

Выводы

1. Рациональная эмпирическая терапия нозокомиальной пневмонии, вызванной синегнойной палочкой, требует проведения микробиологических исследований, в т. ч. и резистентности госпитальных штаммов *P. aeruginosa*, в каждом учреждении здравоохранения, сталкивающимся с подобными проблемами.

2. К адекватной терапии можно отнести монотерапию карбапенемами, цефалоспорином III поколения, комбинированную терапию (кроме карбапенемов) с аминогликозидами (при определенной чувствительности возбудителя ко всем антибиотикам).

3. Важно учитывать возможность развития избирательной устойчивости к имипенему, а также перекрестной устойчивости меропенема с другими β-лактамами и фторхинолонами.

4. Антисинегнойные пенициллины (тикарциллин/клавуланат) являются препаратами резерва (рационально использовать после определения чувствительности возбудителя).

5. Антибактериальные средства с потенциально высокой антисинегнойной активностью (полмиксин В, дорипином, колистиметат натрия) или не используются широко в Республике Бела-

русь или не обладают на сегодняшний день преимуществами, доказанными рандомизированными клиническими исследованиями.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Руднов, В. А. Современное клиническое значение синегнойной инфекции и возможности ее терапии у пациентов отделений реанимации / В. А. Руднов // Инфекции и антимикробная терапия. — 2002. — Т. 4, № 6. — С. 32–44.
2. Turner, P. J. The MYSTIC (Meropenem Yearly Susceptibility Test Information Collection) programme / P. J. Turner // Int J. Antimicrob Chemother. — 1999. — № 13. — P. 117–125.
3. Яковлев, С. В. Современные проблемы антибактериальной терапии госпитальных инфекций: «горячие точки» резистентности / С. В. Яковлев // Хирургия. — 2005. — Т. 7, № 1. — С. 23–30.
4. Нозокомиальная пневмония: современные тенденции и проблемы / А. П. Зузова [и др.] // Пульмонология. — 2004. — Т. 6, № 1. — С. 17–26.
5. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств / А. Г. Чучалин [и др.] // Consilium Medicum. — 2002. — Т. 4, № 12. — С. 28–34.
6. Руднов, В. А. Антибиотикотерапия госпитальных инфекций, вызванных *P. aeruginosa* / В. А. Руднов // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 7. — С. 22–31.
7. Сравнительная активность антисинегнойных антибиотиков в отношении нозокомиальных штаммов *Pseudomonas aeruginosa*, выделенных в отделениях реанимации и интенсивной терапии / Л. С. Страчунский [и др.] // Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер. — 2003. — Т. 5, № 1. — С. 35–46.
8. Илюкевич, Г. В. Дезэскалация – новый подход в антибактериальной терапии тяжелых госпитальных инфекций / Г. В. Илюкевич // Медицинские новости. — 2004. — № 2. — С. 3–10.
9. Илюкевич, Г. В. Синегнойная инфекция: в новый век со старой проблемой / Г. В. Илюкевич // Медицинские новости. — 2004. — № 12. — С. 3–9.

Поступила 30.09.2010

УДК 616-058.86:616.9-058.86

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ОТНЕСЕНИЯ ДЕТЕЙ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ

С. С. Осочук, Г. Д. Коробов, О. А. Голуценко

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Обследовано 25 эпизодически и 44 часто болеющих ребенка 3–7 лет в период отсутствия клинических признаков острой респираторной инфекции. Выявлено более высокое содержание кортизола, холестерина ЛПНП и более низкое содержание холестерина ЛПВП в группе часто болеющих детей. На основании математического анализа предложены клинико-лабораторные критерии отбора в диспансерную группу часто болеющих детей. Использование предлагаемых критериев даст возможность проведения ранней профилактики острых респираторных инфекций у детей 3–7 лет.

Ключевые слова: часто болеющие дети, кортизол, холестерол, диспансеризация.

