

КИСТЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

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

(Институт усовершенствования врачей, ректор – член-корр. РАМН А.А. Дзизинский, Дорожная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. О.А. Приходько)

Резюме. Из 296 больных, оперированных по поводу различных опухолевых поражений надпочечников, у 10 (3,4%) обнаружено их кистозное поражение. Из 10, у 7 больных с кистами надпочечников, превалировала артериальная гипертензия, а у 3 – боли и чувство тяжести в поясничной области на стороне поражения. Авторы считают, что кисты надпочечников являются осложнением различных опухолевых поражений надпочечников. Последовательное этапное выполнение ультразвуковой, компьютерно-томографической диагностики, а также селективной флебографии надпочечников, повышает вероятность выявления кист надпочечников.

Кисты относятся к редким новообразованиям надпочечников. Считается, что в подавляющем числе наблюдений кисты надпочечников (КН) протекают латентно, без каких-либо клинических признаков. Очень редко встречаются КН, протекающие с синдромом артериальной гипертензии (АГ) [1,2,3,4].

Методы и материалы

В клинике хирургии Иркутского института усовершенствования врачей с 1980 по 2000 гг. были оперированы 296 больных с различными опухолевыми поражениями надпочечников. Из них – у 10 (3,4%) больных (жен. – 8 и муж. – 2) выявлены КН. Возраст больных колебался от 18 до 63 лет. Левосторонняя локализация КН обнаружена у восьми, правосторонняя – у двух. Кисты в диаметре от 1 до 3 см встретились у четырех, от 3 до 6 см – у пяти больных и 12 см – в одном наблюдении. Необходимо отметить, что все больные получили трехэтапную систему диагностики, включающую поликлинический этап (общеклинические показатели и УЗИ), эндокринологический этап (специфические пробы, гормональный профиль, КТ или МРТ) и хирургический этап (флебография надпочечников, пункция кисты). На этапе эндокринологического обследования выявляли возможные клиничко-лабораторные признаки гормональной активности опухолей надпочечников: наличие ожирения, нарушение углеводного, белкового обмена, половой функции, признаки калиопенической нефропатии. У всех обследуемых определяли: уровень калия и натрия в сыворотке и в моче; уровень кортизола крови, взятой из локтевой вены (ночью и утром), из левой и правой центральных надпочечниковых вен и из нижней полой вены; содержание альдостерона в сыворотке крови и активность ренина плазмы, взятой из локтевой вены у больного в вертикальном положении. В моче определяли 17-оксикортикостероиды (17-OKS), 17-кетостероиды (17-KS), ванилилминдальную кислоту (ВМК). Калий и натрий определяли на ионно-селективном анализаторе ЭЦ-59

УФА в цельной сыворотке, в моче на этом же аппарате в 10-кратном разведении. Определение концентрации ренина в плазме и альдостерона в сыворотке крови проводили радиоиммунным методом. Кортизол определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов “Стероид ИФА-кортизол” на аппарате Alkor Bio. Определение 17-KS в моче производили по реакции с метадинитробензолом коллометрическим методом, 17-OKS – по реакции с фенилгидразином, после ферментативного гидролиза. Для определения ВМК в моче проводили визуальную цветную реакцию с использованием Р-нитронилина. Двум больным проведены большая и малая дексаметазоновые пробы.

Клинические признаки синдрома Иценко-Кушинга имели место у 2 (20%) больных. У 7 больных с КН в клинической картине доминировала АГ, а у 3 – на фоне общего недомогания и дискомфорта преобладали болевые ощущения и чувство тяжести в поясничной области на стороне поражения. Из семи больных с КН, протекающими с клиникой АГ, у четырех анамнез АГ прослеживался на протяжении 20 лет, а у трех – в течение последнего года, которая была рефрактерной к медикаментозному лечению.

Результаты и обсуждения

Как нам представляется, наиболее сложной и нерешенной является проблема дооперационной диагностики КН. Ультразвуковой метод диагностики оказался эффективным только в 2 из 10 случаях, когда в просвете надпочечника были выявлены гипоехогенные объемные образования в плотной капсуле.

По данным КТ (МРТ) КН визуализировались как опухолевидные образования забрюшинного пространства размерами от 1 до 12 см с однородной, либо неоднородной структурой и четкими внешними контурами. Лишь у двух больных с КН при КТ (МРТ) диагноз не вызывал сомнений.

