



¹Н.И. Волкова, ²Ю.В. Спасская

ЛЕЧИТЬ ИЛИ НЕ ЛЕЧИТЬ, ИЛИ КАК ТРАКТОВАТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра внутренних болезней № 3,

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер.Нахичеванский, 29. E-mail: n_i_volkova@mail.ru

²МЛПУЗ «Городская больница № 4»

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пр. Богатыновский Спуск, 27.

У больной С. изначально были нормальные показатели артериального давления, и даже наблюдалась склонность к гипотензии при повышенном в разы уровне альдостерона, что является нетипичным для картины первичного гиперальдостеронизма, так как для этого заболевания характерно в 100% случаев высокие цифры артериального давления. Но изначально необоснованное обследование пациентки привело к удалению надпочечника, что в итоге не сопровождалось нормализацией уровня альдостерона. В Ростовском-на-Дону городском эндокринологическом центре проведена ортостатическая проба. Результат пробы показал адекватный ответ надпочечников на перемену положения тела, вынесено предположение, что повышенные цифры альдостерона являются индивидуальной особенностью пациентки и в дальнейшем лечении больная С. не нуждается.

Ключевые слова: инциденталомы надпочечников, первичный гиперальдостеронизм, альдостерома, гиперальдостеронемия.

¹N.I. Volkova, ²U.V. Spasskaya

TO TREAT OR NOT TO TREAT, OR HOW TO INTERPRET THE RESULTS OF THE BACKGROUND STUDY (MEDICAL CASE)

¹Rostov State Medical University,

Department of Internal Medicine № 3,

29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: n_i_volkova@mail.ru

²Municipal Hospital № 4»

27 Bogatyanovskiyi Spusk, Rostov-on-Don, 344022, Russia.

The patient C. initially had normal numbers of blood pressure, and even observed a tendency to hypotension with increased many times the level of aldosterone, which is atypical for a picture of primary hyperaldosteronism, since this disease is characterized by 100% of the high numbers of blood pressure caused by the action of aldosterone. But initially unwarranted patient survey led to the removal of healthy adrenal gland, which ultimately was not accompanied by normalization of the level of aldosterone. In Rostov-on-Don city endocrinology center in accordance with the standards of diagnosis and treatment of primary hyperaldosteronism held orthostatic test, which showed an adequate adrenal response to a change in body position, made the assumption that increased numbers of aldosterone are individual character, and the patient's further treatment the patient C. does not need.

Key ords: adrenal incidentaloma, aldosteroma, primary hyperaldosteronism, hyperaldosteronemiya.



На современном этапе развития медицины результаты научных исследований в кратчайшие сроки должны внедряться в клиническую практику. В развитых странах мира регулярно создаются и обновляются национальные рекомендации по диагностике и лечению больных, которые базируются на данных многоцентровых рандомизированных контролируемых исследований, отвечающих принципам доказательной медицины. В частности, для ведения больных с первичным гиперальдостеронизмом (ПГА) международным эндокринологическим обществом, европейским эндокринологическим обществом, международным обществом по артериальной гипертензии, в 2008 году обновлены клинические рекомендации [1,2,3]. К сожалению, игнорирование современных достижений медицинской науки может в реальной практической деятельности приводить как к гипо-, так и гипердиагностике.

Цель работы - на примере собственного клинического наблюдения обратить внимание на проблему своевременной диагностики первичного гиперальдостеронизма.

Больная С., 50 лет, обратилась в городской эндокринологический центр (ГЭЦ) МЛПУЗ «Городская больница №4» г. Ростова-на-Дону с жалобами на умеренную слабость, периодически возникающее чувство жара, эмоциональную лабильность, запоры, частые судороги в ногах, изменение фигуры (увеличение окружности талии). Также больная акцентировала внимание на повышенном уровне альдостерона, который, согласно анализу с места жительства составил > 2000 (норма 25-315) пг/мл.

Из анамнеза известно, что в 2006 году пациентка пережила стресс (внезапно умер муж от онкопатологии). Сын, обеспокоенный здоровьем матери, попросил ее обследоваться. При ультразвуковом исследовании органов брюш-

ной полости выявлено опухолевое образование левого надпочечника. В дальнейшем пациентке была выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Описание: «...надпочечники обычной формы и размеров, однородной структуры. В латеральной ножке левого надпочечника округлое образование низкой плотности (6 ед.Н) размерами до 14 мм достоверно не накапливающее контрастное вещество при болюсном контрастном усилении... Заключение: КТ-картина объемного образования латеральной ножки левого надпочечника».

