

УДК 616.12-008.331:616.45-006-02-07-08

ХАЛИМОВА З.Ю., ЭГАМБЕРДИЕВА З.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии МЗ РУз,  
г. Ташкент

## ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ

**Резюме.** За период с 2003 по 2008 г. в РСНПМЦ эндокринологии МЗ РУз (г. Ташкент) было госпитализировано 27 больных с артериальной гипертензией и различными объемными образованиями надпочечников: кортикостеромой ( $n = 5$ ), альдостеромой ( $n = 4$ ), феохромоцитомой ( $n = 1$ ), инциденталомой надпочечника ( $n = 5$ ), гиперплазией надпочечников ( $n = 12$ ). Наиболее часто встречалась левосторонняя локализация процесса — 15 (55,6 %) случаев. У обследованных больных наиболее часто встречались такие осложнения, как синдром артериальной гипертензии — 24 (88,9 %), дисциркуляторная энцефалопатия — 13 (48,1 %), ожирение — 4 (14,8 %), диффузный остеопороз — 3 (11,1 %).

**Ключевые слова:** опухоли надпочечников, артериальная гипертензия.

### Актуальность

История изучения патологии надпочечников (НП) и формирования ее научного понимания включает три этапа. Первый этап охватывает период с 90-х годов XIX века до 50-х годов XX века и определяется начальным накоплением клинического опыта по различным заболеваниям НП и проведением первых удачных операций [1–3]. Второй этап (50–90 гг. XX века) характеризуется систематизацией заболеваний НП. В этот период разрабатываются и активно внедряются в медицинскую практику различные диагностические исследования (ретропневмоперитонеум, ангиография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, исследование гормонального профиля и т.д.) [4–6]. Поэтапное внедрение ультразвукового исследования (УЗИ), а затем компьютерной томографии (КТ) произвело переворот в методах топической визуализации опухолей НП [7, 8]. На основании результатов комплексного изучения различных поражений НП была разработана и внедрена в практику подробная классификация заболеваний данного эндокринного органа.

Внедрение в клиническую практику высокоспецифичных гормональных методик значительно повысило выявляемость гормонально-активных опухолей НП на ранних стадиях заболевания [9]. На данном этапе разрабатываются и используются в хирургической практике более 50 доступов при оперативном лечении заболеваний НП [10]. Внедрение аспирационной пун-

кции под контролем УЗИ или КТ значительно увеличило возможности морфологической верификации поражения и позволило более аргументированно определять тактику лечения [11]. Все это заметно повысило выявляемость заболеваний на ранних стадиях и, как следствие, улучшило результаты лечения.

Третий этап начинается с 90-х годов XX века и характеризуется переосмыслением ряда стратегических подходов к диагностике и лечению объемных образований НП [12–14]. Необходимость пересмотра ряда основных положений диагностики и лечения образований НП обусловлена, с одной стороны, продолжающейся разработкой и внедрением в клиническую практику высокоинформативных неинвазивных визуализирующих методов исследования, которые значительно повысили уровень ранней диагностики заболеваний НП. Расширяются возможности УЗИ за счет внедрения цветового доплеровского картирования [15]. При этом использование этого метода как основного постепенно замещается более высокоинформативными, хотя практически идентичными по возможностям — КТ и магнитно-резонансной томографией (МРТ).

Вместе с тем остается малоизученной истинная статистика встречаемости синдрома артериальной гипертензии (АГ) надпочечникового генеза, что послужило причиной для проведения настоящего исследования.

© Халимова З.Ю., Эгамбердиева З.Д., 2014

© «Международный эндокринологический журнал», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

**Цель исследования** — изучить частоту АГ при объемных образованиях НП различного генеза по данным обращаемости.

## Материалы и методы

Материалом для исследования послужил анализ случаев АГ надпочечникового генеза по ретроспективным данным за 6 лет (с 2003 по 2008 г.) в отделении нейроэндокринологии РСНПМЦ эндокринологии МЗ РУз. Всего за этот период было госпитализировано 27 больных с различными заболеваниями надпочечников и синдромом АГ, из них мужчин 14, женщин — 13.

Всем больным проводился комплекс исследований, включавший общеклинические, биохимические исследования: общий анализ крови, мочи, липидный спектр, АЛТ, АСТ, воспалительные пробы (серомукоид, СРБ), электролиты крови; радиоиммунологические гормональные методы исследования крови: пролактин, тиреотропный гормон (ТТГ), адренокортикотропный гормон (АКТГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), свободный тестостерон, ренин, альдостерон, кортизол, тироксин, катехоламины в суточной моче; ЭКГ, УЗИ внутренних органов, денситометрия, а также МРТ гипофиза (3 пациента) и КТ НП (27 пациентов). При этом у трех пациентов была обнаружена неактивная аденома гипофиза.

