

Интерпретация полученных результатов может быть основана на колебаниях гликемии, точнее, гипогликемических состояниях, которые неизбежны у пациентов с сахарным диабетом, получающих инсулинотерапию. Гипогликемия инициирует выброс контринсулярных гормонов, в том числе адренкортикотропина и глюкокортикоидов. Частые гипогликемии сопровождаются повышенной стимуляцией функции коры надпочечников, что может приводить к ее гиперплазии, а, возможно, к локальным образованиям. Наши исследования подтвердили относительно большую глюкокортикоидную активность инсиденталом у больных с сахарным диабетом и в утреннее, и в вечернее время.

По результатам нашего обследования установлено:

1. У пациентов с сахарным диабетом типа 2 и стажем заболевания более 10 лет достоверно чаще встречались инсиденталомы надпочечников ($p < 0,05$) в сравнении с пациентами условно контрольной группы.

2. Среди пациентов без сахарного диабета инсиденталомы были выявлены у пациентов с алиментарно-конституциональным ожирением ($ИМТ > 35 \text{ кг/м}^2$).

3. Выявленные в обеих группах инсиденталомы оказались гормонально неактивными. Однако, установлено, что у пациентов с сахарным диабетом типа 2 средние значения уровней кортизола в обеих суточных пробах были достоверно выше, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА

М.П. Каплиева, А.В. Ладошкина

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Беларусь*

Синдром гиперкортицизма (ГК) включает в себя группу заболеваний, при которых происходит длительное хроническое воздействие на организм человека избыточного количества гормонов коры надпочечников.

Синдром ГК бывает обусловлен повышенной выработкой адренкортикотропного гормона (АКТГ) гипофиза, который стимулирует избыточную продукцию глюкокортикоидов надпочечников. АКТГ может вырабатываться аденомой гипофиза (центральный ГК) или эктопированной кортикотропиномой, которая может располагаться в бронхах, легких, печени, яичках, яичниках, кишечнике.

Первичный ГК возникает вследствие доброкачественной или злокачественной опухоли коры надпочечников, гиперплазии коры надпочечников, продуцирующих в кровь избыточное количество глюкокортикоидов. По закону обратной связи снижается выработка АКТГ гипофиза и оставшаяся ткань надпочечников подвергается атрофическим изменениям.

Целью нашей работы явилось изучение и оценка значимости клинических и лабораторных данных в диагностике синдрома ГК и дифференциальной диагностике первичного гиперкортицизма (ПГК) и центрального гиперкортицизма (ЦГК).

Для исследования были отобраны 31 пациент в возрасте от 17 до 65 лет, находившихся на обследовании в эндокринологическом отделении Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» с 2008 по 2010 годы. По гендерному составу исследуемой группы общее количество лиц мужского пола составило 11 человек, женщин – 20 человек.

Все пациенты при поступлении проходили обследование, которое включало выяснение жалоб больного, сбор анамнеза жизни и болезни, физикальное, лабораторное и инструментальное обследование.

У всех больных проводилась лабораторное определение уровня кортизола по суточному профилю (8:00,14:00,21:00). У 15 пациентов также определяли уровень АКТГ по суточному профилю (8:00,14:00,21:00). Для этого использовали метод иммуноферментного анализа на анализаторе «Architect i2000» (Abbot, USA). Референтные значения для показателя кортизола в сыворотке крови до полудня составляли 101,2-535,7 нмоль/л, после полудня – 79,0-477,8 нмоль/л. Референтные значения показателя АКТГ в сыворотке крови в течение дня составляли 10-50 нг/мл. Стандартная большая дексаметазоновая проба была проведена семи пациентам. Статистический анализ результатов исследования выполнялся с помощью общепринятых методов.

По результатам исследования ГК чаще встречался у женщин (20 из 31). Анализ по возрасту пациентов показал, что наибольшее число больных было в возрастной группе 17-29 лет (48,4 %), что в 15 раз выше, чем в возрастной группе 60-69 лет (3,2 %). Средний возраст пациентов составил $33 \pm 2,7$ лет (17;65).

Диагноз ЦГК был установлен у 26 человек, из них 16 пациентам ранее была проведена лучевая терапия гипофиза, а 10 человек поступили на обследование для подтверждения диагноза. Все пациенты имели клинические симптомы впервые выявленного, рецидивирующего или резидуального гиперкортицизма.

