

© ЖУК Е.А., ГРИЩЕНКО Е.Г., НИКОЛАЕВА Н.Н., ПЕТРОВА М.М. – 2009

СОМАТОПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС У МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Е.А. Жук, Е.Г. Грищенко, Н.Н. Николаева, М.М. Петрова

(Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра терапии Института последипломного образования, зав. – д.м.н., проф. Ю.И. Гринштейн)

Резюме. Целью исследования явилась оценка психического статуса у больных с хроническим гепатитом С (ХГС), на основе данных соматотипирования выявление группы больных, склонных к высокому риску развития тревожно-депрессивных расстройств, снижающих возможность проведения комплексной противовирусной терапии. Проведено комплексное обследование 73 мужчин в возрасте 18-35 лет, страдающих ХГС в фазе реактивации различных конституциональных групп до, во время и после проведения комбинированной противовирусной терапии. По результатам исследования этиотропная терапия способствует увеличению частоты и тяжести тревожно-депрессивных расстройств у мужчин с ХГС. Наибольшему риску развития тревожно-депрессивных расстройств подвержены лица мускульного соматотипа (49%), меньшему – неопределенного (16%).

Ключевые слова: соматотип, хронический гепатит С, психические расстройства, противовирусная терапия.

EVALUATION OF PSYCHOSOMATIC STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C BEFORE, DURING AND AFTER COMBINED ANTIVIRAL TREATMENT

E.A. Zhuk, E.G. Grishenko, N.N. Nikolaeva, M.M. Petrova

(Krasnoyarsk State Medical University named after of V.F. Vojno-Yasenetskij)

Summary. The purpose of the study was to evaluate psychological state in patients with chronic hepatitis C virus (HCV) infection, as well as using somatotype data to reveal groups of patients highly susceptible to development of depressive disorders which interfere with complex antiviral therapy conduction. 73 men aged 18 to 35 years suffering from HCV in reactivation stage were underwent complex examination including somatotype evaluation. It was established that complex etiotropic therapy contribute to increase of the rate and severity of depressive disorders in men with HCV. The greatest risk of depressive disorders development have subjects with muscular somatotype (49%), the patients with indefinite somatotype have the least risk (16%). In patients with developed depressive disorders, temporary correction of etiotropic therapy and antidepressant addition was carried out. These measures allowed to achieve psychological state improvement and treatment continuation with adequate doses of antiviral drugs.

Key words: chronic hepatitis C, somatotype.

Проблема ХГС в настоящее время рассматривается как одна из первоочередных в практическом здравоохранении, в связи с высокой (до 70-80%) частотой хронизации болезни, реальной угрозой перехода ее в цирроз и рак печени, преимущественным поражением молодого наиболее трудоспособного населения.

Последние годы ознаменованы существенным повышением эффективности противовирусной терапии (ПВТ) больных с ХГС. Создание пегилированных интерферонов-а (Пег-ИФН-альфа2а и альфа2в) и применение их в комбинации с рибавирином позволило достигать элиминации вируса более чем у половины больных [8,11]. При этом частота стойкого вирусологического ответа (СВО) у больных, инфицированных 1 генотипом вируса гепатита С (HCV), составила 46-48%, у больных, инфицированных 2 или 3 генотипом HCV – 76-88% [8,11]. Вместе с тем, как показали многочисленные исследования, непосредственно само течение ХГС, а так же влияние противовирусной терапии сопряжены с развитием нежелательных явлений (НЯ) со стороны психосоматического статуса больных, наиболее серьезным из которых является депрессия [9]. Так, по данным литературы, у больных, инфицированных HCV, часто обнаруживаются психические расстройства, включающие алкогольную и наркотическую зависимость, депрессии и фобии [9]. Однако до последнего времени результаты масштабных исследований, касающиеся частоты этих расстройств в популяции не опубликованы или они являются единичными. Так Н.В. El-Serag и соавт. (2002), сообщают о наличии, по крайней мере, одного психического расстройства в анамнезе или в настоящее время у 85% HCV-инфицированных (среднее

число психиатрических диагнозов на 1 больного – 3,6).

