

2. Болезни щитовидной железы / Под ред. Л.И. Бравермана. – М., 2000. – 432 с.
3. Бубнов А.Н., Кузьмичев А.С., Гринева Е.Н., Трунин Е.М. Заболевания щитовидной железы. Часть I. Узловой зоб. – СПб., 2002. – 96 с.
4. Ванушко В.Э. Современные аспекты хирургического лечения наиболее распространенных заболеваний щитовидной железы / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2006.
5. Ветшев П., Чилингарики К., Банний Д., Дмитриев Е. // Врач. – 2005. – № 9. – С. 47-49.
6. Дедов И.И., Трошина Е.А., Юшков П.В., Александрова Г.Ф. Диагностика и лечение узлового зоба: методические рекомендации. – Петрозаводск, 2003. – 64 с.
7. Романчишен А.Ф. // Актуальные проблемы современной эндокринологии: Материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. – СПб., 2001. – С. 366.
8. Хирургическая эндокринология: руководство / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева – СПб., 2004. – 960 с.
9. Martino E., Bogassi F. // Thyroid International. – 2000. – № 5. – P. 3-9.
10. Tan G.H., Gharib H. // Ann. Intern. Med. – 1997. – V. 126. – P. 226-231.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*М.Е. Белошицкий, А.П. Калинин, О.П. Богатырев, Г.А. Полякова, В.И. Шумский
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Широкое внедрение в клиническую практику современных лучевых методов диагностики – ультразвукового, рентгенокомпьютерного или магнитно-резонансного исследования (УЗИ, РКТ, МРТ), – техническое и методологическое их совершенствование послужили причиной появления новой проблемы в эндокринной хирургии – случайно выявленных опухолей надпочечников, так называемых инциденталом (incidentally discovered adrenal mass) [2, 4, 5]. Это название является собирательным, объединяющим случайно обнаруженные объемные образования, исходящие не только из всех зон коркового и мозгового слоев надпочечников, но также из элементов мезенхимы и нейроэктодермы, метастатические опухоли, псевдонадпочечниковые поражения, исходящие из почек, поджелудочной железы, селезенки, сосудов [1, 6, 7].

Принцип выбора лечебной тактики инциденталом надпочечников основывается на наличии или отсутствии гормональной активности опухоли и признаков возможной ее злокачественности. Целью настоящего исследования явилась разработка диагностической программы, позволяющей выявить минимальную гормональную активность и косвенные признаки злокачественного характера опухоли для оптимизации хирургической тактики.

В отделение хирургической эндокринологии МОНИКИ в 1993-2005 гг. по поводу инциденталом поступили 269 больных (197 женщин и 72 мужчины, средний возраст $53 \pm 10,4$ года). Во всех наблюдениях опухоль выявлялась случайно в других лечебных учреждениях или в смежных подразделениях МОНИКИ при УЗИ, РКТ, МРТ, проводившихся в связи с болевым синдромом, предполагавшимся холециститом, панкреатитом, мочекаменной болезнью или при плановой диспансеризации. В клинике у трети больных выявлялась ранее не диагностированная артериальная гипертензия, предположительно трактовавшаяся как симптоматическая. В большинстве наблюдений она носила транзиторный характер и не вызывала заметного ухудшения самочувствия, однако в ряде случаев отмечалось ее кризовое течение. У 49% больных отмечались неспецифические клинические проявления (болевой синдром, умеренная слабость, изменение массы тела и др.), не позволившие судить о функциональной активности опухоли. В то же время некоторые из них – резкое снижение массы тела, лихорадка неясного генеза, выраженный болевой синдром – застав-

ляли, прежде всего, думать о злокачественном характере новообразования. Обычно выраженный болевой синдром наблюдался при размерах опухоли, превышающих 6 см в диаметре, и был обусловлен компрессией или инвазией близлежащих тканей и органов. У 21% больных какие-либо жалобы отсутствовали.