Диагноз ПГК был у 3-х человек, из них двоим пациентам ранее было проведено хирургическое лечение (адреналэктомия), а один человек поступил на обследование для подтверждения диагноза.

- У обследованных пациентов наблюдались следующие клинические симптомы, характерные для ГК повышенный уровень кортизола – в 31 случае (100%);
- диспластическое ожирение – в 27 случаях (87%);
- стрии (*striae descendens*) – в 26 случаях (84%);
- повышенное артериальное давление (АД) – в 26 случаях (84%);
- повышенная экскреция кортизола с мочой – в 18 случаях (58%);
- гипергликемия – в 15 случаях (48%);
- структурная патология при визуализации (магнито-резонансная томография (МРТ) гипоталамо-гипофизарной зоны, компьютерная томография (КТ) надпочечников) – в 15 случаях (48%);
- повышенный уровень АКТГ – в 15 случаях (48%).

У 20 (65 %) пациентов уровень кортизола был повышен во всех трех пробах суточного профиля. У 1 (3 %) пациента уровень кортизола был повышен в одной пробе, в двух остальных результат был нормальным (ложноотрицательным) с учетом клинических манифестных симптомов. У 10 (32 %) пациентов уровень кортизола был повышен в двух пробах, в одной пробе – нормальный (ложноотрицательный).

Чувствительность лабораторного метода определения уровня кортизола в сыворотке крови составила 87 %, специфичность метода по нашим данным составила 13 %, что значительно ниже данных других исследователей. Возможно, данные получены на малой по численности группе обследованных.

Определение уровня АКТГ проводилось 15 пациентам с установленным диагнозом ЦГК. У всех 15 пациентов уровень АКТГ был повышен во всех трех пробах суточного профиля. Проведенный анализ данных показал, что диагностическая чувствительность определения АКТГ в исследуемой группе составила 100 %. Диагностическая специфичность не может быть определена в данном исследовании из-за отсутствия истинноотрицательных значений. Средний уровень кортизола в утренних пробах сыворотки крови у пациентов с ЦГК составил $825,8 \pm 67,1$ нмоль/л, у пациентов с ПГК – $666,6 \pm 45$ нмоль/л, что значительно выше референтных значений. В пробах, взятых после полудня, у пациентов с ЦГК медиана значений уровня кортизола составила $659,3 \pm 7$ нмоль/л, у пациентов с ПГК – $530,1 \pm 5$ нмоль/л. Достоверных различий между уровнем кортизола при ЦГК и ПГК в утреннее и полуденное время не установлено, вследствие нерепрезентативной выборки пациентов.

Для диагностики ЦГК максимальную информативность показали результаты проведения большой дексаметазоновой пробы. В исследуемой группе она была выполнена 7 пациентам. У всех 7 человек проба была положительной. До проведения большой дексаметазоновой пробы средний уровень кортизола составлял $645,2 \pm 33,1$ нмоль/л, после пробы – $510,4 \pm 57,9$ нмоль/л. Средний уровень АКТГ у этих пациентов был повышен и составил $63,2 \pm 11,1$ нг/мл.

Визуализация гипоталамо-гипофизарной зоны и надпочечников часто невозможна, из-за избыточной массы тела пациентов для имеющихся томографов.

Таким образом, результаты проведенного анализа показывают, что для подтверждения диагноза ЦГК в дифференциальной диагностике с ПГК наиболее высокую информативность несут показатели большой дексаметазоновой пробы и определение концентрации АКТГ в сыворотке крови.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

М.П. Каплиева, В.В. Силуянов

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Беларусь*

Функциональное состояние щитовидной железы (ЩЖ) существенно влияет на здоровье и определяет качество жизни пациентов. Манифестные тироидные дисфункции – гипотироз и гипертироз – проявляются характерным симптомокомплексом и верифицируются лабораторными и гормональными тестами. Большинство широкомасштабных популяционных исследований позволило выявить высокую распространенность субклинических дисфункций ЩЖ, при которых практически отсутствуют жалобы и клинические симптомы, однако имеются отклонения в гормональном статусе.

В Колорадском исследовании было обследовано 25862 пациента и установлено, что субклинический гипотироз (СКГ) – достаточно распространенное заболевание и часто не распознанное. Заболеваемость гипотирозом увеличивается с возрастом и чаще встречается у женщин.

На основании полученных результатов Роттердамского исследования показано, что СКГ выявляется у 10,8% пожилых женщин и ассоциируется с более высокой заболеваемостью атеросклерозом аорты,