

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ КНИГОЙ	9
НЕКОТОРЫЕ ВАЖНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ	11
АКТУАЛЬНОСТЬ ЭНДОКРИННЫХ ПРИЧИН ГИПЕРТЕНЗИЙ	14
Эндокринные причины гипертензии	14
ФЕОХРОМОЦИТОМА	17
Общая характеристика	17
Распространенность	17
Клинически значимые аспекты патофизиологии	18
Особенности клинической картины	20
Кому показан скрининг	23
Скрининговые тесты	24
Интерпретация результатов	28
Причины ложных результатов	29
Показания к консультации эндокринолога	31
РЕЗЮМЕ	35
ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ	38
Общая характеристика	38
Распространенность	39
Клинически значимые аспекты патофизиологии	40
Особенности клинической картины	40
Кому показан скрининг	41
Скрининговые тесты	43
Особенности преаналитического этапа исследования гормонов	44
Интерпретация результатов тестов	45
Причины ложных результатов	46
Показания к консультации эндокринолога	49
РЕЗЮМЕ	52

ДРУГИЕ ФОРМЫ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА	54
Врожденная дисфункция коры надпочечников	55
Недостаточность 11 β -гидроксилазы.	57
Недостаточность 17 α -гидроксилазы.	60
Опухоли, продуцирующие дезоксикортикостерон	63
Первичная резистентность к кортизолу.	65
Синдром мнимого избытка минералокортикоидов.	66
Синдром Лиддла: аномальный ионный транспорт в почках	68
РЕЗЮМЕ	71
СИНДРОМ КУШИНГА	74
Общая характеристика.	74
Распространенность	75
Клинически значимые аспекты патофизиологии	76
Особенности клинической картины	77
Кому показан скрининг	79
Скрининговые тесты	81
Особенности преаналитического этапа проведения тестов	81
Интерпретация результатов тестов	85
Показания к консультации эндокринолога	87
РЕЗЮМЕ	90
СИНДРОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА	92
Общая характеристика.	92
Распространенность	92
Клинически значимые аспекты патофизиологии	93
Особенности клинической картины	94
Кому показан скрининг	96
Скрининговые тесты	96
Особенности преаналитического этапа исследования	
гормонов	96
Интерпретация результатов.	97
Причины ложных результатов	98
Показания к консультации эндокринолога	99
РЕЗЮМЕ	101
СИНДРОМ ГИПОТИРЕОЗА	103
Общая характеристика.	103

Распространенность	103
Важные клинические аспекты патогенеза	104
Особенности клинической картины	104
Кому показан скрининг	105
Скрининговые тесты	106
Особенности преаналитического этапа исследования гормонов	106
Интерпретация результатов.	106
Показания к консультации эндокринолога	107
РЕЗЮМЕ	109
ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ И ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ	110
Общая характеристика.	110
Распространенность	111
Клинически значимые аспекты патофизиологии	111
Особенности клинической картины	112
Кому показан скрининг	114
Скрининговые тесты	115
Причины ложных результатов	116
Показания к консультации эндокринолога	117
РЕЗЮМЕ	119
АКРОМЕГАЛИЯ	121
Общая характеристика.	121
Распространенность	122
Важные клинические аспекты патогенеза	122
Особенности клинической картины	123
Кому показан скрининг	124
Особенности преаналитического этапа исследования гормонов	126
Интерпретация результатов.	127
Причины ложных результатов	127
Показания к консультации эндокринолога	128
РЕЗЮМЕ	132
ПРИЛОЖЕНИЯ	134
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	142

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые коллеги!

Перед вами современные рекомендации по скринингу эндокринных причин гипертензий для врачей-терапевтов. Необходимость их создания обусловлена, с одной стороны, устойчивыми мифами и устаревшими знаниями в отношении этой проблемы, а с другой — появлением современных клинических рекомендаций практически по всем эндокринопатиям, сопровождающимся повышением артериального давления (АД).

