

## Від редактора

У журналі «Endocrine Reviews» опублікована нова наукова доповідь Міжнародного ендокринологічного товариства, присвячена скринінгу ендокринної гіпертензії. У ній наводяться рекомендації щодо скринінгу 15 ендокринних порушень, що можуть маніфестувати у вигляді артеріальної гіпертензії, які потенційно можна вилікувати хірургічним шляхом або контролювати медикаментозною терапією.

Відомо, що без адекватної лабораторної діагностики певні ендокринні захворювання складно відрізнити від банальних випадків артеріальної гіпертензії. У той же час скринінг причин, що можуть лежати в основі підвищеного артеріального тиску, може врятувати життя. Документ містить рекомендації для практикуючих лікарів стосовно того, коли слід запідозрити ендокринну патологію і як обстежувати таких пацієнтів.

Майже в 15 % людей із підвищеним артеріальним тиском насправді наявна вторинна артеріальна гіпертензія, найчастіше спричинена патологією нирок або ендокринної системи. Чим молодший пацієнт, тим вища ймовірність того, що в нього вторинна гіпертензія: у дітей її частота становить понад 50 %, а в молодих дорослих віком до 40 років — близько 30 %. Для кожної з потенційних причин ендокринної гіпертензії в документі наводиться інформація щодо поширеності, клінічних проявів, алгоритму діагностики та інтерпретації її результатів.

Доволі великий розділ присвячений первинному гіперальдостеронізму, при якому артеріальна гіпертензія виникає внаслідок гіперпродукції альдостерону наднирковими залозами з подальшою надмірною реабсорбцією натрію в нирках. На думку експертів Ендокринологічного товариства, можливість наявності первинного гіперальдостеронізму слід розглядати в більшості пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Цей стан, що розглядається як найчастіша причина вторинної артеріальної гіпертензії й трапляється в 5–10 % пацієнтів з артеріальною гіпертензією, успішно лікується. За відсутності лікування цей стан підвищує ризик серцево-судинних подій. Раннє виявлення





й лікування первинного гіперальдостеронізму може усунути підвищений ризик серцево-судинних ускладнень і ниркової недостатності в цій популяції пацієнтів.

Серед інших причин вторинної гіпертензії в документі також розглядаються гормонально активні пухлини, захворювання щитоподібної залози, синдром обструктивного апное уві сні, акромегалія, зміни ниркових артерій, синдром Кушинга й захворювання прищитоподібних залоз. У рекомендаціях щодо скринінгу враховується клінічний контекст. Наприклад, для літніх пацієнтів із множинними супутніми захворюваннями виявлення гормональних причин гіпертензії не належить до найбільш пріоритетних завдань. Навпаки, у молодших пацієнтів доцільне проведення такого скринінгу, завдяки якому вони зможуть прожити більш довге й повноцінне життя.

Крім того, Ендокринологічне товариство випустило нові рекомендації з діагностики та лікування гіпоталамічної аменореї (опубліковані онлайн 22 березня 2017 р. і надруковані в травневому випуску журналу «Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism»). Цей стан виникає в тих випадках, коли гіпоталамус уповільнює або припиняє вироблення гонадотропін-рилізінг гормону, що, у свою чергу, призводить до припинення менструацій. Такі розлади часто трапляються в дівчаток-підлітків із низькою масою тіла, низьким вмістом жиру в організмі й у ситуації емоційного стресу. До групи ризику розвитку гіпоталамічної аменореї належать жінки, що витрачають за рахунок фізичної активності більше калорій, ніж споживають. Ризик гіпоталамічної аменореї підвищений і при порушеннях харчової поведінки, зокрема при нервовій анорексії.

Відповідно до цих настанов лікарям рекомендується припустити можливість наявності в пацієнтки гіпоталамічної аменореї в тих випадках, коли в дівчинки-підлітка або жінки менструації регулярно настають з інтервалом 45 днів або якщо впродовж не менше від трьох місяців у неї взагалі не було менструації. При цьому слід пам'ятати, що гіпоталамічна аменорея — діагноз виключення, і перш ніж його встановлювати, слід розглянути інші стани, які також можуть порушувати нормальний менструальний цикл.