CLINICAL AND LABORATORY CRITERIA FOR LABELLING CHILDREN TO A SUPERVISION GROUP OF THE FREQUENTLY SUFFERING WITH RESPIRATORY INFECTIONS

S. S. Osochuk, G. D. Korobov, O. A. Goliuchenko

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University

25 occasionally and 44 frequently sicu children aged from 3 to 7 were examined in the period of the absence of clinical signs for acute respiratory infection. Higher content of cortisol, LDL cholesterol and lower maintenance of HDL cholesterol in group of the frequently sick ill children has been revealed. On the basis of the mathematical analysis clinical and laboratory criteria for labellino of children to the supervision group of the frequently suffering with respiratory infections have been suggested. The use of the suggested criteria will give a chance of the early prophylaxis of acute respiratory infections in children of 3–7.

Key words: children who are frequently ill with respiratory infections, cortisol, cholesterol, prophylactic medical examination.

Введение

Несмотря на достижения в здравоохранении, высокий уровень заболеваемости детского

населения острыми респираторными инфекциями (ОРИ) продолжает оставаться актуальным в Республике Беларусь [1, 2]. Эпидемио-

логическими исследованиями установлено, что основная доля в структуре заболеваемости принадлежит группе часто болеющих детей (ЧБД). Работами школы академика В. Д. Белякова установлено, что именно они первыми включаются в эпидемический процесс гриппа, адено- и риновирусных инфекций, других острых инфекционных заболеваний, участвуя, таким образом, в отборе наиболее вирулентных штаммов возбудителя [3]. Поэтому лиц, предрасположенных к воздушно-капельным инфекциям, следует считать контингентом повышенного эпидемиологического риска. Ранняя изоляция и санация таких детей наряду с иммунизацией в организованных коллективах является наиболее действенным профилактическим мероприятием, позволяющим прерывать циркуляцию возбудителя в самом начале эпидемического подъема [4].

В свою очередь диспансеризация детей, предрасположенных к частым заболеваниям ОРИ, является основой индивидуальной профилактики их заболеваемости. До настоящего времени отбор детей для включения в группу часто болеющих проводится по критериям, разработанным В. Ю. Альбицким и А. А. Барановым, которые основаны на анализе частоты заболеваний ОРИ в течение года [5]. Такой подход хотя и является достаточно объективным, все же не обеспечивает выполнение принципа заблаговременности, поскольку не позволяет осуществить отбор детей в группу часто болеющих до их вовлечения в эпидемиологический процесс. Учитывая важность проблемы, многие исследования были посвящены поиску характерных для ЧБД изменений метаболизма [6, 7]. Однако полученные данные носят разноречивый характер.

Проведенные нами исследования показали, что для часто болеющих детей характерно увеличение содержания кортизола разной степени выраженности в сочетании с изменениями липидтранспортной системы (ЛТС) крови, свойственными гиперкортицизму [8]. Учитывая широкий спектр действия глюкокортикоидов на обмен веществ и состояние иммунной системы [9], на наш взгляд, ключевым патогенетическим звеном в повышенной восприимчивости к ОРИ является увеличение продукции кортизола разной степени выраженности. Длительное, даже незначительное увеличение продукции глюкокортикоидов способно привести к изменениям в ЛТС, поддерживающим высокую активность синтеза кортизола и, таким образом, замыкающим порочный круг, в котором вторично, с различной степенью выраженности модифицируется состояние иммунной системы. До настоящего времени не определены границы изменений содержания кортизола и состояния ЛТС крови у клиниче-

ски здоровых детей 3–7 лет, отнесенных к часто и эпизодически болеющим по критериям В. Ю. Альбицкого. В связи с этим целью настоящей работы было обследование здоровых детей 3–7 лет и обоснование клинико-лабораторных критериев отбора в группы часто или эпизодически болеющих.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Сформировать репрезентативные выборки часто и эпизодически болеющих детей в возрасте 3–7 лет.

2. Провести поперечные эпидемиологические исследования содержания кортизола и состояния ЛТС крови.

3. Разработать математические многофакторные модели зависимостей изученных параметров в группах часто и эпизодически болеющих детей.

