

## ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ – ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ

**В.Н. Чернышев, А.М. Аюпов, Г.В. Михеев**

**Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина, г. Самара**

Представлены результаты хирургического лечения 865 больных с опухолями надпочечников на основе дифференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства. Эндовидеохирургическая технология является методом выбора при удалении небольших (до 5 см) опухолей, чаще всего альдостером. «Открытые» операции должны оставаться в арсенале хирурга при невозможности использования лапароскопического вмешательства.

*Ключевые слова:* опухоли надпочечников, артериальная гипертензия, эндоскопическая операция.

Артериальная гипертензия является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. В последнее время особое внимание исследователей привлекают симптоматические артериальные гипертензии, что обусловлено необходимостью их точной диагностики, позволяющей установить первопричину стойкого повышения артериального давления [1, 2]. Следует отметить, что своевременная диагностика данного заболевания и вовремя начатое лечение в большинстве случаев приводят к стойкому улучшению состояния или выздоровлению пациентов [3].

Нами накоплен опыт хирургических операций у 865 больных с заболеваниями надпочечников. У 98 % оперированных одним из основных симптомов заболевания была артериальная гипертензия. При этом важно отметить, что у подавляющего большинства оперированных больных артериальная гипертензия по своему течению не отличалась от эссенциальной гипертензии. В связи с этим почти все больные в течение многих лет лечились с наиболее частым в практике терапевтов диагнозом – гипертоническая болезнь. Исключение составляла группа больных с синдромом Иценко-Кушинга (139 больных), у которых отмечались яркие и типичные проявления заболевания.

Практика показала, что при феохромоцитоме надпочечников (оперировано 106 больных), даже при кризовом течении артериальной гипертензии, целенаправленное обследование большинства больных задерживалось на сроки от 6 месяцев до 10 лет, и они лечились с тем же диагнозом – гипертоническая болезнь.

Наиболее частой опухолью надпочечников у оперированных нами больных были альдостеромы – оперировано 553 пациента. Артериальная гипертензия у них в разные годы отмечалась в 95–100 %.

Со времени описания J. Сопп'ом первичного альдостеронизма прошло почти 60 лет. Однако только в последние 15–20 лет частота выявления альдостером надпочечников резко возросла. Этому способствовало внедрение в клиническую практику компьютерной и магнитно-резонансной томо-

графии. Без этих методов обследования в прошлые годы визуализация надпочечников и их опухолей, особенно небольших (обычно 2–3 см диаметром) альдостером, была весьма сложной и потому они выявлялись редко. Первая операция удаления альдостеромы была выполнена нами в 1966 году.

Распространенность феохромоцитом и кортикостером относительно невысокая. Этого нельзя сказать о первичном альдостеронизме. Нами в нескольких крупных лечебных учреждениях были изучены результаты аутопсий погибших от осложнений артериальной гипертензии. Оказалось, что у 8–10 % погибших патологоанатомы находили аденомы надпочечников, вероятнее всего альдостеромы, не нашедшие прижизненно отражения в клиническом диагнозе.

В специальной литературе имеется немало данных о частоте выявления альдостером надпочечников у гипертоников, достигающей до 15 %. Если экстраполировать эти данные на распространенность артериальной гипертензии среди взрослого населения (20–30 %), то можно уверенно полагать, что потребность в операциях по удалению альдостером только в России может составлять многие десятки тысяч. Речь идет о том, что операции при первичном альдостеронизме уже сегодня становятся одними из наиболее распространенных в эндокринной хирургии.

В связи со сказанным с особой значимостью определяется проблема изменения принципов обследования больных с артериальной гипертензией и своевременной диагностики хирургических форм артериальной гипертензии. Сегодня, к сожалению, многие терапевты, к которым обращаются пациенты с артериальной гипертензией, не нацелены на своевременное выявление скрытых причин повышения артериального давления. К ним относятся заболевания надпочечников и еще более частая причина повышения артериального давления – сужения почечных артерий (вазоренальная гипертензия) – проблема, требующая, в связи со своей значимостью, отдельного рассмотрения. Хирурги, как правило, традиционно считают паци-

ентов с артериальной гипертензией «не своими» и их обследованием занимаются в небольшом количестве специализированных клиник.

Сегодня нет надежных и простых скрининговых тестов, позволяющих у пациентов с артериальной гипертензией заподозрить опухоль надпочечников и определить у них показания к выполнению КТ, МРТ надпочечников и ряда сложных гормональных исследований. Только при кортикостеромах надпочечников для решения этих вопросов на начальном этапе врачу достаточно знаний клинических проявлений синдрома Иценко–Кушинга. УЗИ надпочечников, как предварительный метод выявления их опухолей, малонадежен, по нашим данным, если размеры опухоли менее 2–3 см. КТ и МРТ остаются дорогостоящими и не всегда доступными методами обследования. Но необходимо, вероятно, ориентироваться на максимально широкое их использование при обследовании гипертоников.

