материалы и методы. С 2011 в КУ «ОКБМ» были обследованы и прооперированы 113 пациентов с доброкачественными новообразованиями надпочечников, из них пациентов с кортикостеромами было 13 (11,7%). Больным с кортикостеромами выполняли тотальные (у 5 (38,5%)) и субтотальные (у 8 (61,5%)) адреналэктомии. Средний возраст пациентов составил 50,5±1,3 года, женщин было 92 (81,4%), мужчин - 21 (18,6%).

Результаты. У больных с кортикостеромами классический синдром Кушинга был диагностирован в 4 случаях (36,4%). У остальных пациентов наблюдалась совокупность синдромов, из которых наиболее часто встречались артериальная гипертензия (61,5%) разной степени выраженности: 1 степени – 3 (23,1%), 2 степени – 5 (38,5%). Тревожно-депрессивный синдром диагностирован у 4 (36,4%) больных, болевой синдром - у 2 (15,4%). Также у 2 (15,4%) пациентов до операции ИМТ составил 28,7±1,2, у 3 (23,1%) – 32,0±2,4.

После проведенного хирургического лечения у

8 (61,5%) больных снизились показатели среднего артериального давления (САД) на 21±2,4 мм рт. ст. У 5 (38,5%) пациентов с гипергликемией до операции отмечалось снижение уровня глюкозы в среднем на 2,9±0,2 ммоль/л. У 3 (23,1%) больных в раннем послеоперационном периоде после субтотальных адреналэктомий возникали явления надпочечниковой недостаточности, которые купировались приемом глюкокортикоидов у 2 (15,4%) из них спустя 6 месяцев после хирургического лечения. У одной пациентки после хирургического лечения исчезли боли в поясничной области. Снизились также показатели ИМТ, в частности в первой группе до 24,5±0,8, во второй – 29,8±1,1.

Выводы:

1. Своевременное хирургическое лечение пациентов с кортикостеромами приводит к снижению цифр артериального давления, гликемии крови, что косвенно свидетельствует о восстановлении обменных процессов в организме пациентов.

2. Выполнение органосберегающих операций сопровождалось более быстрым восстановлением гормонального фона и не требовало постоянного приема заместительной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоненко М. И. Гиперкортицизм без специфических клинических симптомов: этиология, клиника, диагностика: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.01.02 – эндокринология / Антоненко Мария Игоревна; ФГБУ ЭНЦ МЗ РФ. – Москва, 2014. – 24 с.
2. Гиперкортицизм и метаболический синдром: сложности дифференциальной диагностики и лечения / Л.К. Дзеранова, Ю.В. Панкратова, Ж.Е. Белая и др. // Ожирение и метаболизм. – 2012. – №. 2. – С. 57–61.
3. Гиперкортицизм и ожирение / Н.А. Кравчун, Л.Г. Полозова, С.С. Попова, Е.Г. Дорош // Международный эндокринологический журнал. – 2014. – №. 2 (58). – С. 81–84.

Дата надходження до редакції 22.10.2018 р.