

АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*Л.К. Куликов, Ю.А. Привалов, Н.М. Быкова, Н.С. Мешков, В.Ф. Соботович,
Ю.В. Шевчук, М.Л. Литвин.*

(Иркутский институт усовершенствования врачей, (ректор – чл. корр. РАМН А.А. Дзизинский. Дорожная клиническая больница, гл. врач – О.А. Приходько. Эндокринологическое отделение городской клинической больницы №10, гл. врач – Ю.Я. Горбунов)

Резюме. Авторами разработан и внедрен алгоритм обследования и дифференциальной диагностики опухолей надпочечников. Показано, что последовательное выполнение и оценка ключевых этапов диагностики повышает качество разработанного алгоритма. Сочетанная радиологическая диагностика, с поэтажным забором крови лежит в основе выбора вариантов хирургического лечения опухолей надпочечников.

Современные знания значительно расширили представления о физиологии и патологии надпочечных желез. Наряду с методами определения гиперфункции надпочечников, в последние годы получили бурное развитие высокоинформативные методы топоческой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ). В связи с этим, количество больных с новообразованиями надпочечников, которым в большинстве случаев показано хирургическое лечение, ежегодно увеличивается.

На протяжении 20 лет кафедра хирургии Иркутского института усовершенствования врачей разрабатывает проблему диагностики и лечения больных с патологией надпочечных желез. За это время комплексное обследование проведено более 500 больным, из них 326 – предпринято хирургическое или парахирургическое лечение. К настоящему времени клиника располагает современным набором высокоточных методов диагностического изображения (УЗИ, КТ, МРТ, ангиография), возможностью комплексного обследования больных в условиях городского эндокринологического и кардиологического отделений. Это даст основания сформулировать некоторые положения, касающиеся организации выявления и дифференциальной диагностики новообразований надпочечников.

Выделены две группы больных, которые, с нашей точки зрения, нуждались в специализированном дообследовании: 1) больные с синдромом артериальной гипертензии (АГ) и (или) клиническими проявлениями гиперкортицизма, 2) больные, у которых случайно, различными методами диагностического изображения, выявлены новообразования в проекции надпочечников.

Мы полагаем, что для целенаправленного обследования необходимы следующие условия: диспансеризация с синдромом АГ, широкая информированность специалистов поликлинического звена об особенностях течения надпочечниковой АГ и разнообразных проявлениях гиперкор-

тицизма. Эти задачи решаются совместно с органами управления здравоохранения и клиническими кафедрами института усовершенствования врачей. Выявление больных первой группы проводится врачами разного профиля, на поликлиническом этапе обследования. Чрезвычайно важно, чтобы больные с клиническими проявлениями патологии надпочечников были своевременно ориентированы на специализированное обследование.

Больные второй группы направляются на первичную консультацию в клинику из различных медицинских учреждений областного центра и районов области, как правило, с результатом КТ-или УЗ-исследования надпочечников. Многолетний опыт убеждает нас в необходимости осторожной интерпретации представленных данных, а в ряде случаев – повторного исследования в условиях диагностического отделения нашей клиники.

Результатом первичной специализированной консультации (профессора, ассистентов кафедры) является отбор больных с выявленной или предполагаемой патологией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, с целью стационарного обследования в эндокринологическом центре.

Стационарное обследование в эндокринологическом отделении предполагает выявление того или иного эндокринного синдрома, субклинических проявлений гиперкортицизма, сопутствующей эндокринной патологии. Проводится МРТ гипофиза, исследование содержания гормонов в плазме крови (АКТГ, кортизол, альдостерон), метаболитов кортикостероидов в моче (17-KS, 17-OKS), динамические гормональные пробы, исследование водно-электролитного профиля, углеводного обмена. Результаты фиксируются в разработанной нами “тест-карте обследования больного с патологией надпочечников”. Больные со злокачественным течением артериальной гипертензии, сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы, поражением “органов-мишеней” дополнительно проходят этап обследования и корреги-

рующей терапии в условиях кардиологического или терапевтического отделений.

