

УДК 616.45-006-07

АЛИМУХАМЕДОВА Г.А.

РСНПМЦ эндокринологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Резюме. Целью исследования явилось изучение клинических особенностей случайно выявленных образований надпочечников. Проанализированы 98 клинических наблюдений больных со случайно выявленными образованиями надпочечников, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении и наблюдении в клинике РСНПМЦ эндокринологии МЗ РУз. Среди них 51 % составили мужчины и 49 % — женщины. Общеклиническое обследование включало в себя: тщательный сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни; оценку соматического и эндокринного статусов; полный клинический осмотр с измерением АД и определением индекса массы тела; общий анализ крови и мочи. Кроме того, всем пациентам проводили биохимический анализ крови с определением сывороточного уровня калия, натрия, хлора, липидного спектра, гликемии натощак и в ходе орального глюкозотолерантного теста, креатинина и мочевины; гормональные исследования крови, в т.ч. исследования концентрации альдостерона плазмы и активности ренина плазмы в горизонтальном положении, адренокортикотропного гормона, кортизола крови, а также определяли суточную экскрецию катехоламинов с мочой. Для топической диагностики использовали УЗИ, КТ надпочечников. Установлено, что образования надпочечников выявляются случайно: в 37,8 % — в результате поиска причин артериальной гипертензии, в 23,5 % — ожирения и дисфункции гипоталамуса, в 14,2 % — при патологии органов брюшной полости, в 12,2 % — в случае неспецифических жалоб, в 8,1 % — при исключении патологии надпочечников и в 4 % — при диспансерном наблюдении. Клинически они характеризуются неспецифическими проявлениями с преобладанием артериальной гипертензии (76,5 %), которая только в 18,4 % случаев связана с поражением надпочечников. Анализ метаболических нарушений также обнаружил клинически значимые отклонения. Из обследованных 98 пациентов у 70 % имели место метаболические нарушения.

Ключевые слова: случайно выявленные образования надпочечников, артериальная гипертензия, метаболические нарушения.

Введение

Многие годы диагностика заболеваний надпочечников считалась одним из самых сложных разделов эндокринной патологии. При этом поиск новообразований надпочечных желез осуществлялся только в случаях развития клинических проявлений заболевания. Неудивительно, что повсеместное внедрение в клиническую практику высокоточных визуализирующих диагностических исследований привело к частому непреднамеренному выявлению образований надпочечников. К настоящему времени опухоли надпочечников стали одними из самых распространенных новообразований у человека. Следует отметить, что для случайно выявленных образований надпочечников характерно отсутствие классических клинических проявлений нарушения функции надпочечников, то есть нет очевидных признаков синдрома Кушинга, феохромоцитомы, гиперальдостеронизма [4, 5]. Подобная находка не должна способствовать формированию у врачей пас-

сивного отношения к больным. Более того, у данной категории больных имеется повышенная распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, к числу которых относится артериальная гипертензия (АГ), нарушения углеводного обмена (НУО), угрожающий профиль липидов и ожирение [8, 10–12]. Среди клинических признаков, отражающих гиперфункцию надпочечников, наибольшее значение имеет АГ, которая встречается у 45–81,8 % больных со случайно выявленными образованиями надпочечников [1, 3, 7, 9, 13, 14]. Эти образования могут сопровождаться абдоминальными симптомами, такими как боль, тошнота, рвота, чувство дискомфорта в пояснице [2, 6]. Вероятно, более половины пациентов со случайно выявленными опухолями надпочечников не требуют оперативного лечения (Ветшев П.С. с со-

© Алимухамедова Г.А., 2014

© «Международный эндокринологический журнал», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

авт., 2004; Young W.F., 2000; Terzolo M. et al., 2002), но они должны находиться под тщательным динамическим наблюдением.

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей случайно выявленных образований надпочечников.

