

**Рецензія на монографію
В.О. Шідловського, О.В. Шідловського,
С.Й. Рибаківа, В.В. Кравців
«Первинний гіперальдостеронізм
(поширеність, патогенез,
діагностика, лікування)»
(Тернопіль, 2019. 156 с.)**

For citation: *Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal*. 2019;15(8):657-658. doi: 10.22141/2224-0721.15.8.2019.191691

Монографію присвячено одній із вагомих причин вторинної артеріальної гіпертензії (АГ) — первинному гіперальдостеронізму. За статистичними даними, АГ діагностують у майже 25 % населення планети, і близько 40 % становлять особи, старші від 25 років. Актуальність АГ для здоров'я і життя населення планети визначається тим, що вона викликає близько 45 % випадків смертей від серцевих причин і близько 60 % — від інсульту.

У розвитку АГ беруть участь нирки, судинна й ендокринна системи, генетичні фактори. Кінцевим результатом взаємодії функціональних розладів цих систем є вплив на реабсорбцію натрію, води й артеріальну вазоконстрикцію.

Первинному гіперальдостеронізму надають особливого значення в розвитку АГ. У його основі лежить неадекватно висока секреція наднирковими залозами альдостерону, що не залежить від регулювального впливу ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Поширеність захворювання, за даними різних авторів, коливається в межах від 4,6 до 15,0 %, а серед пацієнтів з гіпертонічною хворобою, рефрактерною до медикаментозного лікування, сягає близько 20,0 %. Своєчасно не діагностований первинний гіперальдостеронізм спричиняє збільшення серцево-судинної, метаболічної й ниркової захворюваності й частоти зумовлених нею передчасних смертей, пов'язаних із патологічним впливом на організм надлишку альдостерону.

Діагностика цього захворювання за провідним симптомом АГ — підвищенням артеріальним тиском — вирішальним чином залежить від лікарів первинної ланки. Проте, як показали дослідження, проведені в лікарнях загальної практики Німеччини й Італії, лікарі недостатньо обізнані з даною патологією. Цей фактор вважають основною причиною несвоєчасної або навіть запізнілої діагностики первинного гіперальдостеронізму.

На сьогодні проблема первинного гіперальдостеронізму в Україні з різних причин ще не усвідомлюється як актуальна. Автори наголошують на тому, що основним їх завданням було привернути увагу лікарів до однієї з вагомих ендокринних причин вторинної АГ. Тому вихід у світ даного видання є помітним явищем у науковій медичній літературі. Це одна з перших вітчизняних монографій, присвячених первинному гіперальдостеронізму, тому її поява своєчасна й давно очікувана.

Матеріалом для книги стали дані світової і вітчизняної літератури щодо проблеми первинного гіперальдостеронізму. Монографія містить вступ, шість розділів і висновок. У вступі оцінено клінічне, медичне, соціальне значення й актуальність захворювання для медичної практики.

Перший розділ присвячено особливостям анатомії і фізіології надниркових залоз. Наведено схеми регуляції синтезу гормонів і показано їх значення в гомеостазі. Детально й доступно подано сучасні дані про ренін-ангіотензин-альдостеронову систему й оцінено її роль у регуляції артеріального тиску при споживанні кухонної солі й води в різній кількості.

У другому розділі розкрито причини розвитку, патогенез і наслідки первинного гіперальдостеронізму. Детально висвітлено морфологічні підтипи й сімейні (генетичні) форми захворювання. Наведено сучасні дані про механізми патофізіологічної дії альдостерону на нирки, судини й серце. Детально описано механізми розвитку фіброзу міокарда, фібриляції передсердь і серцевої недостатності.