Как известно, синдром артериальной гипертензии (АГ) встречается у каждого третьего взрослого пациента. Согласно рекомендациям по диагностике и лечению гипертонической болезни, у каждого пациента с синдромом АГ требуется в начале исключение вторичных причин повышения артериального давления, а только потом возможно выставление диагноза «гипертоническая болезнь (ГБ)». В реальной же клинической практике имеет

место диаметрально противоположная ситуация: диагноз «гипертоническая болезнь» выставляется в большинстве случаев без выполнения дифференциальной диагностики причин АГ.

На наш взгляд, отсутствие скрининга эндокринных причин АГ терапевтами, вероятно, может быть обусловлен устойчивыми заблуждениями о том, что:

- ✓ эндокринные причины АГ встречаются крайне редко;
- ✓ эндокринные заболевания имеют специфические клинические признаки, и поэтому их отсутствие исключает эндокринные причины АГ;
- ✓ скрининг эндокринных причин АГ — это крайне сложные диагностические тесты;
- ✓ скрининг эндокринных причин АГ — это не ответственность терапевта.

Реальная ситуация совершенно иная.

Во-первых, эндокринные заболевания, сопровождающиеся синдромом АГ, занимают второе место после реноваскулярных в структуре причин симптоматических АГ. Поэтому их скрининг должен быть выполнен практически у каждого пациента с синдромом АГ.

Во-вторых, на сегодняшний день превалируют клинически стертые формы эндокринных заболе-

ваний. Поэтому отсутствие специфических (ярких) клинических признаков (даже при таких заболеваниях, как акромегалия и синдром Кушинга) не исключает наличие эндокринной патологии.

В-третьих, на настоящий момент для каждой эндокринной патологии, сопровождающейся синдромом артериальной гипертензии, разработаны международные клинические рекомендации с четко регламентированным, понятным и доступным для проведения в реальной клинической практике алгоритмом диагностики.

Ну и наконец, в-четвертых, терапевт — это первый специалист, к которому в большинстве случаев обращается пациент с АГ. Поэтому заподозрить эндокринную причину АГ, равно как и другие, — это исключительно ответственность терапевта.

Исходя из вышеизложенного, основная цель настоящих методических рекомендаций — повысить осведомленность терапевтов об эндокринных причинах АГ, с одной стороны, а с другой — предоставить современный подробный алгоритм скрининга эндокринных причин АГ, который может проводить терапевт.

Авторы очень надеются, что представленные рекомендации будут полезным инструментом в повседневной клинической практике врача-терапевта.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ КНИГОЙ

Каждая глава, описывающая конкретную нозологию, состоит из трех частей.

1. Основное изложение материала, включающее в себя следующие разделы:

- ✓ общая характеристика и распространенность;
- ✓ клинически значимые аспекты патогенеза и особенности клинической картины;
- ✓ кому показан скрининг и скрининговые тесты;
- ✓ интерпретация полученных результатов (причины ложных результатов);
- ✓ показания к консультации эндокринолога;
- ✓ *Nota bene*, где выделены важные клинические выводы.

2. Разбор клинического случая с акцентом на допущенные в ходе диагностики ошибки.

3. Резюме с кратким изложением основных позиций.

Такое предоставление информации, на наш взгляд, позволит врачу более подробно ознакомиться с материалом (основная часть), когда он располагает временем. А когда не располагает, но ему требуется быстро вспомнить основные детали, он может обратиться к резюме. В свою очередь, разбор клинического случая позволит провести параллели со своей клинической практикой.

НЕКОТОРЫЕ ВАЖНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

В представленных рекомендациях намеренно освещены только вопросы скрининга эндокринной патологии, сопровождающейся АГ, поскольку подтверждение диагноза и назначение специфического лечения лежит в сфере ответственности эндокринолога.

На наш взгляд, важно правильно понимать, что включает в себя понятие *скрининг*.