Были сформированы следующие группы: первая группа — больные с кортикостеромой (n = 5), вторая группа — больные с альдостеромой (n = 4), третья группа — больные с феохромоцитомой (n = 1), четвертая группа — с инциденталомой надпочечника (n = 5), пятая группа — с гиперплазией НП (n = 12). Группа сравнения состояла из 20 здоровых лиц соответствующего пола и возраста.

В табл. 1 приведено распределение больных по полу и возрасту. Как видно из данных табл. 1, наиболее часто встречались пациенты пятой группы (44,4 %), реже всего — больные третьей группы с феохромоцитомой (3,7 %).

## Результаты и их обсуждение

На основании анализа данных КТ НП нами была изучена локализация объемного образования надпочечника (табл. 2). При этом было установлено, что наиболее часто встречалась левосторонняя локализация процесса — 15 (55,6 %) случаев. Двусторонняя локализация наблюдалась только в двух случаях (7,4 %).

Часть пациентов (8 больных) была подвергнута различным оперативным вмешательствам (табл. 3).

Как видно из данных табл. 3, всего было выполнено 8 операций (29,6 %), при этом адреналэктомия проведена 5 пациентам (62,5 %), 2 больным (25 %) — электрокоагуляция центральной вены надпочечника, 1 (12,5 %) — лазеркоагуляция центральной вены надпо-

**Таблица 1. Распределение больных по возрасту, полу и по группам (по критериям ВОЗ)**

Возраст, лет	I гр. (n = 5)		II гр. (n = 4)		III гр. (n = 1)		IV гр. (n = 5)		V гр. (n = 12)	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
16–17	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
18–29	1	1	1	–	–	–	–	–	2	–
30–44	–	1	1	1	–	1	3	–	2	4
45–59	–	2	–	1	–	–	1	–	2	2
60–74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
75 и >	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Общее число</b>	1	4	2	2	–	1	5	–	6	6
<b>Всего</b>	5		4		1		5		12	
<b>Итого</b>	<b>27</b>									

**Примечания:** М — мужчины; Ж — женщины.

**Таблица 2. Локализация объемного образования надпочечника**

Группы Возраст, лет	I гр. (n = 5)			II гр. (n = 4)			III гр. (n = 1)			IV гр. (n = 5)			V гр. (n = 12)		
	D	S	2	D	S	2	D	S	2	D	S	2	D	S	2
16–17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–
18–29	1	–	Г	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1 (1*)	–
30–44	–	1	–	1	–	–	–	1	–	–	2	1	1	3 (1*)	Г (1*)
45–59	1	1	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	2	Г
60–74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
75 и >	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Общее число</b>	2	2	1	1	1	–	–	1	–	–	3	1	1	8	3

**Примечания:** D — справа; S — слева; 2 — с двух сторон; Г — двусторонняя гиперплазия НП; \* — узелковая гиперплазия НП.

чечника. Кроме того, из данного числа оперированных одна пациентка из третьей группы была также подвергнута струмэктомии и адреналэктомии.

Далее нами была изучена характеристика нейроэндокринных и метаболических осложнений по группам больных (табл. 4).

Было установлено, что наиболее часто встречались такие осложнения, как синдром АГ — 24 больных (88,9 %), дисциркуляторная энцефалопатия — 13 (48,1 %), дислипидемия — 5 (18,5 %), ожирение — 4

(14,8 %), диффузный остеопороз — 3 (11,1 %), последствия инсульта — 2 (7,4 %) и др.

В табл. 5 приведена характеристика сопутствующих заболеваний по группам.

Как видно из данных табл. 5, среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались такие, как хронический пиелонефрит — 9 наблюдений (33,3 %) и аденома гипофиза — 4 (14,8 %).

Таким образом, из 27 пациентов с объемными образованиями надпочечников синдром АГ наблюдался у

**Таблица 3. Локализация оперативного вмешательства при объемных образованиях надпочечников**

Возраст, лет	I гр. (n = 5)			II гр. (n = 4)			III гр. (n = 1)			IV гр. (n = 5)			V гр. (n = 12)		
	D	S	2	D	S	2	D	S	2	D	S	2	D	S	2
16–17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
18–29	–	–	–	–	ЛК	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
30–44	–	A	–	–	–	–	A	–	–	A	–	–	–	ЭК	–
45–59	–	A	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	A	ЭК	–
60–74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
75 и >	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Общее число</b>	–	2	–	–	1	–	1	–	–	1	–	–	1	2	–
<b>Всего</b>	<b>8</b>														

**Примечания:** D — справа; S — слева; 2 — с двух сторон; ЛК — состояние после лазеркоагуляции НП; A — адреналэктомия; ЭК — состояние после электрокоагуляции НП.