Во всех случаях при ФГ выявлены бессосудистые участки овоидной формы, окруженные обильной венозной сетью, наподобие "мяча в корзине", с множеством перстоков, деформацией, извитостью и расширением анастомотических ветвей. Множественные кисты выявлялись в виде полостных структур, окруженных "паутиной сосудистой сети" в пораженной части органа. У 6 больных с КН произведен раздельный забор крови, оттекающей от пораженного и контрлатерального надпочечника.

При исследовании уровней гормонов в 3 из 10 случаях обнаружено значительное повышение концентрации кортизола на стороне поражения.

Изучение гормонального профиля (кортизол, альдостерон венозной крови, метаболиты кортикостероидов мочи) выявило отклонение от нормы лишь в трех наблюдениях. Пункция кист под КТ-контролем произведена двум больным. В обоих случаях получена жидкость бурого цвета с высоким содержанием кортизола.

Все больные КН были оперированы из разрабатанного нами оригинального доступа "транскопальной люмболапаротомии" (ТКЛЛ). Во всех случаях произведено удаление надпочечников с кистами. Осложнений во время операции, в послеоперационном периоде и летальных исходов не было. У всех больных наступило выздоровление, а у семи больных с АГ отмечено купирование артериальной гипертензии.

Необходимо отметить, что даже во время операции не всегда возможно отличить кисту от опухоли надпочечника. Это бывает в тех случаях, когда содержимым кисты является желеобразная масса, либо мелкие кисты расположены интрапаренхиматозно. В этих наблюдениях диагноз был подтвержден макроскопическим изучением удаленного органа и последующим гистологическим исследованием.

Изучение удаленных макропрепаратов показало, что во всех случаях это были псевдокисты, т.е. образования не имеющие эпителиальной выстилки. В их полости находилась либо жидкость соломенного, бурого или шоколадного цвета, либо желеобразная масса. В некоторых кистах обнаружены организовавшиеся сгустки крови, некротический детрит, фибрин на внутренней поверхности

капсулы. Стенки всех кист были фиброзно изменены, а при длительности заболевания свыше десяти лет (2 наблюдения), оказались с множественными очагами обызвествления. В паренхиме удаленных надпочечников, отмечены явления атрофии коры, дистрофия, очаговые кровоизлияния. Геморрагии отмечены в паренхиме надпочечников у молодых больных с небольшой продолжительностью болезни. Лишь в одном наблюдении, киста сформировалась в мозговом веществе надпочечной железы.

Учитывая полиморфный характер гистологических находок, можно предположить несколько вариантов формирования кистозных полостей: 1) в участках кровоизлияний в ткань железы; 2) в местах очагового расстройства кровообращения, обусловленного тромбозом, либо длительным спазмом артериол, с последующим ишемическим некрозом (по типу постнекротической кисты), что подтверждается наличием воспалительных элементов в полости и капсуле кисты; 3) из кровеносных и лимфатических сосудов вследствие их микроангиопатии (длительное течение сахарного диабета); 4) некрозы аденоматозных опухолей, из-за расстройств кровообращения в ткани опухоли.

На основании вышеизложенного можно предположить, что ложные кисты надпочечников, являясь осложнением разнообразных патологических процессов в ткани железы, как правило, протекают с определенной клинической картиной, заключающейся в болевых ощущениях и тяжести в поясничной области на стороне поражения либо в клинике артериальной гипертензии, различной степени выраженности. Последовательное выполнение ультразвукового исследования, компьютерной томографии, селективной флебографии надпочечников, повышает вероятность выявления кист надпочечников. Чрезвычайно важно сопоставление клинической картины с результатами изучения уровня гормонов в содержимом кисты и крови, оттекающей от пораженного надпочечника. Решение этих вопросов будет иметь принципиальное значение, ибо позволит применить дифференцированную хирургическую тактику: пункционное лечение, резекцию надпочечника с кистой, стандартную или эндовидеохирургическую адреналэктомию.

ADRENAL CYSTS

L.V. Kulikov, V.F. Sobotovich, U.A. Privalov, N.M. Bykova, S.V. Alaberdin, N.S. Meshkov,
D.V. Sobotovich, U.V. Shevchuk

(Institute for Medical Advanced Studies, Railway Clinic, Irkutsk)

Of 256 patients, operated on various tumoral lesions of adrenals, 10 (3,4%) of them have had adrenal cysts. Of these 10, in 7 patients with adrenal cysts there prevailed arterial hypertension, and the other 3 patients had pains and sense of gravity in the lumbar range on the side of the lesion. The authors consider that, adrenal cysts are complications of various tumoral lesions of adrenals. Ultrasonic and computerized tomography diagnostics, as well as selective phebography of adrenals, increase probability revealing of adrenal cysts.