Детали предоперационной подготовки, анестезиологического обеспечения и техники операций при феохромоцитоме, кортикостеромах можно считать хорошо отработанными. Из 106 пациентов с феохромоцитомой после операции погибло 4 (3,8 %). У всех четырех погибших были огромные опухоли, двое были оперированы на фоне криза и синдрома неуправляемой гемодинамики. Из 119 больных с синдромом Иценко–Кушинга у 40 пациентов были удалены кортикостеромы, после операции погибли два пациента после удаления больших злокачественных кортикостером. За последние 15 лет среди оперированных нами пациентов с феохромоцитомой и кортикостеромами послеоперационной летальности не было. Перспективным направлением в лечении больных с названными опухолями является эндовидеохирургическая технология их удаления. Нами выполнено 6 лапароскопических операций удаления феохромоцитомы и кортикостером надпочечников. При опухолях размером до 5–6 см лапароскопическая технология их удаления может быть методом выбора. Высказывалось немало опасений в отношении применения лапароскопической технологии удаления феохромоцитомы, которые, как нам представляется, можно считать преувеличенными.

По поводу альдостером надпочечников было оперировано 553 наших больных. Размер удаленных альдостером был чаще всего в пределах 2–3 см. Необходимо отметить, что до настоящего времени не решен вопрос о четком установлении связи артериальной гипертензии с обнаруженной небольшой опухолью надпочечника, а стало быть, и об абсолютно точном установлении диагноза первичного альдостеронизма, как причины повышения артериального давления. Гипокалиемия – важный признак альдостеронизма, но у больных с альдостеромами он выявляется, по нашим данным, примерно у 30 %. Уровень альдостерона в крови очень изменчив и как диагностический тест малонадежен. Исследование активности ренина плазмы крови (АРП) и отношение уровня альдостерона к АРП считается более надежным тестом, но и он не явля-

ется абсолютным. Исходя из этого, мы в своей практике считали, что обнаружение у больного с повышенным артериальным давлением на КТ опухоли надпочечника диаметром более 1 см (т. е. диагностические ошибки с топической диагностикой при этом практически исключены), даже при сомнительных лабораторных данных в пользу первичного альдостеронизма можно считать показанием к оперативному удалению опухоли надпочечника. При опухолях менее 1 см необходимо динамическое наблюдение и повторение лабораторных исследований с целью уточнения диагноза.

Применяемая нами хирургическая тактика при подозрении на альдостерому надпочечников целесообразна, по нашему мнению, только при использовании хирургических технологий удаления обнаруженных опухолей надпочечников, которые позволяют рассчитывать на минимальный риск операции. И в этом плане наиболее важными нам представляются детали предоперационной подготовки больных к операции и ее анестезиологическое обеспечение, техника выполнения операции – открытая операция или эндовидеохирургическая. Наши исследования показали, что у 85 % больных с альдостеромами надпочечников нет необходимости в проведении длительной, как многие авторы рекомендуют – до 2–3 месяцев, предоперационной подготовки верошпирином, препаратами калия и гипотензивными препаратами для коррекции артериальной гипертензии и гипокалиемии. Это больные с артериальной гипертензией не выше умеренной (по классификации ВОЗ), и с не выявляемой лабораторно у большинства из них гипокалиемией, и минимальными клиническими ее проявлениями. Только у 15 % больных, у которых определяется тяжелая или злокачественная гипертензия и у большинства из них – гипокалиемия, необходима относительно длительная предоперационная подготовка по коррекции артериальной гипертонии и гипокалиемии. Но и у этих пациентов она может быть сокращена до 2–3-недельного амбулаторного курса лечения и нескольких дней лечения до операции. Собственно анестезиологическое обеспечение операции удаления альдостеромы больших особенностей не имеет. Методом выбора считаем эндотрахеальный наркоз с ИВЛ. Выбор вида миорелаксантов на течение анестезии и ближайшего послеоперационного периода существенного влияния не оказывает.

У больных первичным альдостеронизмом нами при небольших альдостеромах выполнялась резекция части надпочечника с альдостеромой. Обязательным считаем интраоперационную биопсию удаленной опухоли для решения вопроса о расширении объема операции. Злокачественный рост опухолей был выявлен только у 3 (0,5 %) пациентов. Оптимальным вариантом хирургического доступа для выполнения «открытого» вмешательства (436 больных) считаем разработанный внеполостной мини-доступ через ложе частично резецированного XI ребра (В.Н. Чернышев). Эндовидеохирургические операции удаления альдостеромы лапа-