Материалы и методы исследования

В основу настоящего исследования положены клинические наблюдения за 98 больными со случайно выявленными образованиями надпочечников, которые находились на стационарном и амбулаторном лечении и наблюдения в клинике РСНПМЦ эндокринологии МЗ РУз. Среди них 51 % (50 больных) составили мужчины и 49 % (48 больных) — женщины. Общеклиническое обследование включало в себя: тщательный сбор жалоб, анамнеза болезни и жизни; оценку соматического и эндокринного статусов; полный клинический осмотр с измерением АД и определением индекса массы тела (ИМТ) (ИМТ рассчитывали как отношение массы тела в килограммах к росту в квадратных метрах — классификация ВОЗ, 1997 г.); общий анализ крови и мочи. Кроме того, всем пациентам проводили биохимический анализ крови с определением сывороточного уровня калия, натрия, хлора, липидного спектра, гликемии натощак и в ходе орального глюкозотолерантного теста, креатинина и мочевины; гормональные исследования крови, в т.ч. исследования концентрации альдостерона плазмы и активности ренина плазмы в горизонтальном положении, адренкортикотропного гормона, кортизола крови, а также определяли суточную экскрецию катехоламинов с мочой. Для топической диагностики использовали

УЗИ, КТ надпочечников. Также больным выполняли ЭКГ, ультразвуковую доплерографию сосудов почек, офтальмологические исследования (острота зрения, глазное дно). Группу контроля составили 22 больных с АГ без образования надпочечников.

Результаты и обсуждение

Объектом настоящих научных исследований явились 98 больных со случайно выявленными образованиями надпочечников, из которых 51 % (50 больных) составили мужчины и 49 % (48 больных) — женщины. Фактически гендерных различий и в наших случаях, и в целом по обращаемости нет. При этом средний возраст больных составил $36,40 \pm 1,29$ года.

Для изучения возрастных особенностей больных мы распределяли их согласно рабочей классификации регионального Европейского бюро ВОЗ от 1982 г. (табл. 1).

Подобный анализ выявил, что, независимо от пола, преобладающее большинство случаев (75,5 %) приходилось на возраст 16–44 года, т.е. на период активной трудовой деятельности, что, в свою очередь, обуславливает снижение работоспособности. При этом частота случайно выявленных образований у мужчин была достаточно высока в возрастной категории 16–29 лет, тогда как у лиц женского пола возрастала в возрасте 30–44 лет. После 45 лет особых различий по частоте выявления в зависимости от пола не было отмечено.

В целом тенденции к увеличению количества случайно выявленных образований с возрастом в наших наблюдениях не отмечалось (рис. 1).

Таблица 1. Возрастно-половой состав больных со случайно выявленными образованиями надпочечников (ВОЗ, 1982 г.)

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
16–29	25	25,5	12	12,2	37	37,7
30–44	14	14,3	23	23,5	37	37,8
45–59	10	10,2	11	11,2	21	21,4
60–74	1	1	2	2,1	3	3,1
Итого	50	51	48	49	98	100

