ОЖИРЕНИЕ КАК СИМПТОМ ЭНДОГЕННОЙ ГИПЕРПРОДУКЦИИ КОРТИЗОЛА

¹Реброва Д.В., ¹Русаков В.Ф., ¹Краснов Л.М., ¹Слепцов И.В., ¹Черников Р.А., ¹Федоров Е.А., ¹Семенов А.А.,
¹Чинчук И.К., ¹Саблин И.В., ¹Щербаков И.Е., ²Ворохобина Н.В., ¹Федотов Ю.Н.

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова,
Санкт-Петербург

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Синдром Иценко-Кушинга (СИК) — основная причина патологической гиперпродукции кортизола. Одним из самых значимых в диагностике «больших» симптомов СИК является избыток массы тела с центрипетальным распределением жира подкожной клетчатки, что считается основанием проведения функциональных и визуализирующих исследований. Наличие новообразования надпочечника с гиперсекрецией кортизола является показанием к оперативному лечению.

ЦЕЛЬ: оценить распространенность и патогномичность повышенной массы тела при СИК. Материалы и методы: Ретроспективно оценены данные историй болезни 773 пациентов, прооперированных с 2010 по 2020 гг. в КВМТ им. Н.И.Пирогова СПбГУ, из них 134 — с манифестным АКТГ-независимым СИК, 122 — с новообразованием надпочечника с автономной гиперсекрецией кортизола (АГК, субклинический СИК), 517 — с гормонально-неактивной аденомой надпочечника (ГНО). Критерием диагностики СИК составлял уровень кортизола плазмы более 140 нмоль/л после приема 1 мг дексаметазона на ночь (дексаметазоновый подавляющий тест, ДПТ-1) в сочетании с подавленным уровнем кортикотропина (АКТГ), АГК — от 50 до 140 нмоль/л (в двух анализах). Отсутствие гормональной гиперпродукции расценивалось при концентрации уровня кортизола при ДПТ-1 менее 50 нмоль/л, нормальному альдостерон-рениновому соотношению плазмы и уровню метанефринов в суточной моче. Всем пациентам была выполнена односторонняя ретроперитонеоскопическая адреналэктомия. В исследование включены только пациенты с доброкачественными новообразованиями надпочечников. Статистический анализ выполнен с помощью открытого онлайн ресурса OpenEpi v.3.01 (2013).

РЕЗУЛЬТАТЫ: индекс массы тела (ИМТ) у больных СИК был увеличен и составил $30,5 \pm 6,85$ кг/м², что достоверно выше по сравнению с группами пациентов с АГК ($p=0,035$) и с ГНО ($p=0,009$). При этом различий ИМТ между группами пациентов с АГК и ГНО выявлено не было ($28,7 \pm 6,69$ против $28,8 \pm 6,12$ кг/м² соответственно, $p=0,87$). У пациентов с СИК наиболее часто встречалось ожирение I степени (54,9%), II и III степеней — у 9,1% и 10,7% больных соответственно. У пациентов с АГК ожирение I степени встречалось в 18,1% случаев, II степени — в 8,2%, III степени — в 7,4%. Отношение шансов наличия ожирения для больных СИК составило 3,2 ($p=0,097$), тогда как для пациентов с АГК данный показатель был статистически не достоверным. При этом у всех пациентов с АГК отсутствовали другие «большие» проявления: стрии, матронизм и кожные гематомы. У больных СИК эти признаки встречались редко: центрипетальное ожирение — 17,5%, матронизм — 9,8%, багровые стрии — 5,4%.

ОБСУЖДЕНИЕ: основной проблемой лечения пациентов с СИК является поздняя диагностика, что существенно ухудшает прогноз и качество жизни этих больных. Однако в существующих клинических рекомендациях основанием для обследования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы является наличие «больших» признаков гиперкортизолизма. Значительное распространение ожирения при СИК позволяет нам рекомендовать проведение ДПТ-1 у всех пациентов даже при отсутствии его центрипетального характера.

ВЫВОДЫ: при манифестном СИК распространенность ожирения статистически более значима, чем при АГК. Центрипетальный характер ожирения, кожные стрии встречаются редко даже при манифестном СИК и не являются ранними признаками эндогенного гиперкортизолизма