Диагностический алгоритм включал рутинные инструментальные и лабораторные исследования с обязательным определением уровня гликемии и электролитов крови, базальных показателей гормонального гомеостаза, суточной экскреции катехоламинов. Выполнялись также лучевые визуализирующие исследования с последовательным проведением УЗИ, РКТ или МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства. В ряде наблюдений проводился суточный мониторинг артериального давления, секреции кортизола, альдостерона, активности ренина плазмы, селективная венография надпочечников с забором проб крови для гормональных исследований, прицельная пункционная биопсия опухоли под контролем УЗИ. При подозрении на злокачественный характер опухоли проводился поиск отдаленных метастазов или первичных опухолей другой локализации. Для этих целей выполняли радиоизотопную сцинтиграфию костей, печени, РКТ грудной клетки и малого таза, эзофагогастродуоденоскопию и колоноскопию, а в последнее время позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).

В результате комплексного обследования 269 больных с инциденталомой надпочечников у 48 (18%) были выявлены признаки первичного гиперальдостеронизма, у 20 (7,4%) – синдрома Кушинга (субклиническое течение), у семи (2,6%) – малоактивной феохромоцитомы, у 43 (16%) – злокачественного характера опухоли надпочечника (первичная или метастатическая). В остальных случаях – у 151 больного (56%) – опухоль расценивалась как доброкачественная гормонально-неактивная. К значимым дооперационным критериям возможной злокачественности, по данным лучевой диагностики, относили признаки инвазии и регионарного метастазирования, многузловую структуру опухоли, наличие участков повышенной плотности (до 45 ед.) и кальцинатов. Расширение диагностической программы позволило в трех наблюдениях выявить обширные отдаленные метастазы. Прицельная пункционная биопсия под контролем УЗИ выявила признаки злокачественности опухоли только в пяти из 18 наблюдений и использовалась преимущественно при подозрении на ее метастатический характер. В двух случаях верифицирован адренокортикальный рак, в двух других – метастаз рака легкого в надпочечник, в одном – метастаз аденокарциномы.

Несмотря на довольно широкий диапазон использованной диагностической программы, в ряде наблюдений установить истинный характер новообразования до операции не удалось. Наибольшие сложности наблюдались при диагностике следующих вариантов инциденталомы: клинически не проявлявшихся («немых») феохромоцитом, злокачественных и псевдонадпочечниковых поражений.

Морфологически и иммуногистохимически в 18 наблюдениях после операции была верифицирована феохромоцитома. У этих больных отсутствовали классические проявления, свойственные хромоффинным опухолям. Однако у семи из них определенные признаки, позволившие заподозрить феохромоцитому, были выявлены до операции. У трех пациентов при проведении суточного мониторинга АД на фоне нормотензии отмечены эпизоды пикового повышения АД, у пяти – повышение суточной экскреции катехоламинов в 1,5-2 раза. Клинически гормональная активность «немых» феохромоцитом проявлялась в виде выраженных гемодинамических расстройств у большинства (16 больных) лишь во время хирургических манипуляций. Злокачественные опухоли верифицированы в 43 наблюдениях (первичные – 31, метастатические – 12). В 41 из них злокачественный характер новообразований

предполагался до операции. У трех больных аденокортикальным раком (в двух наблюдениях – T1N0M0, в одном – T3N0M0) выявляемые опухоли не соответствовали критериям злокачественности: они имели четкие ровные контуры при D<5см и расценивались как доброкачественные. У этих больных была проведена эндоскопическая адреналэктомия без соблюдения общепринятых онкологических принципов.

Группу с псевдонадпочечниковыми поражениями составили четверо больных. У двух из них предполагалась злокачественная опухоль надпочечника, оказавшаяся раком почки с инвазией в надпочечник. Этим больным была выполнена нефрадреналэктомия. Причина ошибки обусловлена большими размерами опухолей (8 и 10 см) и отсутствием их контрастирования при аортографии. У одного больного с первичным гиперальдостеронизмом при УЗИ и РКТ выявлена кистозная опухоль надпочечника размером 4 см в диаметре, оказавшаяся экстраренальной кистой, к которой интимно прилежал гиперплазированный надпочечник. Проведена энуклеация кисты и адреналэктомия. Еще в одном наблюдении предполагавшаяся опухоль надпочечника оказалась добавочной селезенкой (в анамнезе отмечалась спленэктомия в связи с автотравмой).