4. Предложить и обосновать клинико-лабораторные критерии отнесения к группам часто и эпизодически болеющих детей.

Материал и метод

Исследование проводилось в выборке из числа организованных детей г. Витебска. В качестве критериев отбора (критерии включения) детей в выборку были приняты следующие признаки:

1. Выборка формировалась методом случайных чисел из детей в возрасте от 3 до 7 лет.

2. Стаж посещения детских дошкольных учреждений не менее одного месяца.

3. Период документированного наблюдения участковым педиатром не менее одного года.

4. Отсутствие любых хронических заболеваний.

В группу эпизодически болеющих включены дети, болевшие ОРИ менее 4 раз за 12 предшествующих исследованию месяцев. В группу часто болеющих включены дети, у которых документально подтверждено 5 и более заболеваний ОРИ за тот же период.

Критерием исключения из выборки явилось наличие острых воспалительных процессов за период менее 2 недель до обследования. Всего в исследование было отобрано 69 детей, из них 25 — эпизодически и 44 — часто болеющих.

Кровь для анализа забирали в утренние часы (7⁰⁰–8³⁰ часов), не ранее, чем через 12 часов после последнего приема пищи и для образования сгустка выдерживали в холодильнике при температуре +4 °С. Сыворотку получали двукратным центрифугированием в рефрижераторной центрифуге РС-6 при скорости вращения ротора 1500 и 3000 оборотов в минуту. Полученную сыворотку расфасовывали в пластиковые пробирки и до обработки (2–4 недели) хранили в морозильной камере при температуре –60 °С. Содержание кортизола определяли с использованием радиоиммунных наборов УП «Хозрасчетное опытное производство Института биоорганической

химии» НАН Беларуси. Концентрацию общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и триацилглицеридов (ТГ) определяли с использованием наборов фирмы Кормей-ДиАна (СП Беларусь-Польша). Содержание холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП) рассчитывали по В. Rifting [9]. Содержание холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) рассчитывали по разнице концентрации ОХС и суммы ХС ЛПВП и ХС ЛПНП.

Полученные данные проверялись на нормальность распределения с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Хи-квадрат Пирсона.

Расчетные значения обоих критериев свидетельствуют, что характер распределения всех параметров близок к нормальному. Это позво-

лило в дальнейшем использовать как параметрические, так и непараметрические методы статистического анализа. Расчеты велись с помощью ППП «Statistica» 6.0, в частности, были использованы модули «основные статистики», «многомерные исследовательские методы — кластерный и дискриминантный анализы».

Результаты и обсуждение

Анализ полученных данных проводился в несколько этапов. На первом этапе сравнивались средние значения параметров и их стандартные ошибки в обеих группах наблюдения (таблица 1).

Как видно из таблицы, достоверные отличия имели показатели ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, а также кортизола.

Детальный анализ средних значений по группам наблюдения представлен в таблице 2.

Таблица 1 — Оценка средних параметров изученных показателей в группах эпизодически и часто болеющих детей

Variable	T-tests; Grouping: группа наблюдения								
	Group 1: ЭБД					Group 2: ЧБД			
	Mean 1	Mean 2	t-value	df	p	Valid N 1	Valid N 2	Std.Dev. 1	Std.Dev. 2
ХС	4,3	5,2	-2,90	67	0,005	25	44	1,1	1,2
ХСЛПВП	1,4	1,3	2,27	67	0,026	25	44	0,3	0,3
ХСЛПНП	2,5	3,5	-3,45	67	0,001	25	44	1,1	1,2
ХСЛПОНП	0,4	0,4	-1,38	67	0,173	25	44	0,1	0,2
ТГ	0,8	0,9	-1,37	67	0,175	25	44	0,3	0,4
Кортизол	434,0	518,7	-2,19	37	0,035	15	24	102,9	125,6

Таблица 2 — Детальный анализ липидных фракций холестерина и кортизола в группах эпизодически и часто болеющих детей