Обратите внимание! В связи с широким внедрением в медицинскую практику высокоточных визуализирующих методов исследования возросло число выявляемых образований надпочечников [4]. Достаточно часто это происходит при обследовании пациента не по поводу надпочечниковой патологии, а в связи с другими заболеваниями. Следует отметить, что определяемое таким образом образование может иметь, а может и не иметь органную принадлежность к надпочечнику, может быть гормонально-активным, а может и не продуцировать гормоны, может быть как злокачественным, так и доброкачественным и т.д. [5]. В связи с этим предложено опухоль надпочечника(-ков), выявленную при томографическом обследовании не по поводу надпочечниковой патологии, называть инциденталомой (англ. *incidental* – внезапный, случайный). При обнаружении инциденталомы надпочечника(-ков) (ИН) целью диагностического поиска является уточнение генеза опухоли и выставление окончательного диагноза, поскольку «инциденталома» может фигурировать только в качестве предварительного диагноза. В 2007 г. Young W.F.Jr предложил алгоритм диагностики и лечения инциденталом [4] (см. рис. 1).



Рис. 1. Алгоритм диагностики и лечения инциденталомы надпочечника.



Как видно из представленного алгоритма, исключение злокачественности основывается на размерах опухоли и ее радиологической семиотике. А гормональная активность оценивается по достаточно простым, но высокочувствительным тестам. Малая дексаметазоновая проба позволяет выявить субклинический гиперкортизолизм (из названия понятно, что клинически он никак не будет проявляться, поэтому проведение этой пробы показано всем пациентам с ИН). Определение суточной экскреции метанефрина и норметанефрина также необходимо во всех случаях ИН, так как, вопреки старым представлениям, феохромоцитомы не всегда может проявляться артериальной гипертензией (АГ). В тоже время, исключение гиперальдостеронизма (определение соотношения альдостерон/ренин) показано только при наличии облигатного (лат. *obligatus* – обязательный, неперенный) признака – АГ.

Таким образом, у пациентки С. была обнаружена инциденталомы, требующая уточнения диагноза. На момент обнаружения ИН больная С. была нормального телосложения, ИМТ 25 кг/м², имела артериальное давление 110/70 мм рт.ст., ЧП=ЧСС=70 уд.в мин., каких-либо иных отклонений выявлено не было. Больной было проведено следующее обследование: определение концентрации в плазме крови свободного тестостерона, тиреотропного гормона, альдостерона, ионов калия и натрия (см. табл. 1). По результатам лабораторного обследования был выставлен диагноз: альдостерома. Рекомендована консультация хирурга-эндокринолога.

Таблица № 1.

**Лабораторные исследования больной С.
после выявления инциденталомы надпочечника**

Исследуемый показатель	Результат	Единицы измерения	Норма
Тестостерон (свобод)	> 100.0	пг/мл	женщины 0.0-4.1
ТТГ	0.97	мкМЕ/мл	0.4-4.0
альдостерон	2199.50	пг/мл	25-315
Натрий	136	ммоль/л	135.0-150
Калий	3.5	ммоль/л	3.6-5.5

Обратите внимание! Так как артериальная гипертензия является обязательным симптомом ПГА, при ее отсутствии обследований, направленных на выявление ПГА, не проводят [1, 2, 3]. Это связано с тем, что вероятность выявления ПГА при нормальном АД и инциденталоме равна нулю, а обследования являются сложными, дорогостоящими, малоинформативными и инвазивными. Так, определение концентрации альдостерона нецелесообразно, необходимо оценивать альдостерон-рениновое соотношение (АРС)[2, 6] и только после исключения всех влияющих на этот показатель факторов. Если получено положительное АРС, то необходимо проведение одного из 4 подтверждающих ПГА тестов (тест с пероральной натриевой нагрузкой, тест с кортинефмом, тест с каптоприлом, тест с физиологическим раствором). И, наконец, если больному показано оперативное лечение, то для окончательного

подтверждения диагноза ПГА (поскольку все предыдущие тесты могут быть ложноположительными) рекомендовано проведение сравнительного селективного венозного забора крови опытным специалистом, после чего должен решаться вопрос об оперативном лечении [2, 7]. Отсутствие в России соблюдения единых подходов к обследованию пациентов с инциденталомой надпочечников привело к огромному числу неоправданных оперативных вмешательств по их удалению [4].