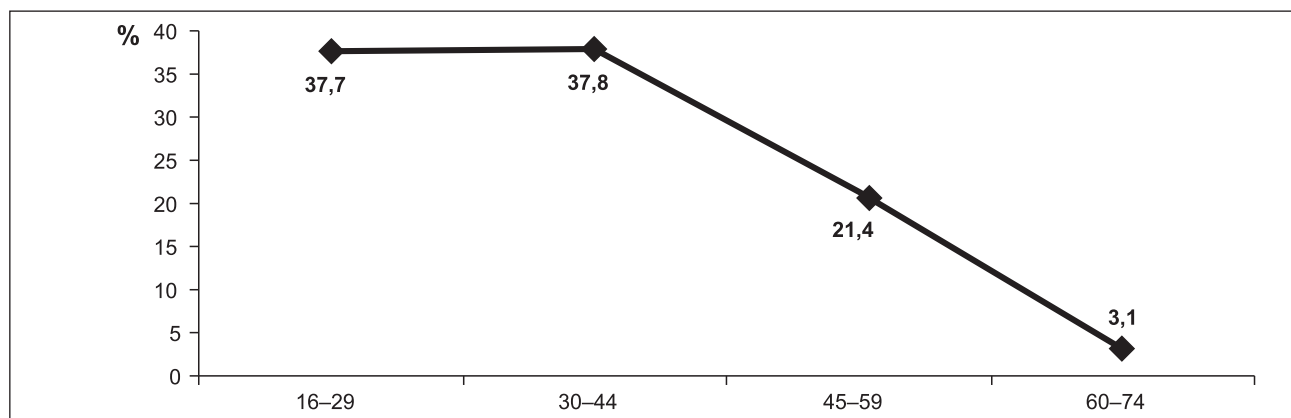


Рисунок 1. Частота случайного выявления образований надпочечников в зависимости от возраста

Что касается половой дифференциации, то у лиц мужского и женского пола образования встречались с одинаковой частотой (51 против 49 % соответственно).

Далее мы анализировали причины, приведшие к случайному выявлению образований надпочечников. Интересным был тот факт, что образования надпочечников выявлены в результате целенаправленного поиска причины АГ у 37,8 % (37 больных), у 23,5 % (23 больных) — по поводу ожирения и дисфункции гипоталамуса, у 12,2 % (12 больных) — при жалобах на боли в поясничной области, слабость, немотивированный подъем температуры и снижение массы тела, у 14,2 % (14 больных) — случайно, при поиске причин патологий со стороны органов брюшной полости, и только лишь у 8,1 % (8 больных) — для исключения патологии надпочечников и, наконец, у 4 % (4 больных) — при диспансерном обследовании. Как показывают результаты исследования (рис. 2), образования надпочечников обнаруживаются при различных патологических состояниях и могут стать дилеммой при выборе тактики ведения больного по тому или иному случаю. Ввиду этого далее мы тщательно анализировали клиническую симптоматику, сопровождавшую образования надпочечников у всех наших пациентов.

Для случайно выявленных образований надпочечников характерно отсутствие классических клинических проявлений нарушения функции надпочечников. Тем не менее при более детальном рас-

спросе и тщательном осмотре можно выявить наличие АГ, уменьшение или увеличение массы тела, эпизоды головных болей, наличие сахарного диабета или другие нарушения углеводного обмена. Так, по результатам нашего исследования, большая часть больных предъявляли те или иные неспецифические жалобы, а 75 (76,5 %) из них имели АГ различной степени выраженности с преобладанием смешанной формы. Из неспецифических жалоб, предъявляемых больными, наиболее частыми были жалобы на головную боль (80,6 %) и увеличение массы тела (59,2 %). Жалобы на сухость во рту предъявляли 26,5 %, на полиурию — 21,4 %, на никтурию — 11,2 %, на слабость — 29,5 % обследуемых. Неспецифические жалобы по клинической картине не позволяют судить о функциональной активности образования. Однако наличие повышенной температуры тела неясного генеза, которая наблюдалась у 2,1 % больных, снижение массы тела (6,1 %), выраженный болевой синдром (7,1 %) позволяли косвенно судить о злокачественном характере образования.

По нашим данным, основанным на анализе 98 наблюдений, лишь у 23 (23,5 %) обследуемых АД было в пределах нормальных категорий: от оптимального до высокого нормального (согласно классификации АД из последних Европейских рекомендаций от 2007 г., подготовленных экспертами Европейского общества по гипертензии и Европейского общества кардиологов. Остальные 75 (76,5 %) больных имели АГ различной степени выраженности. При поступлении в клинику большинство пациентов с образованиями надпочечников предъявляли жалобы на АГ с подъемами АД: систолического — со 150 до 280, диастолического АД (ДАД) — с 90 до 160 мм рт.ст. В среднем уровень САД составил $170,31 \pm 3,87$ мм рт.ст., уровень ДАД — $105,51 \pm 2,20$ мм рт.ст. Длительность АГ в этой группе составила в среднем $4,76 \pm 0,69$ года, что с достоверностью отличалось от контрольной группы ($p < 0,05$) (табл. 2).