Литература

1. Женчевский Р.А. Гигантская ложная киста надпочечника // Вестник хирургии. – 1982. – Т.128, №4. – С.81-82.
2. Калинин А.П., Майстренко Н.А. Хирургия надпочечников // М.: Медицина. – 2000. – 215 с.
3. Торгунаков А.П. К вопросу о синдроме псевдофеохромоцитомы // Клиническая медицина. – 1978. – №1. – С.135-136.
4. Incze J.S., Lui P.S., Merriam J.C. et al. Morphology and pathogenesis of adrenal cysts // Am. J. Pathol. – 1979. – N.95. – P.423-432.

© ШЕВЧЕНКО В.В. –
УДК 617.576-006.35

ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ СИНОВИОМА СУХОЖИЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩА СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

В.В. Шевченко.

(Ярцевская ЦРБ Смоленской обл., гл. врач – А.М. Прохорснков)

Резюме. Рассматривается в статье наблюдение рецидивного течения гигантоклеточной синовиомы.

Среди опухолей и опухолеподобных образований кисти одно из первых мест (45,2%) занимают опухоли из соединительной ткани [5], в числе которых не последнее место занимают синовиомы – опухоли, возникающие из синовиальных оболочек суставов, слизистых сумок, сухожильных влагалищ. Впервые этот термин предложила 1929 г. Smith.

Чаще всего среди новообразований синовиальной ткани встречаются доброкачественные синовиомы, описываемые также под названием гигантоклеточных опухолей суставов и сухожильных влагалищ, доброкачественных синовиом, гигантоклеточных ксантомных опухолей. Злокачественные опухоли синовиальных оболочек суставов, бурс, сухожильных влагалищ называются злокачественными синовиомами или синовиальными саркомами. Последний термин был предложен Berger в 1938 г.

Первое сообщение об опухолях сухожильных влагалищ пальцев кисти было сделано в 1852 г. Chassaignas. Broca в 1860 г. подробно описал это заболевание и назвал его “миеломой”. В 1927 г. Mason и Woolston предложили новое название “гигантоклеточные ксантомные опухоли”. В 1951 г. Wright сообщил, что все ранее применявшиеся термины неудачны, и предложил новый – “доброкачественные гигантоклеточные синовиомы”, подчеркнув тем самым их происхождение из синовиальных оболочек.

Гигантоклеточные опухоли (ГКО) сухожильных влагалищ являются одной из наиболее часто встречаемых доброкачественных опухолей синовиальной ткани и вместе с ганглием составляют подавляющее большинство подкожных образований кисти и стопы [5].

Располагаются ГКО обычно в тех местах, где есть синовиальная оболочка. На пальцах они растут из сухожильных влагалищ или синовиальной оболочки межфаланговых суставов, поэтому при их удалении нередко вскрывается полость сустава [7].

Опухоли обычно имеют вид одиночного округлого или овального узла с бугристой поверхностью, они умеренно плотны, хорошо отграничены. Доброкачественные синовиомы, расположенные вблизи крупных суставов, нередко носят инфильтративный характер и лишены четких границ. На разрезе новообразование может иметь различный цвет от серовато-желтого до желтовато-коричневого и даже красновато-коричневого. Различные участки одной и той же опухоли могут иметь разную окраску. Желтый цвет зависит от содержания жира, а коричневые оттенки обусловлены наличием гемосидерина.

ГКО редко достигают значительных размеров. На пальцах они обычно имеют диаметр от нескольких миллиметров до 2-3 см. Иногда имеется несколько узлов, соединенных фиброзной капсулой. Реже рядом с основным узлом располагаются небольшие узелки.

Хотя опухоль имеет четкие границы, можно обнаружить проникновение ее в прилежащие ткани (сухожильное влагалище или капсулу сустава), изредка наблюдается связь с кожей. Опухоль может как муфтой окутывать сухожилие.

Микроскопически основными элементами являются округлые, овальные, вытянутые и полиэдральные клетки, располагающиеся тяжами или в виде альвеол. Клеточные тяжи и альвеолы разделены пучками коллагеновых, иногда гиалинизированных волокон. Другим обязательным клеточным элементом опухоли являются гигантские многоядерные клетки [1].

В ГКО нередко участки ксантоматоза. Обычно эти опухоли содержат некоторое количество гемосидерина, расположенного главным образом внутриклеточно.

Рецидивные опухоли имеют такое же строение, как и первичные [6].

Дифференцировать доброкачественную синовиому необходимо с синовиальной саркомой: макроскопически синовиальная саркома имеет вид четко ограниченного, как бы инкапсулиро-