**Таблица 4. Характеристика нейроэндокринных и метаболических осложнений по группам больных (абс. число)**

Возраст, лет	I гр.		II гр.		III гр.		IV гр.		V гр.	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Пол										
Острый ИМ	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–
ПИКС	–	–	–	–	–	–	–	–	2	1
Синдром АГ	1	4	2	2	–	1	5	–	4	5
Диффузный остеопороз	1	2	–	–	–	–	–	–	–	–
Первичное бесплодие	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–
Дисциркуляторная энцефалопатия	–	3	1	1	–	–	–	–	3	5
Ожирение	–	–	–	–	–	–	3	–	–	1
НПНМК	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1
Идиопатический гипотиреоз	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–
Дислипидемия	–	–	1	1	–	–	1	–	–	2
ТИА	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–
Остеопения	–	1	–	–	–	–	–	–	–	1
Последствия инсульта	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–
Последствия повторного инсульта	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
Застой диска ЗН	–	–	–	–	–	–	–	–	1	2
Гемипарез	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–
Субаортальный склероз	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–
Гипертоническая ангиопатия сетчатки	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–
НТГ	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–

**Примечания:** НПНМК — начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения; ИМ — инфаркт миокарда; синдром АГ — синдром артериальной гипертензии; ПИКС — постинфарктный кардиосклероз; ТИА — транзиторные ишемические атаки; НТГ — нарушение толерантности к глюкозе; ЗН — зрительные нервы.

Таблица 5. Характеристика сопутствующих заболеваний по группам (абс. число)

Возраст, лет	I гр.		II гр.		III гр.		IV гр.		V гр.	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Аденома гипофиза	–	–	–	–	–	–	2	–	–	2
Поликистоз почек	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
Поликистоз поджелудочной железы	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
ИБС	–	1	–	–	–	–	–	–	2	1
Хронический пиелонефрит	–	1	–	2	–	–	1	–	1	4
Хронический панкреатит	–	1	–	1	–	–	–	–	–	–
Хронический гепатит	–	1	–	1	–	–	2	–	–	3
Хронический холецистит	–	–	–	1	–	–	2	–	–	2
Хронический гломерулонефрит	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
Диффузный зуб	–	1	–	1	–	–	–	–	–	2
Гипотиреоз	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–
Анемия	–	1	–	–	–	–	–	–	–	3
Астеноневротический синдром	–	–	–	–	–	1	2	–	–	–
Остеохондроз позвоночника	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–
Катаральный гастрит	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–
Эректильная дисфункция	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–
Астигматизм	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–
Климактерический синдром	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2
Миома матки	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1

24 больных (88,9 %), что указывает на высокую частоту данного осложнения у этой категории пациентов.

## Выводы

1. За период с 2003 по 2008 г. в РСНПМЦ эндокринологии МЗ РУз (г. Ташкент) было госпитализировано 27 больных с артериальной гипертензией и различными объемными образованиями надпочечников: кортикостеромой (n = 5), альдостеромой (n = 4), феохромоцитомой (n = 1), инциденталомой надпочечника (n = 5), гиперплазией надпочечников (n = 12).

2. Наиболее часто встречалась левосторонняя локализация процесса — 15 (55,6 %) случаев.

3. У обследованных больных наиболее часто встречались такие осложнения, как синдром артериальной гипертензии — 24 (88,9 %), дисциркуляторная энцефалопатия — 13 (48,1 %), ожирение — 4 (14,8 %), диффузный остеопороз — 3 (11,1 %).

## Список литературы

1. Бритвин Т.А. Первичные опухоли надпочечников: оценка клиничко-морфологических и биохимических критериев диагностики и факторов прогноза: Дис... д-ра мед. наук. — М., 2006. — 181 с.
2. Брехуненко Т.Ф. Магнитно-резонансная томография в диагностике различных форм гиперкортицизма: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 1998. — 28 с.
3. Великанова Л.И. Информативность лабораторных технологий в формировании алгоритмов диагностики забо-

леваний коры надпочечников: Дис... д-ра биол. наук. — СПб., 2005. — 288 с.

4. Даутов Т.Б. Роль интервенционной радиологии в диагностике и комплексном лечении артериальной гипертензии: Дис... д-ра мед. наук. — Томск, 2005. — 219 с.

5. Диагностика и хирургического лечение артериальных гипертензий надпочечникового генеза / П.С. Ветшев, Ф.С. Шкроб, Л.И. Ипполитов [и др.] // Хирургия. — 2001. — № 1. — С. 33-40.