роскопическим доступом выполнены у 117 больных. Сопоставления преимуществ и недостатков «открытых» и лапароскопических операций удаления альдостером позволяют отметить, что лапароскопическая технология позволяет сократить примерно наполовину сроки восстановления трудоспособности больных после вмешательства и получить лучший косметический эффект. Что же касается сроков активизации пациентов после операции, длительности и интенсивности послеоперационных болей, частоты местных послеоперационных осложнений, то нами не отмечено существенной разницы между «открытыми», с применением внеполостного мини-доступа, и лапароскопическими операциями. Нельзя не отметить, что у двух наших пациентов после лапароскопической адреналэктомии в послеоперационном периоде были диагностированы серьезные внутрибрюшные кровотечения. У них потребовалась экстренная лапаротомия, что было сопряжено с высоким риском даже летальных осложнений и, естественно, нивелировало все ожидавшиеся преимущества лапароскопической технологии ранее выполненной операции. Хорошо известны недостатки лапароскопических адреналэктомий: длительный карбоксиперитонеум, а также их большая продолжительность, по сравнению с «открытыми», хотя по мере накопления опыта длительность этих операций сокращается.

В свете сказанного, нам представляется, что часто звучащие сегодня призывы считать лапароскопическую технологию адреналэктомии методом выбора подлежат уточнению. Прежде всего, нельзя противопоставлять «открытые» и лапароскопические операции. Последние можно считать методом выбора при удалении небольших (до 5 см) опухолей надпочечников, чаще всего альдостером, реже – небольших кортикостером и феохромоцитом, инциденталом. Непременное условие использования лапароскопической технологии адреналэктомии – совершенное владение хирургом техникой эндовидеохирургических операций. «Открытые» операции могут и должны оставаться в арсенале хирурга при невозможности использовать лапароскопические вмешательства. При небольших (менее 5 см) опухолях надпочечников с лапароскопическими операциями вполне, по нашему мнению, может конкурировать внеполостной мини-доступ через ложе XI ребра. При опухолях более 5 см оптимальным надо считать небольшой торакофренотомический доступ в X межреберье.

Обсуждение и заключение. Накопленный нами опыт обследования больных с артериальной гипертензией с целью выявления хирургических причин заболевания позволяет нам считать, что самыми частыми причинами симптоматической гипертензии являются вазоренальная и опухоли надпочечников. Можно уверенно полагать, что частота только заболеваний надпочечников среди гипертоников доходит примерно до 10 %. Еще чаще встречается вазоренальная гипертензия. В целом проблема выявления хирургических форм артериальной гипертензии приобретает социальную зна-

чимость в связи с большой распространенностью артериальной гипертензии. Руководители общества и организаторы здравоохранения должны осознать, что проблема борьбы с гипертензией – это проблема борьбы с инсультами и инфарктами миокарда, одними из главных причин часто преждевременной инвалидности и гибели больных, и что проблема диагностики и лечения гипертензии – проблема не только терапевтическая, но в значительной степени и хирургическая. Необходимо добиваться, чтобы среди терапевтов, кардиологов и других специалистов, занимающихся лечением пациентов с артериальной гипертензией, возобладавало, как аксиома, мнение об обязательном исключении хирургических причин повышения артериального давления, прежде чем обречь пациентов на постоянное проведение гипотензивной терапии. Современные гипотензивные препараты у многих больных позволяют снижать высокое артериальное давление, но не ликвидируют угрозы сосудистых осложнений, при вазоренальной гипертензии ускоряется процесс нефроангиосклероза, вплоть до почечной недостаточности при двусторонних сужениях артерий, а при опухолях надпочечников только гипотензивная терапия недопустима по онкологическим соображениям. Сегодня необходимо стремиться к максимально широкому применению КТ и МРТ надпочечников у больных гипертензией, поскольку пока надежных скрининговых тестов в соотношении опухолей надпочечников в нашем распоряжении нет.

Привлечение внимания врачей к проблеме хирургических форм артериальной гипертензии обосновывается еще одним важным практическим обстоятельством: в клиническую практику внедрены малоинвазивные технологии, позволяющие у большинства больных отказаться от многих травматичных и рискованных «открытых» операций. При вазоренальной гипертензии последние заменили стентированием и ангиопластикой почечных артерий. При опухолях надпочечников, из которых преобладают небольшие альдостеромы, можно ожидать широкого внедрения в практику хирургов эндовидеохирургических операций и операций с использованием мини-доступов. Во всех этих случаях можно уверенно рассчитывать на сокращение сроков лечения, на минимальный риск этих вмешательств, практически нулевую летальность и надежный гипотензивный эффект у подавляющего большинства больных.

### Литература

1. Гормонально-неактивные опухоли надпочечников / Н.А. Майстренко, В.С. Довганюк, Н.Ф. Фомин, П.Н. Ромащенко. – СПб.: ЭЛБИ, 2001. – 171 с.
2. Майстренко, Н.А. Эндовидеохирургия надпочечников / Н.А. Майстренко. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. – 144 с.
3. Чернышев, В.Н. Артериальная гипертензия в практике хирурга и терапевта / В.Н. Чернышев. – Самара, 1998. – 256 с.

Поступила в редакцию 17 марта 2010 г.