История больной С. наглядно демонстрирует вышеизложенное утверждение. После получения высокого уровня альдостерона, обнаруженное образование, расцененное как альдостерома, было удалено вместе с надпочечником. По данным гистологического исследования – светлоклеточная аденома. Через полтора месяца после адреналэктомии больной повторно проводят определение концентрации альдостерона плазмы крови, и она оказывается еще выше: исходно 2199.50 пг/мл, после операции > 2000 пг/мл.

Далее пациентке в различных медицинских учреждениях определялся уровень практически всех гормонов, в том числе и альдостерона (который по-прежнему был гораздо выше нормы), всего проведено более 50 определений! Больная посетила 5 врачей-эндокринологов, гастроэнтеролога, гинеколога, онколога, в течение 7 месяцев 2 раза проведена СКТ брюшной полости и забрюшинного пространства (заключение: состояние после левосторонней адреналэктомии).

На момент обращения в ГЭЦ общее состояние пациентки удовлетворительное, в то же время обращает на себя внимание выраженная эмоциональная лабильность пациентки, канцерофобия. При объективном обследовании: удовлетворительного питания, индекс массы тела – 25 кг/м², окружность талии – 88 см.; кожные покровы чистые, видимые слизистые оболочки без особенностей; частота сердечных сокращений – 67 ударов в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст., тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание в легких везикулярное, хрипов нет; щитовидная железа мягко-эластической консистенции, не увеличена. Общеклинические лабораторные показатели в пределах нормы. Поскольку пациентка была уверена, что у нее «есть либо опухоль, либо метастазы, продуцирующие альдостерон», ей был проведен тест с постуральной (ортостатической) нагрузкой. Концентрация альдостерона лёжа составила 1661,08 (N25-315) пг/мл, а в вертикальном положении тела > 2000 (N25-315) пг/мл, что свидетельствует об адекватном ответе надпочечников на перемену положения тела. Учитывая то, что амбулаторно зафиксирован повышенный уровень свободного тестостерона > 100пгМЕ/мл, в ГЭЦ повторно определён уровень общего тестостерона, так как оценка свободного тестостерона является малоинформативной (нестандартизированный метод исследования). Получена концентрация общего тестостерона в диапазоне нормальных величин: общий тестостерон = 2,24 (норма 0,5-4,3) нг/мл.

На основании полученных данных поставлен **заключительный клинический диагноз. Основной:** Состояние после адреналэктомии слева. Гиперальдостеронемия (лабораторный феномен).

Но пациентка С. не верит в отсутствии у себя болезни, настроена на продолжение поиска опухоли, приняла решение о консультации в г. Москве. Она боится, **она в панике!**

Приведенный клинический случай является, на наш



взгляд, яркой демонстрацией того, как игнорирование современных знаний, несоблюдение уже разработанных клинических рекомендаций по диагностике и лечению

пациентов с инциденталомами надпочечников приводят к необоснованным оперативным вмешательствам и резкому ухудшению качества жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Funder JW et al. Guidelines for Management of Patients with Primary Aldosteronism //J Clin Endocrin Metab. – 2008. – № 93 (9). – P. 3266–81.
2. Бельцевич Д.Г. (перевод) Первичный гиперальдостеронизм. Клинические рекомендации //Эндокрин. хир. – 2008. – № 2 (3). – С. 6–20.
3. Mattsson C, Young JrWF. Primary aldosteronism: diagnostic and treatment strategies //Nature Clin Pract Nephrol. – 2006. – № 2 (4). – P. 198–208.
4. Бельцевич Д.Г., Кузнецов Н.С., Солдатова Т.В., Ванушко В.Э. Инциденталомы надпочечников //Эндокринная хирургия. – 2009. – № 1(4). – С. 19–23.
5. Allolio B. Adrenal Incidentalomas. Adrenal Disorders, ed. C.G. Margioris AN. – Totowa: Humana Press Inc. New Jersey, 2001. – P. 249–61.
6. Tiu SC, Choi CH, Shek CC et al. The use of aldosterone-renin ratio as a diagnostic test for primary hyperaldosteronism and its test characteristics under different conditions of blood sampling //J Clin Endocrinol Metab. – 2005. – № 90. – P. 72–8.
7. Young WF et al. Role for adrenal venous sampling in primary aldosteronomas //Surgery. – 2004. – № 136. – P. 1227–1235.

ПОСТУПИЛА: 03.05.2010