Согласно определению ВОЗ, скрининг — «это услуга в области здравоохранения, состоящая в том, что представителям конкретной популяции, которые не обязательно понимают, что они подвержены риску заболевания или уже страдают болезнью либо ее осложнения-

ми, задаются вопросы или предлагается тест для выявления среди них тех, кому с большей вероятностью будет оказана помощь, а не причинен вред дальнейшими тестами или лечением с целью снижения риска заболевания или его осложнений».

Потенциальное показание для скрининга того или иного состояния основано на ряде критериев, которые четко определены уже много лет назад и актуальны по настоящее время. Основные критерии включают в себя следующее:

- 1) распространенность заболевания оправдывает скрининг, искомое состояние должно быть значимой угрозой здоровью;
- 2) в достаточной мере должно быть известно естественное течение заболевания, а постановка раннего диагноза должна улучшать клинический исход;
- 3) используемые тесты должны обладать хорошими диагностическими характеристиками;
- 4) должно существовать признанное и установленное лечение или вмешательство для лиц с выявленным заболеванием;
- 5) польза от скрининга должна превышать потенциальный вред.

Последний пункт включает в себя и экономическую эффективность, которая является обяза-

тельной составляющей рекомендаций по скринингу.

В нашей стране в реальной клинической практике экономическая составляющая выполняемых скрининговых (и не только) исследований не учитывается. Поэтому аргумент, что я не выполнил какое-то исследование, поскольку оно удорожает процесс диагностики, не совсем корректно, особенно если учитывать огромное количество абсолютно неоправданных и непоказанных исследований, которым подвергается больной на начальном этапе диагностического поиска.

Следует отметить, что представленные методические рекомендации написаны на основе актуальных международных и российских клинических рекомендаций, а те области, где мнения авторов расходятся с предлагаемыми рекомендациями, обозначены как примечание. Помимо этого, авторы предоставляют ссылки для возможности ознакомления с первоисточниками.

АКТУАЛЬНОСТЬ ЭНДОКРИННЫХ ПРИЧИН ГИПЕРТЕНЗИЙ

Синдром артериальной гипертензии наблюдается практически у каждого третьего взрослого. В большинстве случаев встречается эссенциальная или идиопатическая гипертензия, однако в 15% случаев синдром АГ имеет вторичный характер. Более 50% детей с синдромом АГ также имеют вторичный характер гипертензии. У людей младше 40 лет симптоматическая АГ встречается примерно в 30% случаев. Синдром АГ может быть первым проявлением как минимум 15 эндокринных заболеваний.

Эндокринные причины гипертензии

- I. Надпочечниковый генез.
 1. Феохромоцитома.
 2. Первичный гиперальдостеронизм.



- 3. Гипердезоксикортикостеронизм:
 - а. Врожденная гиперплазия надпочечников:
 - ✓ Недостаточность 11 β -гидроксилазы,
 - ✓ Недостаточность 17 α -гидроксилазы;
 - б. Опухоль, продуцирующая дезоксикортикостерон;
 - с. Первичная резистентность к кортизолу.
 - 4. Синдром Кушинга.
- II. Синдром мнимого избытка минералокортикоидов / недостаточность 11 β -гидроксистероиддегидрогеназы.
- 1. Генетические.
 - 2. Приобретенные:
 - а. прием лакрицы или карбеноксолона;
 - б. синдром Кушинга.
- III. Патология околощитовидных желез.
- 1. Гиперпаратиреоз.
- IV. Патология гипофиза.
- 1. Акромегалия.
 - 2. Синдрома Кушинга.
- V. Патология щитовидной железы.
- 1. Гипотиреоз.
 - 2. Тиреотоксикоз.



Таким образом, установление точной причины синдрома АГ позволяет клиницисту кардинально оптимизировать лечение АГ посредством хирургического лечения или специфической фармакологической (негипотензивной) терапии исходного эндокринного заболевания.