Нежелательные явления противовирусной терапии, к настоящему времени хорошо изучены [6,7,9,10,12]. Предложено выделять четыре основных группы НЯ, развивающихся при лечении препаратами интерферонов-альфа (ИФН-а). Это, во-первых, часто встречающиеся нетяжелые НЯ (с частотой более 20%), как правило, не требующие изменения терапии; во-вторых, – менее частые (<10%) нетяжелые или средней тяжести НЯ, которые могут потребовать снижения дозы и/или отмены лечения; в-третьих, – редкие тяжелые (<1%) или опасные для жизни (<0,1%) НЯ, требующие отмены лечения; в-четвертых, – необратимые НЯ [6]. Наиболее частые НЯ, связанные с применением ИФН-а и относящиеся к первой и второй группам это: гриппоподобный синдром, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (снижение аппетита, тошнота, рвота, диарея), изменения со стороны ЦНС (нарушение концентрации, бессонница, раздражительность, депрессия), системы дыхания (кашель, одышка), кожи (алопеция, зуд, сыпь, сухость кожи), общие симптомы (астенический синдром, снижение массы тела, снижение потенции) и лабораторные показатели (тромбоцитопения, нейтропения, анемия, изменения уровней Т4, ТТГ). Группа редких и опасных для жизни осложнений, некоторые из которых могут быть необратимыми (третья и четвертая группа осложнений лечения), включает ряд аутоиммунных и системных проявлений с иммуноопосредованным механизмом развития, реакцию отторжения трансплантата, тяжелые кардиальные и сосудистые проблемы, снижение слуха и зрения, септицемию и др. [6,7,9,10,12].

Следует отметить, что тревожно-депрессивные расстройства являются самой частой причиной прерывания этиотропной терапии, способствуя значительному снижению качества жизни больных. Депрессию, наблюдаемую у больных при проведении интерферонотерапии, большинство исследователей относят к категории промежуточных (лекарственных). Вместе с тем, у большинства больных ХГС она носит чаще всего многофакторный характер еще до начала проведения ПВТ. Так, позитивные тесты на маркеры HCV частью больных воспринимаются как сильный стресс, добавляя реактивный компонент в снижение настроения. Более того, дисфункция щитовидной железы, нередко наблюдаемая при ХГС, может сопровождаться депрессивной симптоматикой [13]. И, наконец, наличие депрессии может быть следствием алкогольной и наркотической зависимости в прошлом [13].

Современный этап развития медицинской науки характеризуется постоянно нарастающим интересом к проблеме конституции в оценке уровня здоровья как населения, так и отдельных индивидов. Общая конституция является фундаментальной характеристикой целого организма. Это совокупность соматопсихобиологических характеристик, сложившихся в ходе филогенеза, которые обеспечивают генетически детерминированный способ реагирования на экзогенные и эндогенные изменения. Теория конституциологии ориентирована на выражение патологического в индивидуальном [5]. Проявлением физической конституции является соматотип — наиболее доступная, одинаково измеряемая, генетически детерминированная макроморфологическая основа. В плане реактивности именно соматотип дает первое обобщенное впечатление об эндогенном влиянии на организм [3,4] и может выступать в качестве основы конституциональной диагностики [2]. Роль соматотипа значима уже потому, что он является общим структурным выражением конституции, образуя ее основу [5]. Выявление единого симптомокомплекса конституциональных свойств, включающих важнейшие морфологические, физиологические и психофизические параметры, чрезвычайно важно в медицине, поскольку особенности функциональных взаимоотношений различных систем организма, детерминированные его соматотипом, определяют и особенности течения различных соматических заболеваний [1].

При соматотипировании оценивается преимущественное формирование мышечной, жировой или костной ткани, что может быть маркером определенных заболеваний, а также психофизиологических отличий. Выделяют 4 основных соматотипа у мужчин: мускульный — мощная мышечная или костная масса, слабое или среднее развитие жировой ткани; грудной — узкие плечи, грудная клетка уплощена, мышцы и жировые отложения развиты слабо; брюшной — отличается сильным развитием жировой ткани, слабым — мышечного и костного компонента; неопределенный — характеризуется слабым или средним развитием костной и мышечной ткани при средней выраженности жира (это пограничный соматотип между грудным и брюшным).

В настоящей работе впервые с позиций конституционального подхода изучены не только клинические и морфофункциональные проявления ХГС у молодых мужчин, но и определены различия психологического

статуса в зависимости от соматотипической принадлежности больного.