Только у 26 (26,5 %) пациентов диагноз симптоматической АГ был установлен в течение года с момента выявления повышенных показателей АД, у 19 (19,4 %) пациентов этот период составил от двух до пяти лет, у 16 (16,4 %) — 5–10 лет, 14 (14,2 %) пациентов свыше 10 лет наблюдались по месту жительства по поводу гипертонической болезни (ГБ)

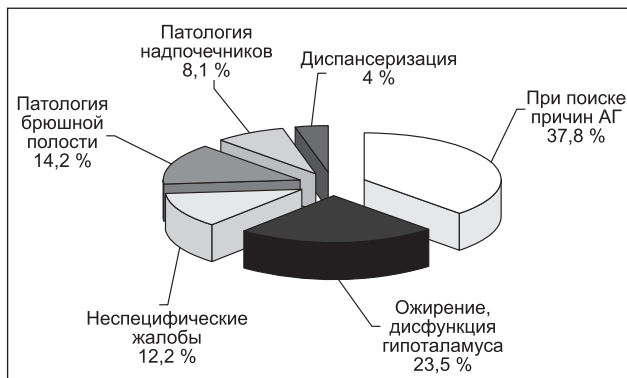


Рисунок 2. Частота выявления образований надпочечников при различных диагностических исследованиях

Таблица 2. Клиническая характеристика больных со случайно выявленными образованиями надпочечников

Показатель	Основная группа, n = 98	Контрольная группа, n = 22
Возраст, годы	$36,40 \pm 1,29$	$38,20 \pm 2,45$
Отягощенная по АГ наследственность, % больных	67	85
Длительность АГ, годы	$4,76 \pm 0,69^*$	$4,52 \pm 0,84$
Среднее САД, мм рт.ст.	$170,31 \pm 3,87$	$156,82 \pm 3,11$
Среднее ДАД, мм рт.ст.	$105,51 \pm 2,20$	$98,64 \pm 2,31$

Примечание: * — $p < 0,05$ при сравнении основной и контрольной групп.

II–III стадии. Нормальные показатели АД при обследовании и в анамнезе имели 23 (23,5 %) человека.

Тщательный анализ жалоб, субъективных и объективных показателей на первом этапе обследования выявил, что манифестация АГ у 9 (12 %) больных приходилась на начало пубертатного периода и сопровождалась нарушением обмена веществ и нейроэндокринными нарушениями (пубертатно-юношеский диспитуитаризм (ПЮД)). Еще у 9 (12 %) пациентов был установлен диагноз вегетососудистой дистонии (ВСД) по гипертоническому типу. Причиной АГ в 15 (20 %) наблюдениях являлись различные заболевания почек. У 7 (9,3 %) больных АГ спровоцировалась острым стрессом, у 5 (6,7 %) женщин развилась на фоне перименопаузального периода. У 17 (22,7 %) больных установлен диагноз ГБ II–III стадии в сочетании с ишемической болезнью сердца. Однако у 13 (17,3 %) больных с АГ течение гипертонии носило упорный характер и трудно поддавалось медикаментозной терапии, что расценивалось нами как синдром АГ (рис. 3).

Среди прочих сопутствующих заболеваний у 14 (14,35 %) пациентов выявлена желчнокаменная болезнь, у 17 (17,4 %) — хронический гепатит, у 2 (2,1 %) — бронхиальная астма, у 5 (5,1 %) — хронический бронхит, у 4 (4,1 %) — аутоиммунный тиреоидит. У 29 (29,5 %) больных диагностирован СД 2-го типа или другие НУО. У 58 (59,2 %) пациентов выявлена избыточная масса тела, причем у 22 (38 %) — ожирение I–III степени. Лишь 11 (11,2 %) пациентов до обнаружения образования в надпочечниках считали себя здоровыми, сопутствующие заболевания у них не выявлены.