Из 269 больных оперированы 248. Причиной отказа от операции у 16 больных послужили небольшие размеры опухоли (менее 3 см), отсутствие признаков злокачественности и гормональной активности. Еще в трех наблюдениях операция признана нецелесообразной из-за обширного регионарного и отдаленного метастазирования. Двум больным с наличием тонкостенных однокамерных кист (6 и 8 см в диаметре) проведено чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ с последующим введением в полость кисты этанола. В одном из этих наблюдений при контрольном УЗИ и РКТ (через 6 месяцев) кистозная полость практически отсутствовала, а в другом выявлен рецидив кисты, что явилось показанием к хирургическому лечению.

Большинству больных (210) выполнялась открытая адреналэктомия с опухолью из френолюмботомического или торакофренолюмботомического доступа. При подозрении на злокачественный характер опухоли в 20 наблюдениях адреналэктомия дополнялась расширенным удалением окружающей жировой клетчатки, а в двух – и лимфадиссекцией. У пяти больных со злокачественными опухолями (у троих – метастатическими, у двух – первичными) в связи с обширным прорастанием в нижнюю полую вену и соседние органы, проведено лишь частичное их удаление.

С 2004 г. в клинике внедрена методика эндовидеохирургической адреналэктомии, являющейся, по мнению большинства авторов, операцией выбора при инциденталоме надпочечника [3, 8, 9]. Основными критериями отбора больных для ее проведения были размеры опухоли, не превышающие 7 см, и отсутствие признаков злокачественности. При случайно выявленных опухолях она использована у 38 больных (у 26 – справа, у 12 – слева). У пяти из них симультанно выполнена холецистэктомия в связи с желчнокаменной болезнью. При локализации опухоли справа оптимальным признан лапароскопический доступ, а слева – боковой ретроперитонеальный. У одного больного с двусторонними опухолями (метастаз аденокарциномы из невыявленного первичного очага) с множественным поражением забрюшинных лимфоузлов проведена лапароскопическая биопсия опухоли надпочечника с целью ее морфологической верификации. В двух наблюдениях в связи с техническими сложностями потребовался переход на открытый доступ. В одном из них это было обусловлено кровотечением из культи центральной вены надпочечника (соскальзывание клипсы), в другом – выраженным перипроцессом. Послеоперационных осложнений при выполнении эндоскопических методик не было.

Патологоанатомический диагноз основывался на макроскопической характеристике удаленных опухолей, данных микроскопического и иммуногистохимического исследований. Анализ результатов морфологического исследования 248 удаленных опухолей позволил выделить пять групп новообразований: эпителиальные и неэпителиальные опухоли, неопухолевые процессы, псевдонадпочечниковые поражения, метастазы (см. таблицу). Наибольшую группу составили эпителиальные опухоли, из них в 10% выявлен адренокортикальный рак (третье место среди всех удаленных инциденталом).

Таблица 1

Гистоструктура инциденталом надпочечников

Инциденталомы		Количество опухолей	%
Эпителиальные опухоли	адренокортикальный рак	25	10
	адренокортикальная аденома	118	48
Неэпителиальные опухоли	невробластома	1	18
	лейомиосаркома	1	
	феохромоцитомы	18	
	ганглионеврома	9	
	миелолипома	14	
	лейомиома	1	
	меланома	1	
	лимфома	1	
Неопухолевые процессы	истинные кисты	26	17,5
	псевдокисты	17	
Псевдонадпочечниковые поражения	добавочная доля селезенки	1	1,5
	рак почки	2	
	экстраренальная киста	1	
Метастазы	почечноклеточного рака	6	5
	плоскоклеточного рака легкого	4	
	аденокарциномы толстой кишки	1	
	аденокарциномы неясной органной принадлежности	1	

Инциденталомы – не клинический, а первичный «рабочий» диагноз, требующий дальнейшей детализации. Около трети инциденталом в той или иной степени являются гормонально-активными, а каждая десятая – злокачественной. Случайное выявление объемного образования надпочечника требует проведения тщательного обследования, направленного на уточнение его структурных и функциональных особенностей.