Після того як у першу чергу буде виключено наявність вагітності, слід здійснити повне клінічне обстеження. На початковому етапі діагностичного пошуку визначають рівні естрогенів, тиреотропного гормону й тиреоїдних гормонів, пролактину. Оскільки серед інших станів, що також можуть призводити до порушення менструального циклу, рекомендується виключити доброякісні пухлини гіпофіза й порушення з боку надниркових залоз, таким пацієнткам показане проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку й визначення рівнів гормонів гіпофіза. МРТ головного мозку слід призначати в ситуації важкого або стійкого болю голови, за наявності частого блювання (зрозуміло, у тих випадках, коли воно не індуковане самою пацієнткою), змін з боку зору, спраги або сечовипускання, які не можна пояснити іншими причинами, а також у жінок з іншими симптомами, що вказують на патологію центральної нервової системи.

Лікування гіпоталамічної аменореї спрямоване на профілактику остеопорозу, затримки статевого дозрівання, безплідності й інших ускладнень. Цей процес може потребувати використання медикаментозних, дієтичних втручань і консультації психіатра. Для ефективного лікування гіпоталамічної аменореї потрібна корекція енергетичного дисбалансу зі змінами поведінки. Важливою частиною допомоги є також консультація фахівця з харчування. Регулярний менструальний цикл часто вдається відновити за допомогою адекватного харчування, збільшення калорійності їжі та зниження інтенсивності фізичних навантажень.

**Вітання читачам з однієї з найвідоміших і найбільш інтригуючих історико-архітектурних споруд у світі — Пізанської вежі, нахил якої манить до італійського міста Піза сотні тисяч туристів зі всього світу!**

Зазвичай архітектурні споруди стають історичними пам'ятками завдяки досконалості форм та ліній. Але є й винятки, адже Пізанська вежа прославилася завдяки своєму недоліку. У світі багато будов з нахилом, але тільки Пізанська вежа набула такої популярності. Вона споруджена в романському стилі з білого мармуру на круглій платформі. У вежі вісім поверхів, а її висота сягає 55 метрів. На шести центральних поверхах знаходяться галереї з аркадами. Загальна маса Пізанської вежі оцінюється в 14 тисяч тонн.

Під час свого експерименту (1600 р.) Галілео Галілей кидав з вежі об'єкти різної маси, включаючи гарматні ядра, і довів, що вони падають зі швидкістю, незалежною від їх маси. Так що вежа послужила й науці.

У XIX столітті в спробі виправити становище вежі навколо основи з південного боку був виритий рів, проте в результаті все вийшло з точністю до навпаки.

Сьогодні вершина Пізанської вежі відхиляється від вертикалі на 4,5 метра й знаходиться в такому стані з 1838 року. Ця позиція була на 0,5 метра меншою, аніж в критичний 1990 рік, коли їй довелося закрити для відвідування туристів (до 2001 року). За результатами комп'ютерних обчислень, проведених в 1995 році, з'ясувалося, що внаслідок інженерних прорахунків при будівництві вежі (1173–1350 рр.) вона повинна рухнути до 2050 року. Тому в 1992 році до другого поверху башту обкутали сталлюю сіткою, укріпили фундамент, а з північного боку на нього помістили противаги. Це дозволило зменшити нахил башти на кілька сантиметрів. У 1999 році з-під північного боку башти почали повільно видаляти ґрунт, що дало змогу за рік зменшити нахил ще на 30 сантиметрів. Тепер Пізанська вежа стоїть під нахилом лише 3,99 градуса. Інженери стверджують, що вона все одно залишиться на місці й стоятиме так принаймні кілька сотень років.

**Бажаю читачам здійснення мрій, тільки приємних сюрпризів, не зупинятися на досягнутому, ніколи не втрачати почуття гумору й не занепадати духом!**

**Головний редактор  
професор Володимир Іванович Паньків ■**