Исследования показали, что случайно выявленные образования надпочечников не имеют возрастных и гендерных различий, хотя в литературе приводятся данные об их преобладании в старшей возрастной группе [7]. Подобные заключения, вероятно, связаны не с истинным распространением процесса у пожилых, а с более частым обращением лиц данного возраста для получения медицинской помощи и диагностики.

Более того, случайно выявленные образования чаще обнаруживаются в результате поиска причин АГ (37,8 %), ожирения и дисфункции гипоталамуса (23,5 %), патологии органов брюшной полости (14,2 %), нефрогенных жалоб и немотивированного подъема температуры (12,2 %). Только лишь у 8,1 % они выявляются вследствие целенаправленного исключения патологии надпочечников и у 4 % — диспансерного наблюдения.

Признаки манифестации случайно выявленных образований надпочечников могут быть многообразными, неспецифическими. При этом клинически в 75 % случаях они могут имитировать АГ, хотя генез АГ только у 1/5 (18,4 %) был связан с поражением надпочечников.

Следующим признаком, по которому мы анализировали клинико-параклинические показатели

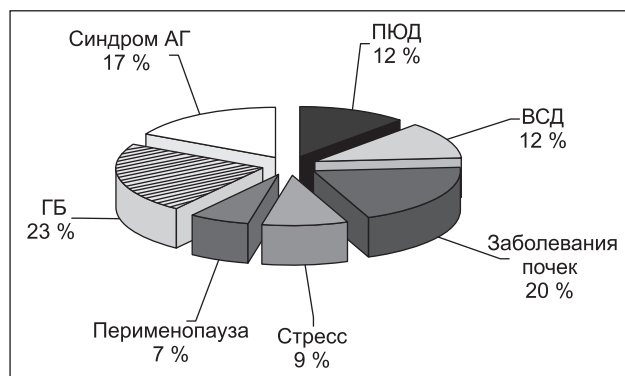


Рисунок 3. Структура АГ у больных с образованиями надпочечников

больных со случайно выявленными образованиями надпочечников, был факт наличия и отсутствия метаболических отклонений. Из 98 обследованных пациентов у 30 (30 %) не было метаболических отклонений, у 68 (70 %) были те или иные компоненты метаболического синдрома. Для выяснения сути и факторов, способствующих развитию метаболических нарушений, мы анализировали характеристику исследуемых клинических, биохимических, гормональных показателей в сравнительном аспекте.

Итак, больные со случайно выявленными образованиями надпочечников без метаболических нарушений находились в возрасте $30,30 \pm 1,83$ года ($p < 0,01$), из них мужчин было 16 (53 %), женщин — 14 (47 %). Среди них больных, страдающих АГ, было 19 (63,3 %), со средней давностью заболевания $2,68 \pm 0,79$ года ($p < 0,001$ по сравнению с контролем). Средние показатели АД составили $166,60 \pm 6,33/106,60 \pm 3,53$ мм рт.ст. ИМТ равнялось $22,7$ кг/м². Средние показатели гормонов не отличались от контроля (рис. 4), хотя у 4 (13,3 %) больных были повышенные уровни кортизола, у 2 (6,67 %) — альдостерона, у 22 (73,33 %) — адреналина, у 17 (56,67 %) — норадреналина и у 6 (20 %) — дофамина. Показатели липидного профиля крови были в пределах нормальных значений и не отличались от контрольной группы. Отклонений в показателях углеводного обмена и, соответственно, патологических состояний, таких как нарушения толерантности к глюкозе, нарушения гликемии натощак и сахарный диабет, не было выявлено.

