

Опухоли гормонально-активные (альдостерон- и кортизонпродуцирующие аденомы, адреногенитальная аденома, феохромоцитома) и гормонально- неактивные (аденома, миелиопома, киста, метастазы, аденокарцинома и др.).

У 70–80 % больных с синдромом Конна выявляется гиперплазия надпочечников, а у 20–30 % – гормонально-активная аденома. У 85 % больных с синдромом Кушинга имеется гиперплазия надпочечников, у 10 % – кортизонпродуцирующая аденома, у 5 % – адрено-кортикальный рак (чаще размером более 5 см). Среди гормонально-активных опухолей коры надпочечников наиболее часто встречаются альдостерон- и кортизонпродуцирующие аденомы.

Альдостеронпродуцирующие аденомы (альдостеромы) характеризуются низкой (около 0 ед. Н) плотностью, однородной структурой без включений кальцинатов. После внутривенного болюсного контрастирования отмечается их контрастирование только в артериальную фазу с быстрым «вымыванием» контрастного вещества. До внедрения в клиническую практику механических иньекторов для болюсного контрастирования ошибочно считалось, что отсутствие контрастирования опухоли является одним из характерных признаков альдостеромы. Альдостеромы практически не бывают злокачественными.

Кортизонпродуцирующие аденомы (кортикостеромы) характеризуются мягкотканной (20–40 ед. Н) плотностью. Структура их при больших размерах может быть неоднородной, но без включений кальцинатов. Реакция на болюсное контрастирование схожа с таковой альдостеромы, однако не отмечается столь бы-

строго «вымывания» контрастного препарата в венозную фазу.

Среди опухолей мозгового слоя надпочечников наиболее часто встречается феохромоцитома, имеющая мягкотканую (20–40 ед. Н) плотность. Структура при больших размерах может быть неоднородной и, в отличие от кортикостером, с включениями кальцинатов. Опухоль интенсивно накапливает контрастное вещество после в.в. усиления.

Гормонально-неактивные аденомы встречаются у 1 % здоровых людей, при размерах более 2 см могут оказаться злокачественными. Реакция на в.в. контрастное усиление аналогично таковой альдостером. Таким образом, симптом быстрого «вымывания» контрастного вещества после внутривенного болюсного контрастирования помогает в дифференциальной диагностике альдостеронпродуцирующих и гормонально-неактивных аденом со злокачественными новообразованиями и феохромоцитомами. Кроме того, следует учитывать, что объемные образования надпочечников диаметром более 3 см в 90–95 % случаев являются злокачественными, а менее 3 см в 78–87 % – доброкачественными. Для злокачественных опухолей характерны размеры более 5 см, неровные контуры, инвазия в окружающие структуры, быстрый рост. У 5 % пациентов с синдромом Кушинга (кортикостерома) и у 10 % больных с феохромоцитомой опухоли по данным гистологического исследования оказываются злокачественными.

Таким образом, применение компьютерной и магнитно-резонансной томографии позволяет не только диагностировать объемные образования надпочечников, но и в большинстве случаев устанавливать их генез.

СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ И ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ МСКТ

Н.И. БАТУЕВА, М.А. КАТКОВА

Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

Пациент К., 53 года, поступил 29 октября 2010 г. в отделение Гепатологического центра

ГКБ № 3 с жалобами на приступообразные боли в мезогастррии опоясывающего характера, жел-

тушность кожных покровов, потемнение мочи. Заболел 13 октября, остро, после погрешности в диете. Из особенностей данных объективного осмотра: состояние удовлетворительное. Кожные покровы желтушные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в мезогастрии. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги, безболезненная. Выставлен предварительный диагноз: Хронический калькулёзный холецистит? Хронический панкреатит не выясненной этиологии. Хронический гепатит не выясненной этиологии.

Проведено обследование. УЗИ: желчный пузырь визуализируется нечетко обычной формы, нормальных размеров 7×2,5 см, стенка нечеткая, неровная, толщина до 5–6 мм, в просвете конкрементов не определяется. ОЖП не визуализируется. ЭФГДС: луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, на внутренней стенке слизистая бугристая. В нисходящем отделе ДПК (включая зону БДС) обширное экзофитное образование по типу «цветной капусты», биопсия. МСКТ: участки паренхимы печени, прилежащие к ложу желчного пузыря умеренно неоднородно и более активно накапливают контрастное вещество в артериальную фазу. Стенка желчного пузыря неравномерно утолщена до 11 мм, преимущественно в проекции дна, контуры пузыря нечеткие, окружающая клетчатка умеренно тяжистая. Рентгенконтрастных конкрементов не визуализируется. Интрапанкреатическая часть ОЖП – 4,4 мм. Остальные паренхиматозные органы без особенностей. Паракавально единичный лимфоузел до 9 мм. Учитывая изменения прилежащих участков паренхимы печени, выявленные изменения дифференцировали между воспалительными изменениями желчного пузыря и опухолью.

На основании данных обследования выставлены показания к оперативному вмешательству, была выполнена панкреатогастродуоденальная резекция. При ревизии желчный пузырь не увеличен, стенки уплотнены, в сращениях с ДПК, пузырный проток до 4 мм. При разделении сращений выявлен пузырно-дуоденальный свищ, диаметром 1 мм. При гистологическом исследовании: мультифокальная поверхностная аденокарцинома *in situ* в пограничной тубулярно-ворсинчатой аденоме. Послеоперационный период протекал тяжело и осложнился реактивным панкреатитом, частичной несостоятельностью панкреатоюноанастомоза, гастростазом, частичным нагноением операционной раны. 10 декабря пациент выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога и хирурга амбулаторно. Диагноз при выписке: аденокарцинома большого дуоденального сосочка. ЖКБ. Острый холецистит с исходом в эмпиему желчного пузыря. Пузырно-дуоденальная фистула. Осложнения основного: Реактивный панкреатит. Мелкоочаговый панкреонекроз. Частичная несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза. Неполный наружный панкреатический свищ. Нагноение послеоперационной раны. Сопутствующий: Хронический атрофический гастрит.

Иногда осложнившие острый холецистит абсцесс, некроз желчного пузыря или образование свищей в прилежащих отделах кишечника могут имитировать агрессивный опухолевый процесс. Данный случай показывает трудности дифференциальной диагностики при МСКТ между опухолью желчного пузыря и острым холециститом только на основании КТ-картины, без данных анамнеза и других методов обследования. Только интерпретация всех методов обследования пациента в совокупности может помочь в правильной постановке диагноза.