Цель настоящего исследования: оценить психический статус у больных ХГС с различным типом физической конституции, выявить группу больных, склонных к высокому риску развития тревожно-депрессивных расстройств, снижающих возможность проведения комплексной противовирусной терапии.

Материалы и методы

В исследование включены данные 73 мужчин в возрасте 18-35 лет, страдающих ХГС с минимальной степенью активности. Критериями исключения явились: признаки цирроза печени; синдром перегрузки железом, заболевания сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем, болезнь Вильсона-Коновалова, аутоиммунные заболевания. Клинические исследования состояли из двух этапов. Первый этап заключался в верификации диагноза в соответствии с международной классификацией хронических гепатитов (Лос-Анджелес, 1994), проведение соматотипирования, определения психосоматического статуса, второй — в проведении комплексной противовирусной терапии, оценке результатов лечения. Особое внимание обращалось на наличие и частоту возникновения НЯ, в частности, на частоту и выраженность тревожно-депрессивных расстройств.

Комбинированная противовирусная терапия больных с ХГС проводилась согласно современного стандарта и состояла в назначении — Пег-ИФН-а2b в дозе 1,5 мкг/кг подкожно 1 раз в неделю и Рибаверина в дозе 800-1200мг/сут. (10,6 мг/кг/сут.) сроком на 24-48 недель в зависимости от генотипа HCV (продолжительность терапии при 1 генотипе составила 48 недель, при 2 и 3 генотипе — 24 недели). Контрольные осмотры проводили ежедневно в течение первых 10 дней, затем 1 раз в 2 недели, которые включали сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование. Исследования клинического и биохимического анализов крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, тромбоциты, СОЭ, аспарагиновая, аланиновая трансаминазы, билирубин, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины) проводили вначале каждые 10 дней, через 4 недели после начала терапии 1 раз в месяц.

Оценку частоты НЯ, в том числе тревожно-депрессивных расстройств, исследовали до лечения, через 12 и 24 недели после начала ПВТ, а так же через 12 недель после окончания терапии.

По окончании терапии 73 пациента удовлетворяли всем требованиям протокола (то есть у них в срок были выполнены все диагностические процедуры, они полностью завершили курс лечения, и у них имелся полный набор медицинской документации). В соответствии с требованием протокола мы рассчитали процент успешной терапии только по отношению к больным с высокой приверженностью к лечению (получавших более 80% эффективных доз обоих препаратов в течение не менее 80% от рекомендуемой длительности лечения), выполнившим протокол исследования (per protocol), но не ко всем, включенным в исследование (intention to treat).

На первом этапе связь заболевания с HCV-инфекцией подтверждалась наличием в крови RNA-HCV, а так же специфических маркеров гепатита С (анти-HCV). В определении RNA-HCV использовалась тест-система ПЦР, для определения генотипов вируса гепатита С (Ампли-Сенз HCV-генотип). Активность патологического процесса в печени оценивалась по выраженности синдрома цитолиза и данным гистологического исследования гастробиоптатов. Активность сывороточных аминотрансфераз (АЛТ и АСТ) определялась калориметрическим методом Райтмана и Френкеля в модификации В.Ф. Коровкиной, А.С. Контаровича (норма 0,1-0,86 ммоль/ч/л). Для уточнения активности патологического процесса в печени некоторым больным проводилась аспирационная биопсия печени с последующим морфологическим исследованием гепатобиоптатов. Основным морфологическим показателем активности и стадии патологического процесса считался индекс гистологической активности (ИГА) по R.G. Knodell (1981): ИГА 1-3 — соответствует хроническому гепатиту с минимальной степенью активности, 4-8 — слабовыраженному ХГ, 9-12 — ХГ с умеренной степенью активности процесса, 13-18 баллов — ХГ с выраженной степенью активности процесса.

Функциональное состояние печени оценивалось по показателям, так называемых, «печеночных проб»: концентрации билирубина в сыворотке крови, протромбинового индекса (унифицированный метод; норма 80-100%), содержанию белка в сыворотке крови (рефрактометрический способ, норма (66-87г/л) и его фракций.

Для верификации конституциональной принадлежности всем больным проводились антропометрические измерения с последующим соматотипированием по методике В.В. Бунака (1931) в модификации В.П. Чтецова с соавт. (1978), основанной на 5-балльной оценке трех компонентов тела человека: жирового, мышечного и костного, с выделением 4 основных соматотипов: грудного, мускульного, брюшного и неопределенного.