Группу больных с метаболическим синдромом составили 68 (70 %) пациентов, средний возраст которых равнялся $39,10 \pm 1,58$ года. Частота встречаемости метаболических нарушений была одинаковой как у мужчин, так и у женщин и составила 34. Больных, страдающих АГ, было 56 (82,4 %). Длительность АГ была достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с группой больных без метаболического синдрома и составила $5,68 \pm 0,91$ года. При этом средние уровни САД равнялись $171,90 \pm 4,84$ и ДАД — $105,00 \pm 2,78$ мм рт.ст. Следует отметить, что, хотя средние показатели гормонов не отклонялись от нормальных значений, в ряде случаев имело место изолированное повыше-

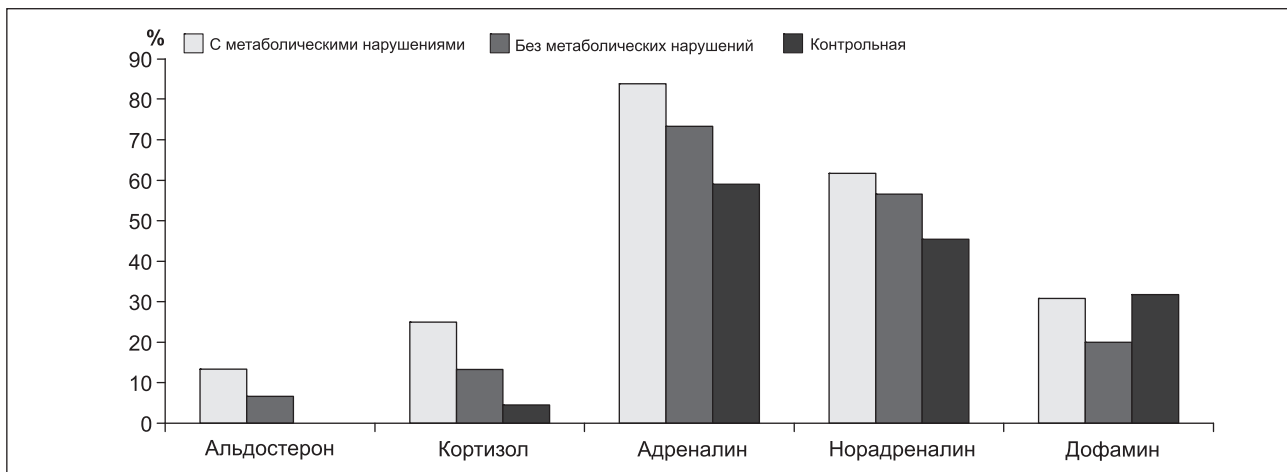


Рисунок 4. Гормональные нарушения в группе больных с метаболическими нарушениями и без них в сравнении с контрольной группой

ние уровня отдельных гормонов. Так, гиперкортизолизм встречался у 1/4 (25 %) больных, гиперальдостеронизм — у 9 (13,34 %) больных, повышение адреналина — у 57 (83,8 %), норадреналина — у 42 (61,7 %), дофамина — у 21 (30,8 %) больного (рис. 4). Более того, все это сочеталось с повышением уровня общего холестерина (ОХ) у 38,2 % (26) больных, триглицеридов — у 35,3 % (24), ЛПНП — у 30,9 % (21) и снижением ЛПВП — у 58,8 % (40) больных. Повышение ИМТ было зафиксировано у 85,3 % (58) больных, в среднем он составил $28,60 \pm 0,43$ кг/м². НУО выявлены у 29 (42,6 %), в том числе нарушения гликемии натощак — у 7 (10,2 %), нарушения толерантности к глюкозе — у 12 (17,6 %) и сахарный диабет — у 10 (14,7 %) пациентов.

Завершая детальный анализ отдельно взятых показателей больных со случайно выявленными образованиями надпочечников, необходимо подчеркнуть, что метаболические нарушения являются одним из важных компонентов клинических проявлений случайно выявленных образований надпочечников, в становлении и развитии которых несомненную роль играют нарушения концентрации ОХ, триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП, повышение ИМТ, возраст, отклонение от нормы уровней адреналина, норадреналина и гликемии, о чем свидетельствовали достоверные изменения данных показателей как по сравнению с группой контроля, так и с группой без метаболических нарушений.

