

данных за экзофтальм не получено – индекс экзофтальма 5 (норма 5-12), сетчатка не изменена, ретробульбарная клетчатка без особенностей, глазные мышцы не утолщены. Заключение консультанта: не исключается наличие эндокринной офтальмопатии (ЭОП). Рекомендована госпитализация в эндокринологическое отделение для уточнения диагноза, решения вопроса о проведении пульс-терапии. При дообследовании: УЗИ ЩЖ - патологических изменений не выявлено, V=8.1 см<sup>3</sup>. Гормоны: ТТГ=1.14 (0.35-4.94), сТ3=4.1 (2.63-5.7), сТ4=13.38 (3.0-19.05), АТ-ТГ=0.89 (0-4.0), АТ-ТПО=0.28 (0-9.0), АТ-рТТГ=1.48 (<1.0).

Учитывая данные предшествующих обследований, заключений специалистов, а также имеющееся у пациента повышение уровня АТ-рТТГ, не исключается манифестация ЭОП. Рекомендован контроль ТТГ в динамике в связи с риском развития тиреотоксикоза. Проведено 2 курса пульс-терапии преднизолоном с положительным эффектом, исчезновением диплопии. На фоне 2-го «пульса» отметил прогрессирующую слабость в икроножных мышцах, общую слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам. Симптоматика сохранялась и после завершения стационарного лечения. Было выдвинуто предположение о развитии стероидной миопатии. В большинстве случаев проходит самостоятельно через 10-14 дней после завершения приема глюкокортикоидов, но с учетом прогрессирующего течения рекомендована консультация невролога. По результатам обследования - заключение консультанта: генерализованная форма миастении, с вовлечением скелетной, мимической мускулатуры, с глазодвигательными нарушениями.

Миастения является аутоиммунным нервно-мышечным расстройством. В 40% случаев первоначально поражаются мышцы глаз, позже распространенность этого поражения достигает 85%, а частота изолированного мышечного поражения составляет 15%. Роль тимуса при миастении неясна, но 65% пациентов имеют гиперплазию тимуса, а 10% имеют тимому. После подтверждения диагноза необходимо провести исследования на предмет наличия аутоиммунных заболеваний, которые часто сочетаются с миастенией (среди них — болезнь Грейвса).

Рекомендован прием антихолинэстеразных средств - с положительным эффектом.

#### **Заключение**

Остается неясным характер офтальмопатии – эутиреоидная эндокринная/ миастеническая/ сочетанного генеза? Пациенту показано наблюдение невролога и контроль ТТГ для своевременного выявления возможного дебюта тиреотоксикоза.

УДК 616.45

## **ОДНОМОМЕНТНЫЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Т. Р. Чжен**, ассистент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

**Т. П. Киселева**, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

**М. Р. Торосян**, ассистент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ  
(620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3)*

**Ключевые слова:** образования, надпочечники, плотность.

## **Введение**

Гормонально-неактивные образования надпочечников (ГНОН) требуют междисциплинарного подхода, основанного на анализе случайных обнаружений, эндокринном обследовании, клинических симптомах и признаках. При обнаружении образования надпочечников необходимо определить его злокачественный потенциал и гормональную активность для последующего адекватного лечения и/или наблюдения. На сегодняшний день существует большое количество рекомендаций, которые имеют хорошую доказательную базу. Однако ретроспективный дизайн большинства исследований, ограниченное число включенных в него пациентов, неадекватное последующее наблюдение оставляют ряд вопросов открытыми. Необходимы высококачественные исследования для определения тактики ведения этих пациентов, рандомизированные клинические испытания, чтобы избежать ненужных исследований и инвазивных процедур, обеспечивающих клинически эффективное наблюдение.

**Цель исследования:** описать характеристику пациентов с ГНОН, обратившихся к врачу муниципальной поликлиники.

## **Материалы и методы**

Одномоментный ретроспективный анализ 53 консультативных заключений пациентов, находящихся под наблюдением амбулаторно в поликлинике МАУ ГКБ №40 г. Екатеринбурга Свердловской области в период по декабрь 2020г. Описательная характеристика категориальных данных представлена в виде чисел и процентов, количественные показатели как  $M \pm SD$ . Количественные признаки малых объемов описывались медианой (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). Выводы базировались на статистически значимых различиях ( $p < 0,05$ ).

## **Результаты исследования**

Мужчин – 9 (16,98%), женщин – 44 (83,02%), средний возраст  $65,02 \pm 9,69$  лет:  $\leq 30$  лет – 1 (1,89%) пациент; 31–40 лет – нет; 41–50 лет – 5 (9,43%); 51–60 лет – 8 (15,09%); 61–70 лет – 25 (47,17%); 71–80 лет – 14 (26,42%). Период наблюдения с момента выявления образования в надпочечнике,  $5,41 \pm 2,98$  лет:  $\leq 1$  г. – 4 (7,55%) пациента; 1,1–3 лет – 14 (26,42%); 3,1–5 лет – 5 (9,43%); 5,1–8 лет – 14 (26,42%);  $> 8$  лет – 16 (30,19%). Размер ГНОН составил  $1,91 \pm 0,8$  см:  $< 2$  см – 37 (69,81%) пациентов; 2,1–3 см – 23 (43,4%) пациента;  $> 3$  см – 6 (11,32%) пациентов. Локализация в правом надпочечнике – 13 (24,53%), локализация в левом надпочечнике – 26 (49,06%), двусторонняя локализация – 14 (26,42). Кортизол в утренней плазме крови –  $460,9 \pm 274,6$  нмоль/л (n-35), альдостерон крови  $113,03$  пг/мл (75,78; 189,75) (n-28), общие МН в суточной моче –  $93,39$  мкг/сут (25,72; 198,25) (n-26), общие НМ в суточной моче –  $37,24$  мкг/сут (16,9; 193,35) (n-15).

## **Заключение**

1. Женщины болеют чаще мужчин, соотношение 4,89:1.
2. Основная категория риска – возраст 61–70 лет (47,17%).
3. 69,89% случаев отсутствует гормональная активность образований при размере  $\leq 2$  см.
4. ГНОН чаще встречается в левом надпочечнике – 26 (49,06%).