Психический статус оценивался с помощью русскоязычной версии тестов тревожности Спилберга-Ханина, шкалы Монтгомери-Асберга для оценки депрессии, опросника депрессии Бека.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistika for Windows v. 5.0». При использовании параметрических показателей статистического анализа предварительно определялось соответствие выборок закону нормального распределения. При соответствии данных нормальному распределению, для их сравнения использовали t-критерий Стьюдента, критерий z, в случае отклонения от нормального распределения выборок – критерий Вилкоксона-Мана-Уитни. Исследование взаимосвязи между количественными признаками осуществляли при помощи парного коэффициента линейной корреляции (r). Различия считались значимыми при $p < 0,05$. Результаты расчетов представлены в работе в виде средней арифметической ряда и ее стандартной ошибки ($M \pm m$).

Результаты и обсуждение

Антропометрическое обследование, проведенное 73 молодым мужчинам, страдающим ХГС, показало, что в структуре контингента обследованных значимо чаще встречались мужчины грудного – 23 (31,5%) больных ($p < 0,05$) и брюшного – 26 (35,6%) ($p < 0,05$) соматотипов. Лица мускульного и неопределенного соматотипов составили по 12 (16,4%) больных. В показателе среднего возраста между представителями различных соматотипов достоверных отличий найдено не было (в мускульном – $31,54 \pm 1,2$ года, в брюшном – $30,5 \pm 1,5$, в неопределенном – $27,8 \pm 0,7$ лет, $p > 0,05$) за исключением грудного соматотипа, где средний возраст составил $21,4 \pm 0,8$ лет.

Анализ клинико-anamnestических данных показал, что основными клиническими симптомами ХГС во всех конституциональных группах были астеновегетативный (от 87,3 до 90,3%, $p > 0,05$), диспептический (от 72,1 до 86,8%, $p > 0,05$) и болевой синдромы (от 78,4 до 87,3%, $p > 0,05$).

Средняя продолжительность заболевания в мускульном, грудном и брюшном соматотипах достоверно не отличалась и составила соответственно от $2 \pm 0,6$ до $3 \pm 0,4$ лет ($p > 0,05$). В неопределенном соматотипе длительность «гепатитного» анамнеза была значимо большей и регистрировалась в течение $6,08 \pm 0,8$ лет ($p < 0,05$ во всех случаях). ПЦР с определением генотипа HCV, определение активности печеночного процесса проведены всем 100% больным. У всех больных, включенных в исследование, ПЦР в 100% случаев выявила положительную реакцию на наличие РНК HCV (концентрация вируса $5,4 \pm 2,3 \cdot 10^6$ копий/мл) в сыворотке крови. Анализ частоты встречаемости различных генотипов HCV в основных конституциональных группах показал, что в мускульном, грудном и неопределенном соматотипах преобладал 3а генотип (88,6, 79,3, 65,9% соответственно, $p > 0,05$), в брюшном соматотипе – 1b (85,9%, $p < 0,05$ во всех случаях).

Сравнительные данные функциональных печеночных проб и синдрома цитолиза показали, что у подавляющего большинства больных во всех конституциональных группах наблюдалась минимальная степень активности печеночного процесса (АЛТ – $2,2 N$, АСТ – $1,4 N$) и нормальные показатели функции печени. Только в мускульном соматотипе значения тотального билирубина в сыворотке крови несколько превышали нормальные значения и составили $21,6 \pm 2,6$ ммоль/л ($p < 0,05$). По данным биопсии печени, во всех конституциональных группах наблюдалась минимальная активность печеночного процесса, которая соответствовала 5-8 баллам по Knodell.

Анализ результатов тестов Монтгомери-Асберга и Бека (табл. 1) показал, что частота депрессий у больных с хроническим HCV в различных конституциональных группах до начала проведения ПВТ, за исключением лиц неопределенного соматотипа, составляла от 22,2 до 33,3%. Значимо чаще депрессии выявлялись у больных мускульного соматотипа (33,3%, $p > 0,001$ во всех случаях). У больных неопределенного соматотипа, напротив, депрессии зарегистрировано не было ни в одном случае. У 3 (11%) больных брюшного соматотипа кроме депрессивного синдрома наблюдались чувство вины и идеи самообвинения.