Variable	Descriptive Statistics группа: Эпизодически болеющие дети								
	Valid N	Mean	Confidence -95,0 %	Confidence +95,0 %	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Percentile 2,5	Percentile 97,5
ХС	25	4,3	3,9	4,8	4,2	3,5	4,8	3,0	7,8
ХСЛПВП	25	1,4	1,3	1,6	1,4	1,2	1,6	0,9	2,0
ХСЛПНП	25	2,5	2,1	3,0	2,2	2,0	2,7	1,3	6,0
ХСЛПОНП	25	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,2	0,7
ТГ	25	0,8	0,7	0,9	0,7	0,7	1,0	0,4	1,5
Кортизол	15	434,0	377,1	491,0	411,7	331,4	544,9	280,4	572,2
Variable	Descriptive Statistics группа: Часто болеющие дети								
	Valid N	Mean	Confidence -95,0 %	Confidence +95,0 %	Median	Lower Quartile	Upper Quartile	Percentile 2,5	Percentile 97,5
ХС	44	5,2	4,8	5,6	5,2	4,3	5,7	3,5	7,2
ХСЛПВП	44	1,3	1,2	1,4	1,2	1,0	1,5	0,8	1,8
ХСЛПНП	44	3,5	3,1	3,8	3,5	2,7	4,0	1,8	5,1
ХСЛПОНП	44	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,5	0,3	0,9
ТГ	44	0,9	0,8	1,1	0,8	0,7	1,1	0,6	2,0
Кортизол	24	518,7	465,7	571,8	533,6	412,1	628,0	308,5	747,9

Детальный анализ липидных фракций холестерина и кортизола в группах эпизодически и часто болеющих детей показал, что, несмотря на

статистически достоверные различия, практически все параметры с учетом 50 % квартиля и отклонения в три сигмы (2,5–97,5 перцентиль)

имели зоны перекрытия. Кроме того, при оценке индивидуальных значений установлена значительная вариабельность изученных показателей, причем в ряде случаев отклонения от средних у одних и тех же детей имели разные знаки. Это, в свою очередь, потребовало проведения много-

факторного анализа. В качестве такового использован кластерный анализ по методу Варда с Манхэттенской метрикой [11].

Как в группе эпизодически, так и в группе часто болеющих детей четко выявляются три кластера (рисунок 1).