Выявление даже парциальных клинических и лабораторных признаков гормональной активности опухоли надпочечника, независимо от ее размеров, является основанием для хирургического вмешательства. При размере опухоли менее 3 см

в диаметре и отсутствии признаков ее гормональной активности и злокачественности целесообразно воздержаться от хирургического лечения, продолжив динамическое наблюдение с контрольным обследованием через 6-12 месяцев.

Склерозирующая терапия при однокамерных тонкостенных кистах надпочечников может рассматриваться как альтернатива хирургическому лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С., Егоров А.В., Ветшев С.П., Коваленко Е.И. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XIV Рос. симпоз. по хирургической эндокринологии. – Ярославль, 2004. – С. 69-71.
2. Калинин А.П., Белошицкий М.Е., Богатырев О.П. и др. // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы XV Рос. симпоз. по хирургической эндокринологии (с междунар. участием). – Рязань, 2005. – С. 155-159.
3. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. // Хирургическая эндокринология (руководство для врачей) / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. – СПб., 2004. – С. 463-640.
4. Кузнецов Н.С., Бельченко Л.В., Юшков П.В. // Пробл. эндокринол. – 2003. – № 1. – С. 26-31.
5. Aron D.C. // Rev. Endocr. Metab. Disord. – 2001. – V. 2. – P. 335-342.
6. Gross M.D., Shapiro B. // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1993. – V. 77. – P. 885-888.
7. Kievit J., Haak H.R. // Endocrinol. Metab. Clin. North Am. – 2000. – V. 29. – P. 69-90.
8. Porcaro A.B., Novella G., Ficcaro V. et al. // Int. Urol. Nephrol. – 2001. – V. 32. – P. 295-302.
9. Winfield H.N., Hamilton B.D., Bravo E.L. // J. Urol. – 1998. – V. 160. – P. 325-329.

ВНУТРИПОРТАЛЬНЫЕ ИНФУЗИИ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА

А.Н. Беляев, Х.А. Рафик, В.П. Тумайкин, С.А. Беляев, Е.И. Мокишина

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, г. Саранск

Тяжесть развивающейся желтухи определяется степенью угнетения функционального состояния печени и прогрессирующей печеночной недостаточностью. Высокая летальность вследствие печеночной недостаточности после операций, проведенных на фоне длительной желчной гипертензии, диктует необходимость выполнения декомпрессии желчных путей, направленную на восстановление функции печени и нормализацию гомеостаза. Декомпрессия желчных путей является первым этапом в лечении механической желтухи, однако она не всегда позволяет достичь благоприятного исхода заболевания.

Повышение эффективности лечения больных с внепеченочным холестазом зависит не только от вида хирургического пособия, но и от патогенетически обоснованной коррекции развивающихся нарушений гомеостаза. Одним из эффективных методов лечебного воздействия на патологически измененную печень является внутривенное введение лекарственных растворов, обладающее рядом преимуществ регионарной терапии [1, 3, 7, 9].

Немаловажным этапом в лечении этой патологии служит проведение в до- и послеоперационном периодах медикаментозной коррекции функционального состояния печени. Среди лекарственных препаратов особое внимание привлекают средства, которые в силу своего многофакторного воздействия способны влиять на различные звенья патогенеза механической желтухи, проявляя тем самым высокую эффективность. Одним из таких препаратов является медицинский озон, обладающий бактерицидным, антигипоксическим, метаболическим, мембраностабилизирующим и противовоспалительным эффектами [4, 5].

В настоящей работе описаны результаты применения внутривенных инфу-