Анализ тревожности (табл. 1), проведенный в соответствии с тестом Спилберга-Ханина, показал, что данный вид расстройств регистрировался у подавляющего большинства обследованных независимо от конституциональной принадлежности. Вместе с тем, значимо чаще (в 100% случаев, $p > 0,001$) тревога выявлялась у лиц неопределенного и мускульного соматотипов. Следует отметить, что у больных во всех конституциональных группах преобладала личностная тревога (мускульный – 89%, грудной – 60%, брюшной – 54%, неопределенный – 50%). Ситуативная тревога наблюдалась у 38% больных брюшного и у 11% больных мускульного соматотипов.

Во время проведения комбинированного этиотропного лечения (табл. 2) депрессия наблюдалась уже во всех конституциональных группах, значимо чаще в мускульном соматотипе. Так, в группе лиц мускульного

Таблица 1

Показатели частоты депрессий и тревоги у больных с HCV в различных конституциональных группах до начала противовирусной терапии, %

№ п/п	Соматотип	Депрессия, %	Тревога, %
1	Грудной (n=23)	22,0±1,61	80,0±0,93
2	Неопределенный (n=12)	0,0±0,1	100,0±0,66
3	Брюшной (n=26)	11,0±0,54	72,0±1,83
4	Мускульный (n=12)	33,3±1,96	100,0±2,3
5	Значимость различий (p)	1-2<0,001	1-2<0,001
1-3<0,001		1-3<0,001	
1-4<0,001		1-4<0,001	
2-3<0,001		2-3<0,001	
2-4<0,001		2-4>0,05	
		3-4<0,001	3-4<0,001

циональных группах преобладала личностная тревога (мускульный – 89%, грудной – 60%, брюшной – 54%, неопределенный – 50%). Ситуативная тревога наблюдалась у 38% больных брюшного и у 11% больных мускульного соматотипов.

Во время проведения комбинированного этиотропного лечения (табл. 2) депрессия наблюдалась уже во всех конституциональных группах, значимо чаще в мускульном соматотипе. Так, в группе лиц мускульного

Таблица 2

Показатели частоты депрессий у больных с НСВ в различных конституциональных группах через 3 месяца после начала противовирусной терапии, %

№ п/п	Соматотип	Депрессия, %	Тревога, %
1	Грудной (n=23)	45,0±1,1	83,0±1,8
2	Неопределенный (n=12)	30,0±1,3	76,0±2,5
3	Брюшной (n=26)	38,0±1,5	80,0±2,1
4	Мускульный (n=12)	59,0±0,8	100,0±1,4
5	Значимость различий (p)	1-2<0,001	1-2<0,05
		1-3<0,001	1-3>0,05
		1-4<0,001	1-4<0,001
		2-3<0,05	2-3>0,05
		2-4<0,001	2-4<0,001
		3-4<0,001	3-4<0,001

соматотипа депрессия регистрировалась у 59% больных, в грудном — у 45%, в брюшном — у 38%, в неопределенном — в 30% случаев.

Частота тревожных состояний во время проведения ПВТ увеличивалась незначительно, значимо чаще регистрировалась в мускульном соматотипе. В неопределенном соматотипе к 12 неделе лечения отмечена тенденция к снижению частоты тревоги (от 100 до 76%).

Подводя итоги полученным данным, следует еще раз подчеркнуть, что подавляющее большинство молодых мужчин, страдающих ХГС в стадии реактивации с минимальной степенью активности, независимо от конституциональной принадлежности имеют те или иные психические расстройства еще до начала проведения противовирусной терапии. Основным видом патологических состояний в этот момент является чувство тревожности, в частности, личностная тревога. Установлено, что противовирусная терапия способствует возникновению или увеличению частоты тревожно-депрессивных расстройств. Максимальное развитие нежелательных явлений у больных