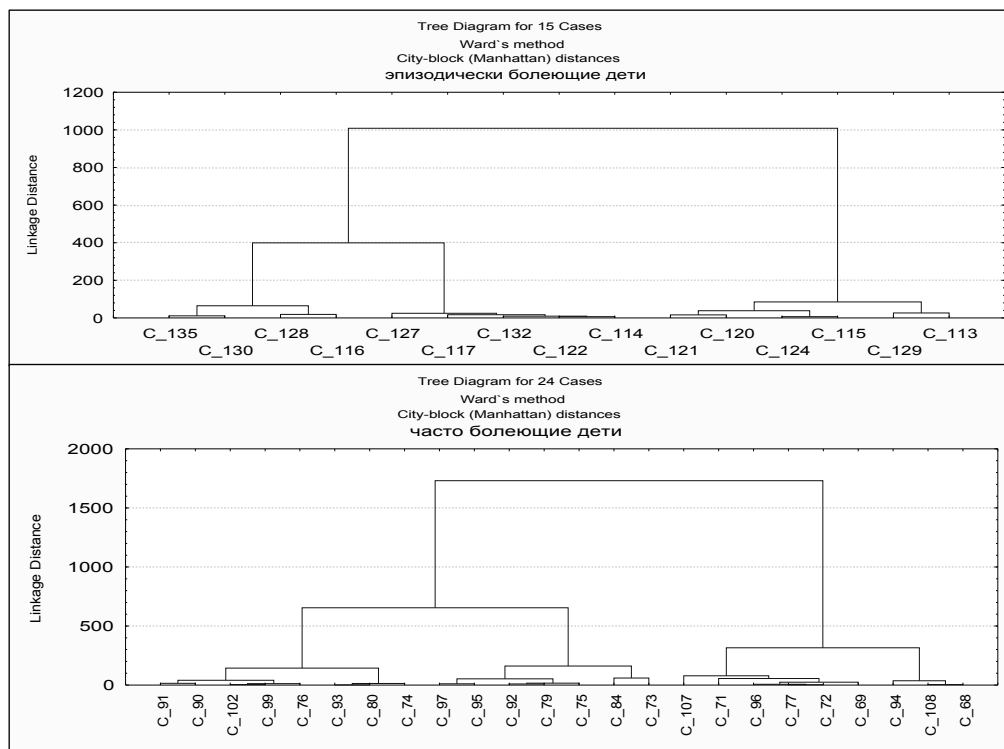


Рисунок 1 — Дерево классификации детей по содержанию фракций холестерина и кортизола в сыворотке крови в группе эпизодически и часто болеющих детей (кластерный анализ)

Наличие явно выраженной гетерогенности среди как эпизодически, так и часто болеющих детей не позволяют использовать критерии для классификации по указанным группам, осно-

ванные на попарном сравнении средних значений показателей липидтранспортной системы и кортизола, о чем свидетельствуют данные, представленные в таблицах 3 и 4.

Таблица 3 — Описательные статистики по кластерам в группе эпизодически болеющих детей

Показатели	1-й кластер		2-й кластер		3-й кластер	
	среднее	ст. ошибка	среднее	ст. ошибка	среднее	ст. ошибка
ХС	4,5	0,90	5,3	1,43	3,8	0,69
ХСЛПВП	1,5	0,31	1,4	0,17	1,5	0,44
ХСЛПНП	2,5	0,90	3,4	1,49	2,0	0,51
ХСЛПОНП	0,4	0,13	0,4	0,14	0,3	0,06
ТГ	0,9	0,28	1,0	0,31	0,6	0,12
кортизол	408,0	9,17	543,0	25,00	303,2	23,14

Таблица 4 — Описательные статистики по кластерам в группе часто болеющих детей

Показатели	1-й кластер		2-й кластер		3-й кластер	
	среднее	ст. ошибка	среднее	ст. ошибка	среднее	ст. ошибка
ХС	5,8	0,44	5,3	1,13	5,2	1,05
ХСЛПВП	1,2	0,23	1,2	0,28	1,3	0,45
ХСЛПНП	4,0	0,47	3,6	1,02	3,4	0,86
ХСЛПОНП	0,6	0,17	0,5	0,30	0,4	0,12
ТГ	1,2	0,37	1,1	0,66	0,9	0,25
кортизол	534,3	18,8	544,5	25,9	381,6	52,2

С целью выбора наиболее информативных и взаимодополняющих параметров на следующем этапе был проведен дискриминантный анализ. По его результатам удалось классифицировать с высокой степенью надежности 82,1 % исследуемых объектов (группа ЭБД — 73,3 %, группа ЧБД — 87,5 %). Статистическая ошибка расчетной мо-

дели оказалась значительно ниже требуемых 5 % и составила 0,007 при F-критерии 4,7371. В модель вошли такие параметры, как ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП и кортизол (таблица 5). Другие показатели по значению лямбда Уилкса в модель не вошли, так как при их учете толерантность (насыщаемость модели) практически не увеличивалась.

Таблица 5 — Статистическое обоснование классификационной модели разделения на группы ЭБД и ЧБД по параметрам липидтранспортной системы и кортизола

N = 39	Discriminant Function Analysis Summary Step 3, N of vars in model: 3; Grouping: группа наблюдения (2 grps) Wilks' Lambda: ,71122 approx. F (3,35) = 4,7371 p < ,0071					
	Wilk' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,35)	p-level	Toler.	1-Toler (R-Sqr.)
ХСЛПНП	0,756039	0,940716	2,205696	0,146454	0,862304	0,137696
ХСЛПВП	0,779354	0,912574	3,353064	0,075604	0,926689	0,073311
Кортизол	0,756540	0,940093	2,230375	0,144282	0,899579	0,100421

Классификационная функция при этом имела вид:

$$ИП_{ЧБД} = 4,0356 \times ХСЛПНП + 15,0623 \times ХСЛПВП + 0,0247 \times \text{кортизол} - 23,5522;$$

$$ИП_{ЭБД} = 3,4036 \times ХСЛПНП + 17,4452 \times ХСЛПВП + 0,0195 \times \text{кортизол} - 22,6992;$$

где ИП_{ЧБД} и ИП_{ЭБД} — интегральные показатели для исследуемых групп.