У третьому розділі наведено дані про епідеміологію і поширеність первинного гіперальдостеронізму. За даними багатьох статистичних досліджень, його частота в осіб з АГ становить від 5 до 15 %. Серед них причиною АГ у близько 35 % є альдо-

стеронопродукуюча аденома, у 2 % — адренокортикальний рак, у 3 % — однобічна гіперплазія надниркових залоз. Ці морфологічні форми первинного гіперальдостеронізму, в основі патофізіологічної дії яких лежить надмірне продукування альдостерону, що спричиняє розвиток АГ, підлягають виключно хірургічному лікуванню, що допомагає хворим позбутися первинного гіперальдостеронізму й спричиненої ним АГ.

У четвертому розділі наведено сучасні дані стосовно клінічної картини й варіантів клінічного перебігу первинного гіперальдостеронізму. Відповідно до особливостей клінічної симптоматики автори виділили її варіанти (синдроми) — серцево-судинний, нервово-м'язовий, нирковий, метаболічний, детально описавши клінічні прояви кожного з них. Особливу увагу вони звернули на сучасні дані щодо поширеності метаболічного синдрому й комбінацію його компонентів у пацієнтів із первинним гіперальдостеронізмом порівняно з хворими на есенціальну гіпертонічну хворобу.

П'ятий розділ присвячено клінічній, лабораторній та інструментальній діагностиці первинного гіперальдостеронізму. Розділ вдало скомпоновано. Автори виділили етапи обстеження хворих із підозрою на первинний гіперальдостеронізм: скринінг, підтвердження випадку, диференціювання причин надмірної секреції альдостерону. Для скринінгу рекомендували лабораторний тест — співвідношення альдостерону й реніну. Автори акцентували увагу на високих діагностичних вимогах до даного показника й у зв'язку з цим навели правила підготовки до дослідження і протокол його проведення. Лаконічно й зрозуміло описали підтверджувальну діагностику випадку. Вона базується на концепції, що альдостерон при первинному гіперальдостеронізмі секретується автономно, нерегульовано й не пригнічується фізіологічними механізмами з використанням супресивних тестів: сольового навантаження хлоридом натрію, флудрокортизоном або каптоприлом. Описано методи, що застосовуються для диференціювання причин захворювання й визначення його нозологічної форми, з аналізом їх діагностичних можливостей: ультразвукове дослідження, комп'ютерну, магнітно-резонансну, про-

тонно-емісійну томографію. Завершальним етапом діагностики є диференціація підтипів первинного гіперальдостеронізму. Її проводять із використанням методики селективного забору крові з вен надниркових залоз і визначенням у ній вмісту альдостерону й кортизолу. Автори проаналізували варіанти результатів таких досліджень і наголосили на тому, що точність діагностики має провідне значення у виборі медикаментозного чи хірургічного методу лікування.

У шостому розділі розглянуто питання стратегії лікування первинного гіперальдостеронізму. Її основою є запобігання ураженням органів-мішеней або максимально можливе віддалення їх у часі й досягнення контрольованого артеріального тиску. Детально обґрунтовано показання до проведення медикаментозного й хірургічного лікування, його цілі й завдання, можливі варіанти реалізації. Автори не обминули увагою й аналіз ефективності кожного з методів лікування — навели клінічні й біохімічні критерії ефективності, які запропонувала Міжнародна група експертів з лікування первинного гіперальдостеронізму.

Закінчується монографія коротким висновком, у якому викладено основні позиції щодо клінічного значення, діагностики й методів лікування первинного гіперальдостеронізму.

Роботу написано добірною українською мовою, вона містить багато ілюстративного матеріалу — таблиць, рисунків, схем, що робить викладений матеріал більш зрозумілим і доступним. Монографію написано для широкої лікарської аудиторії — лікарів загальної практики, сімейних лікарів, терапевтів, ендокринологів, кардіологів, студентів вищих медичних навчальних закладів.

Особливу повагу до авторів викликає те, що вони присвятили монографію світлій пам'яті засновників хірургії надниркових залоз в Україні — академіка НАМН України М.П. Павловського і члена-кореспондента НАМН України І.В. Комісаренка.

*Паньків В.І., д.м.н., професор, завідувач відділу,
Український науково-практичний центр
ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних
органів і тканин МОЗ України, м. Київ ■*