с высокой приверженностью к лечению происходит к 12 неделе и остается до окончания ПВТ. Следует отметить, что наибольшему риску развития сопутствующих НЯ подвержены лица мускульного соматотипа (депрессия — 33,3% и 59%, тревожность — 100% соответственно), наименьшему — неопределенного (где до лечения депрессия вообще не определялась, а через 3 месяца после начала проведения ПВТ регистрировалась у 30% больных).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунак В.В. Методика антропометрических исследований. — М.-Л., 1931. — С.72-87.
2. Грицинская В.Л., Прахин Е.И. Комплексная и индивидуальная оценка физического развития детей школьного возраста // Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии: Матер. конф. — Красноярск, 1997. — С.22-24.
3. Корнетов Н.А. О некоторых уточнениях к понятию психофизической конституции в связи с развитием интегративно-антропологического подхода // Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии: Матер. конф. — Красноярск, 1997. — С.40-44.
4. Корнетов Н.А. Учение о соматотипах как основа современной клинической антропологии: возможно ли принятие медицины? // Рос. морфол. ведомости. — 1993. — № 1. — С.18-20.
5. Коростовцев С.Б. Девять важных вопросов клинической оценки состояния кислотообразующей функции желудка в норме и при патологии // Терапевт. арх. — 1976. — № 3. — С.113.
6. Dusheiko G. Side effects alpha interferon in chronic hepatitis C // Hepatology. — 1997. — Vol. 26 (suppl.). — P.112-121.
7. Fatovich G., Giustina G., Favataro S., et al. A survey of adverse events in 11241 patients with chronic viral hepatitis treated with alpha interferon // J. Hepatol. — 1996. — Vol. 24. — P.38-47.
8. Fried M.W., Shiffman M.L., Reddy R., et al. Peginterferon alpha-2b plus ribavirin of chronic hepatitis C virus infection // N. Engl. J. Med. — 2002. — Vol. 347. — P.975-982.
9. Fried M.W. Side effects of therapy of hepatitis C and their management // Hepatology. — 2002. — Vol. 36. — P.237-240.
10. Maddrey W.C. Safety of combination interferon alpha-2b/ribavirin therapy in chronic hepatitis C-relapsed and treatment-naïve patients // Semin. Liver Dis. — 1997. — Vol. 19 (suppl. 1). — P.67-75.
11. Manns M.P., McHutchison J.G., Gordon S.C., et al. Peginterferon alpha-2b plus ribavirin compared with interferon alpha-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomized trial // Lancet. — 2001. — Vol. 358. — P.958-965.
12. Pellicano R., Smedile A., Peyre S., et al. Autoimmune manifestations during interferon therapy in patients with chronic hepatitis C: the hepatologists view. Minerva // Gastroenterology. — 2002. — Vol. 123. — P.1302-1311.
13. Ware J.E., Bayliss M.S., Mannocchia M., Davis G.L. Health-related quality of life in chronic hepatitis impact of disease and treatment response // The Interventional Therapy Group. Hepatology. — 1999. — Vol. 30. — P.550-555.

Адрес для переписки: ea-zhuk@yandex.ru

© КОЗУЛИН М.А., ПРИВАЛОВ Ю.А., АЛЕКСИНА Е.К., КУЛИКОВ Л.К., ПОЛЯКОВА Г.А. — 2009

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА

М.А. Козулин¹, Ю.А. Привалов¹, Е.К. Алексина², Л.К. Куликов¹, Г.А. Полякова³

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — проф. В.В. Шпрах, кафедра хирургии с курсом эндоскопии, зав. — д.м.н., проф. Л.К. Куликов; ²НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский ОАО «Российская железная дорога», гл. врач — к.м.н. Е.А. Семенишева; ³Московский областной научно-исследовательский институт им. М.В. Владимирского, директор — д.м.н., чл.-корр. РАМН, проф. Г.А. Оноприенко, патоморфологическое отделение, руководитель — д.м.н., проф. И.А. Казанцева)

Резюме. Первичный гиперальдостеронизм (ПГА) является одной из основных причин вторичных артериальных гипертензий. Морфологическое изучение удаленных надпочечников является важным этапом в диагностике форм ПГА. Адrenaлэктомия была выполнена 71 больному с ПГА. На основании морфологического исследования у 66 больных обнаружена аденокортикальная аденома, у 5 — узловая и диффузно-узловая гиперплазия надпочечников. Фасцикулоподобный тип строения обнаружен в 18 аденомах, гломерулоподобный — в 24 и смешанный в 24 аденомах. У больных с диффузно-узловой гиперплазией надпочечников в корковом веществе надпочечников выявлены узелки диаметром от 0,2 до 2 см.

Ключевые слова: первичный гиперальдостеронизм, морфология, аденокортикальная аденома надпочечника, гиперплазия надпочечника.