6. Курьянов Д.П. Оптимизация лучевых методов исследования в диагностике патологии надпочечников: Дис... канд. мед. наук. — Казань, 2009. — 93 с.

7. Комплексная лучевая диагностика аденом надпочечников: Методические рекомендации / А.П. Калинин, Г.И. Колпинский, Т.Н. Евменова [и др.]. — М.: МОНКИ, 2000. — 23 с.

8. Казарян А.М. Сравнительная оценка лапароскопического и традиционных доступов при гормонально-активных опухолях надпочечников: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2003. — 24 с.

9. Москвичев П.В. Хирургические аспекты симптоматической артериальной гипертензии надпочечникового генеза: Дис... канд. мед. наук. — М., 2005. — 124 с.

10. Махортова Г.Г. Выбор оперативного доступа и результаты хирургического лечения больных с опухолями надпочечников: Дис... канд. мед. наук. — Воронеж, 2007. — 185 с.

11. Lau H., Lo C.Y., Lam K.Y. Surgical implications of underestimation of adrenal tumour size by computed tomography // Br. J. Surg. — 2009. — Vol. 86, № 3. — P. 385-387.

12. Mantero F., Arnaldi G. Management approaches to adrenal incident-talomas // *Endocrinol. Metab. Clin. North. Am.* — 2000. — Vol. 29, № 1. — P. 107-125.

13. Park H.K., Park C.M., Ko K.H. et al. A case of Cushing syndrome in ACTH-secreting mediastinal paraganglioma // *Korean. J. Intern. Med.* — 2011. — Vol. 15, № 2. — P. 142-146.

14. Porte H.L., Ernst O.J., Delebecq T. et al. Is computed tomography guided biopsy still necessary for the diagnosis of adrenal

masses in patients with respectable non-small-cell lung cancer? // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* — 2009. — Vol. 15, № 5. — P. 597-601.

15. Secondary hypertension due to Cushing syndrome caused by macronodular adrenal hyperplasia, refractory to medical therapy / C. Mon, P. Iglesias, M.J. Fernandez-Reyes, R. Sanchez // *Med. Clin. (Barc).* — 2004. — Vol. 123, № 11. — P. 436-437.

Получено 12.08.14 ■

Халімова З.Ю., Егамбердієва З.Д.  
Ташкентський педіатричний медичний інститут  
Республіканський спеціалізований науково-практичний  
медичний центр ендокринології МОЗ РУз, м. Ташкент

### ЧАСТОТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ОБ'ЄМНИХ УТВОРЕННЯХ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ ЗА ДАНИМИ ЗВЕРТАЛЬНОСТІ

**Резюме.** За період з 2003 по 2008 р. в РСНПМЦ ендокринології МОЗ РУз (м. Ташкент) було госпіталізовано 27 хворих з артеріальною гіпертензією та різними об'ємними утвореннями наднирників: кортикостеромою (n = 5), альдостеромою (n = 4), феохромоцитомою (n = 1), інциденталомою наднирника (n = 5), гіперплазією наднирників (n = 12). Найбільш часто зустрічалася лівостороння локалізація процесу — 15 (55,6 %) випадків. В обстежених хворих найбільш часто зустрічалися такі ускладнення, як синдром артеріальної гіпертензії — 24 (88,9 %), дисциркуляторна енцефалопатія — 13 (48,1 %), ожиріння — 4 (14,8 %), дифузний остеопороз — 3 (11,1 %).

**Ключові слова:** пухлини наднирників, артеріальна гіпертензія.

Khalimova Z.Yu., Egamberdieva Z.D.  
Tashkent Pediatric Medical Institute  
Republican Specialized Scientific and Practical Medical  
Centre of Endocrinology of Ministry of Healthcare of Republic  
of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

### PREVALENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION WITH SPACE-OCCUPYING LESIONS OF ADRENAL GLANDS OF VARIOUS ORIGINS ACCORDING TO APPEALABILITY DATA

**Summary.** For the period from 2003 to 2008, in RSSPMC of Endocrinology of Republic of Uzbekistan RSSPMC Endocrinology of Republic of Uzbekistan (Tashkent) there were hospitalized 27 patients with arterial hypertension and various space-occupying lesions of the adrenal glands: corticosteroma (n = 5), aldosteroma (n = 4), pheochromocytoma (n = 1), adrenal incidentalomas (n = 5), adrenal hyperplasia (n = 12). Left-sided localization of the process was the most common — 15 (55.6 %) cases. In examined patients the following complications were most common: hypertension syndrome — 24 (88.9 %), discirculatory encephalopathy — 13 (48.1 %), obesity — 4 (14.8 %), diffuse osteoporosis — 3 (11.1 %).

**Key words:** adrenal tumors, arterial hypertension.