Отнесение детей к группе ЧБД проводится путем сравнения полученных значений интегральных значений кортизола, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП по формулам дискриминантного анализа.

Пример расчета:

Ребенок Г-к Саша, 5 лет, содержание ХСЛПНП = 2,3 ммоль/л, ХСЛПВП = 1,8 ммоль/л, кортизола = 331,4 нмоль/л. Интегральные по-

казатели ЭБД > ЧБД (22,9056 > 21,294). Диагноз — группа эпизодически болеющих детей.

Ребенок Н-ва Виолетта, 6 лет, содержание ХСЛПНП = 5,1 ммоль/л, ХСЛПВП = 1,0 ммоль/л, кортизола = 371,4 нмоль/л. Интегральные показатели ЭБД < ЧБД (19,34414 < 21,26749). Диагноз — группа часто болеющих детей.

После получения формул дискриминантного анализа было проведено апостериорное перераспределение объектов по группам ЭБД и ЧБД. Те дети, которые по формулам дискриминантного анализа перешли в другую группу, были исключены из последующего этапа определения уровней информационно значимых показателей для расчета эталонных средних значений. Вновь полученные расчетные значения представлены в таблице 6.

Таблица 6 — Критерии отнесения детей к группам эпизодически и часто болеющих по показателям содержания кортизола, ХС-ЛПВП и ХС-ЛПНП

Показатели	Группа эпизодически болеющих детей	Группа часто болеющих детей
ХС-ЛПВП, ммоль/л	более 1,3	менее 1,3
ХС-ЛПНП, ммоль/л	1,9÷2,4	более 3,2
Кортизол, нмоль/л	339,4÷472,7	более 481,1

Данная таблица может служить ориентиром для априорного отнесения детей к группе повышенного риска, при этом требуется, чтобы у них все показатели соответствовали одной из групп.

При содержании ХС-ЛПНП в интервале 2,5÷3,1 ммоль/л и кортизола в интервале 472,8÷481,0 детей следует относить к группе повышенного риска по ОРИ и их необходимо обследовать повторно, но не ранее чем через 2 недели.

Более точная классификация может быть проведена по вышеприведенным формулам дискриминантного анализа.

Заключение

Таким образом, математический анализ показателей метаболизма клинически здоровых детей, отнесенных по критериям В. Ю. Альбицкого к группам часто и эпизодически болеющих детей, позволяет сделать следующие **выводы:**

1. Часто болеющие дети в период отсутствия клинических признаков ОРИ отличаются от эпизодически болеющих более высоким содержанием кортизола, ХС-ЛПНП и более низким содержанием ХС-ЛПВП, что подтверждает возможность предлагаемой концепции пато-

генетического механизма повышенной восприимчивости к ОРИ у часто болеющих детей.

2. Оценка интегральных показателей, рассчитанных по формулам дискриминантного анализа и апостериорного перераспределения объектов по группам ЭБД и ЧБД на основе содержания кортизола, ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП, может быть использована для включения детей в диспансерную группу часто болеющих еще до заболевания, что даст возможность ранней профилактики ОРИ.

3. Предлагаемый метод также пригоден для мониторинга адекватности профилактических действий у детей в интерморбидный период, уже отнесенных к группе часто болеющих по критериям В. Ю. Альбицкого и А. А. Баранова.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Заболеваемость, инвалидность и смертность подростков Беларуси: Аналитический обзор / Н. Н. Пилипевич [и др.] // *Вопр. информ. здравоохран.* — 2004. — № 2. — С. 12–16.
2. Кулакова, Е. В. Медицинская активность семей, имеющих детей, посещающих городские дошкольные образовательные учреждения / Е. В. Кулакова, Е. С. Богомоллова // *С. науч.*

трудов. *Здоровье и окружающая среда.* Вып. 12. — Минск, 2008. — С. 578–581.