Выводы

1. Образования надпочечников обнаруживаются случайно: в 37,8 % случаев — в результате поиска причин АГ, в 23,5 % — ожирения и дисфункции гипоталамуса, в 14,2 % — при патологии органов брюшной полости, в 12,2 % — неспецифических жалоб, в 8,1 % — при исключении патологии надпочечников и в 4 % — при диспансерном наблюдении.

2. Клинически они характеризуются неспецифическими проявлениями с преобладанием АГ — 76,5 %, которая только в 18,4 % случаев связана с поражением надпочечников; при сочетании случайно выявленно-

го образования надпочечников и артериальной гипертензии пациенты нуждаются в углубленном комплексном обследовании и тщательном динамическом наблюдении.

3. Анализ метаболических нарушений также обнаружил клинически значимые отклонения. Из обследованных 98 пациентов 68 (70 %) имели метаболические нарушения.

Список литературы

1. Ветшев П.С., Ипполитов Л.И., Коваленко Е.И. Оценка методов диагностики новообразований надпочечников // Хирургия. — 2002. — № 1. — С. 62-67.
2. Довганюк В.С. Гормонально-неактивные опухоли надпочечников (Диагностика и лечение): Дис... канд. мед. наук. — СПб., 1996. — 160 с.
3. Калинин А.П., Белошицкий М.Е., Богатырев О.П. и др. Инциденталомы надпочечников // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Рязань, 2005. — С. 155-159.
4. Кузнецов Н.С., Бельченко Л.В., Юшков П.В. и др. Проблемы диагностики инциденталом надпочечников // Проблемы эндокринологии. — 2003. — Т. 49, № 1. — С. 26-31.
5. Майстренко Н.А., Довганюк В.С., Фомин Н.Ф., Ромащенко П.Н. Гормонально-неактивные опухоли надпочечников. — СПб., 2001. — 171 с.
6. Цуркан А.Ю., Пархисенко Ю.А., Струкова О.Н. и др. Клинико-анатомические и лечебные аспекты инциденталом надпочечников // Современные аспекты хирургической эндокринологии. — Рязань, 2005. — С. 347-351.
7. Aron D.C. The adrenal incidentaloma: disease of modern technology and public health problem // Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders — 2001. — Vol. 2. — P. 335-342.
8. Barzon L., Fallo F., Sonino N. et al. Development of overt Cushing's syndrome in patients with adrenal incidentaloma // Eur. J. Endocrinol. — 2002. — Vol. 146. — P. 61-66.
9. Garrett W. Colby, Kevin P. Banks, Ernesto Torres. Teaching File: Incidental Adrenal Mass and Hypertension // AJR. — 2006. — Vol. 187. — P. 470-472.
10. Pivonello R. et al. The metabolic syndrome and cardiovascular risk in Cushing's syndrome // Endocr. Metabol. Clin. North Am. — 2005. — Vol. 34. — P. 327-339.

11. Rossi R., Tauchmanova L., Luciano A. et al. Subclinical Cushing's syndrome in patients with adrenal incidentaloma: clinical and biochemical features // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2000. — Vol. 85, № 4. — P. 1440-1448.

12. Tauchmanova L., Rossi R., Biondi B. et al. Patients with subclinical Cushing's syndrome due to adrenal adenoma have increased cardiovascular risk // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2002. — Vol. 87. — P. 4872-4878.

13. Terzolo M., Pia A., Ali A. et al. Adrenal incidentaloma: a new cause of the metabolic syndrome? // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2002. — Vol. 87. — P. 998-1003.