В результате комплексного обследования в эндокринологическом и кардиологическом отделениях выделяем следующие группы больных:

- 1) с новообразованиями надпочечников и типичной клиникой эндокринных синдромов (Иценко-Кушинга, Конна, адрено-генитального синдрома, феохромоцитомы);
- 2) с новообразованиями надпочечников и неполными клинико-лабораторными проявлениями гормональной активности (пре-Кушинг, пре-Конн синдромы);
- 3) с новообразованиями в проекции надпочечников крупного калибра (3-15 см) без признаков гормональной активности;
- 4) с гормонально-неактивными новообразованиями надпочечников мелкого калибра (до 3 см).

Считаем, что абсолютных показаний к хирургическому лечению больных с инциденталомиями надпочечников мелкого калибра нет, поэтому больных 4 группы берем на диспансерный учет с обязательным динамическим обследованием (УЗИ, КТ надпочечников) каждые три месяца. При увеличении новообразований надпочечников в течение 6-12 месяцев, рекомендуем оперативное лечение.

Хирургический этап обследования решает задачи окончательной дифференциальной диагностики и выбора метода лечения. Завершающим этапом сочетанной радиологической диагностики является ангиографическое исследование – флебография надпочечников, которая, с нашей точки зрения, показана всем больным. По нашим данным, флебография надпочечников позволяет более точно, чем другие методы исследований (УЗИ, КТ, МРТ), дифференцировать гиперплазию надпочечника и микроаденоматоз, выявлять кисты и определять органопринадлежность опухолей при их больших размерах. При флебографии надпочечников определяется истинный размер опухоли, калибр, протяженность и угол впадения центральных надпочечниковых вен, абсолютно достоверно выявляются взаимоотношения опухоли с окружающими органами. При злокачественных новообразованиях флебография надпочечников выявляет инвазию опухоли в окружающие ткани и магистральные сосуды, пристеночные тромбы в нижней полой вене. Эта информация чрезвычайно важна при планировании хирургического вмеша-

тельства. У больных с сомнительными признаками гормональной активности опухоли раздельный забор крови, оттекающей от пораженного и контрлатерального надпочечника даст возможность выявить повышенный уровень гормонов и катехоламинов на стороне поражения, что является единственным объективным подтверждением гормональной активности опухоли. Части больных, с высоким операционно-анестезиологическим риском, флебография надпочечника завершена “выключением” опухоли надпочечника по разработанной нами оригинальной методике. Вторым важным диагностическим методом хирургического этапа обследования является пункция новообразования надпочечника. Считаем, что эта манипуляция показана при кистах надпочечников (в ряде случаев должна рассматриваться, как лечебно-диагностическая), подозрении на метастатическое поражение надпочечника и с целью аспирационной биопсии.

На завершающем этапе обследования в хирургическом стационаре окончательно уточняется природа новообразований надпочечников, оценивается функция органов жизнеобеспечения, определяются показания к хирургическому (адреналэктомия с опухолью) или параклиническим методам лечения (эндоваскулярная дегидратация аденом у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском, пункционно-дренирующие вмешательства при гормонально-неактивных псевдокистах).

Таким образом, целенаправленное выявление новообразований надпочечников является обязательным среди больных с АГ и эндокринными нарушениями, при координированных действиях специалистов поликлинического звена. Дифференциальная диагностика новообразований надпочечников должна быть последовательной (выявление АГ и эндокринных нарушений, выявление новообразований надпочечников, определение степени их гормональной активности, изучение их морфологической структуры). Все больные с инциденталомиями надпочечников должны быть подвергнуты тщательному, конкретному дообследованию. Заключительный этап диагностики должен проводиться в условиях специализированного хирургического стационара, с применением комплекса методов сочетанной радиологической диагностики.

ALGORITHM DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS ADRENAL TUMOR

L.V. Kulikov, U.A. Privalov, N.M. Bykova, N.S. Meshkov, V.F. Sobotovitch, U.V. Shevchuk, M.M. Litvin

(Postgraduate Institute, Railway Clinic, Endocrine center, Irkutsk)

The authors have developed and applied an algorithm of the inspection and differential diagnostics of the adrenal tumor. They have researched the consecutive fulfillment and estimation of the key steps of the diagnostics increases the quality of the developed algorithm. Both the use of all methods of radiological diagnostics and the analysis of the blood of various levels lie on the basis of the choice of the variants of the adrenal tumor surgical treatment.