3. Селиванов, А. А. Экология аденовирусов человека / А. А. Селиванов // *Вестн. АМН СССР.* — 1983. — № 5. — С. 40–44.

4. Беляков, В. Д. Проблема саморегуляции эпидемического процесса в развитии эпидемического процесса / В. Д. Беляков // *Вестн. АМН СССР.* — 1977. — № 2. — С. 57–65.

5. Альбицкий, В. Ю. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления / В. Ю. Альбицкий, А. А. Баранов. — Саратов, 1986. — 180 с.

6. Вахитов, Х. М. Повторные острые респираторные заболевания как фактор риска развития дислипидемий у детей / Х. М. Вахитов, О. И. Пикуза // *Педиатрия.* — № 5. — 2004. — С. 35–37.

7. Кокорева, С. П. Иммунологические и биохимические изменения у детей с частыми респираторными инфекциями / С. П. Кокорева, Н. П. Куприна, Л. В. Семенченко // *Эпидемиология и инфекционные болезни.* — 2008. — № 4. — С. 28–31.

8. Особенности функционирования эндокринной, иммунной и липидтранспортной системы детей, часто болеющих респираторными инфекциями / С. С. Осочук [и др.] // «Современные проблемы инфекционной патологии человека». Сборник международной научно-практической конференции. — Минск, 2009. — С. 512–516.

9. Регуляция и модуляция иммунологического ответа / Н. А. Добротина [и др.] // *Вестник Нижегородского университета им. Лобачевского.* — 2007. — № 5. — С. 62–64.

10. Rifting, B. Typing of hipolipoproteinemia / B. Rifting // *Atherosclerosis.* — 1970. — Vol. 11. — P. 545–546.

11. Боровиков, В. П. *Statistica.* Искусство анализа данных на компьютере. Для профессионалов / В. П. Боровиков. — СПб.: Питер, 2001. — 656 с.

Поступила 31.08.2010

УДК 616.432-006]-036.1-07-08

АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА: ИСТОРИЯ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

В. П. Сытый, А. А. Гончар, Ю. В. Сытый

Белорусский государственный педагогический университет
им. Максима Танка, г. Минск

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск
5-я городская клиническая больница, г. Минск

В статье представлены данные об истории, распространенности, клинике, диагностике и лечении различных типов аденом гипофиза. Приведены современные классификации аденом гипофиза, МРТ семиотика аденом и осложнений (апоплексия гипофиза).

Ключевые слова: аденома гипофиза, пролактинома, соматотропинома, тиреотропинома, апоплексия гипофиза, КТ, МРТ, трансфеноидальный доступ.

PITUITARY ADENOMAS: HISTORY, SPREAD, CLINICS, DIAGNOSTICS, TREATMENT

V. P. Syty, A. A. Gonchar, Yu. V. Syty

Belarusian State Pedagogic University named after Maxim Tank, Minsk
Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk
5th City Clinical Hospital, Minsk

In article there are data about history, spread, clinics, diagnostics and treatment of various types of pituitary adenomas. Modern classifications of pituitary adenomas, MPI semiotics of adenomas and complications (pituitary apoplexy) have been given.

Key words: pituitary adenoma, prolactinoma, somatotropinoma, pituitary apoplexy, CT, MRI, transsphenoidal approach.

Первое морфологическое описание строения гипофиза, которое сделал П. И. Перемежко, относится к 1867 г. Он показал, что в гипофизе имеется корковый слой (передняя доля), полость мозгового придатка и белый мозговид-

ный слой (задняя доля). В последующие годы была изучена функция, регулирующая деятельность периферических желез внутренней секреции, меланостимулирующего гормона, липотропина, вазопрессина, окситоцина [1].