14. Young W.F. Jr. Adrenal-dependent hypertension // *Probl. Gen. Surg.* — 2003. — Vol. 20. — P. 68-80.

Получено 24.02.14 □

Алімухамедова Г.А.
РСПМЦ ендокринології МОЗ РУз, м. Ташкент, Узбекистан

Alimukhamedova G.A.
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre of Endocrinology of Ministry of Healthcare of Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВИПАДКОВО ВІЯВЛЕНИХ УТВОРЕНЬ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ

Резюме. Метою дослідження є вивчення клінічних особливостей випадково виявлених утворень надниркових залоз. Проаналізовані 98 клінічних спостережень хворих із випадково виявленими утвореннями надниркових залоз, що перебували на стаціонарному й амбулаторному лікуванні й спостереженні в клініці РСПМЦ ендокринології МОЗ РУз. Серед них 51 % склали чоловіки й 49 % — жінки. Загальноклінічне обстеження включало: ретельний збір скарг, анамнезу хвороби й життя; оцінку соматичного й ендокринного статусів; повний клінічний огляд з виміром АТ й визначенням індексу маси тіла; загальний аналіз крові й сечі. Крім того, усім пацієнтам проводили біохімічний аналіз крові з визначенням сироваткового рівня калію, натрію, хлору, ліпідного спектра, глікемії натще й у ході орального глюкозотолерантного тесту, креатиніну й сечовини; гормональні дослідження крові, у т.ч. дослідження концентрації альдостерону плазми й активності реніну плазми в горизонтальному положенні, адренкортикотропного гормону, кортизолу крові, а також визначали добову екскрецію катехоламінів із сечею. Для топічної діагностики використовували УЗД, КТ надниркових залоз. Установлено, що утворення надниркових залоз виявляються випадково: в 37,8 % — у результаті пошуку причин артеріальної гіпертензії, в 23,5 % — ожиріння й дисфункції гіпоталамуса, в 14,2 % — при патології органів черевної порожнини, у 12,2 % — у випадку неспецифічних скарг, у 8,1 % — при виключенні патології надниркових залоз і в 4 % — при диспансерному спостереженні. Клінічно вони характеризуються неспецифічними проявами з перевагою артеріальної гіпертензії (76,5 %), що тільки в 18,4 % випадків пов'язана з ураженням надниркових залоз. Аналіз метаболічних порушень також виявив клінічно значимі відхилення. Із обстежених 98 пацієнтів в 70 % мали місце метаболічні порушення.

Ключові слова: випадково виявлені утворення надниркових залоз, артеріальна гіпертензія, метаболічні порушення.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF ADRENAL INCIDENTALOMAS

Summary. The objective of the study was to examine the clinical features of adrenal incidentalomas. 98 clinical observations of patients with adrenal incidentalomas receiving in- and out-patient treatment in the clinic of Republican Specialized Scientific and Practical Medical Centre of Endocrinology of Ministry of Healthcare of Republic of Uzbekistan were analyzed. Of them, 51 % — males, 49 % — females. General clinical observation included: thorough gaining of complaints; anamnesis morbi and vitae; assessment of somatic and endocrine statuses; clinical examination with measurement of blood pressure and body mass index; urinalysis; biochemical blood analysis. In addition, all patients underwent complete blood count with determination of blood potassium, sodium, chlorine, lipid profile, fasting blood glucose and oral glucose tolerance test, creatinine and urea; hormonal blood tests, including studies of plasma aldosterone and plasma renin activity in a horizontal position, adrenocorticotrophic hormone, blood cortisol, as well as the daily excretion of catecholamines with urine. For topical diagnosis we used ultrasound, CT of adrenals. It was found that adrenal incidentalomas were detected in 37.8 % as a result of searching for the reason of arterial hypertension, in 23.5 % — of obesity and hypothalamus dysfunction, in 14.2 % — in abdominal pathology, in 12.2 % — of non-specific complaints, in 8.1 % — in exclusion of adrenal diseases, and in 4 % — in clinical supervision. Clinically they are characterized with nonspecific features with predominance of arterial hypertension (76.5 %), which is associated with adrenal pathology only 18.4 % of cases. Analysis of metabolic disorders revealed clinically significant changes as well. Of 98 examined patients, 70 % had metabolic disorders.

Key words: adrenal incidentalomas, arterial hypertension, metabolic disorders.