

Малько М. Ю.
**ДИАГНОСТИКА ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ
НАДПОЧЕЧНИКОВ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Василевич А. П.

1-я кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Своевременная диагностика гормонально-активных опухолей надпочечников является одним из ключевых вопросов эндокринной хирургии. Длительная гиперсекреция надпочечниковых гормонов приводит к сердечно-сосудистым расстройствам, которые по мере прогрессирования заболевания приобретают необратимый характер и ограничивают тем самым эффект от хирургического вмешательства; тяжелым метаболическим нарушениям, инфекционным осложнениям. Трудности в выявлении этих образований обусловлены отсутствием специфических клинических признаков и отклонений в стандартных лабораторных тестах, позволяющих установить повышение гормональной активности надпочечников.

Цель: изучить результаты комплексного обследования пациентов с гормонально-активными опухолями надпочечников для выявления характерных клинических признаков болезни, оценки данных современных методов лабораторной и топической диагностики.

Материалы и методы. Для работы использовались данные обследования 106 пациентов с гормонально-активными опухолями надпочечников: 75 женщин (71%) и 31 мужчины (29%). Средний возраст пациентов составил $45,7 \pm 11,4$ лет. В 43 случаях (40,5%) была диагностирована альдостерома, в 39 (36,8%) – феохромоцитома и в 24 (22,7%) – кортикостерома. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета Microsoft Office Excel 2013.

Результаты и их обсуждение. Наиболее распространенным клиническим признаком изучаемых опухолей была стойкая, резистентная к гипотензивным препаратам артериальная гипертензия, которая при кортикостероме сочеталась с центрипетальным типом ожирения, проксимальной мышечной атрофией и трофическими изменениями кожи; при альдостероме – с мышечной слабостью, парестезиями, судорогами; для феохромоцитомы были характерны симпатоадреналовые кризы на фоне нормального или повышенного артериального давления. Специфические лабораторные тесты выявляли увеличение концентрации гормонов (кортизола, альдостерона) или их метаболитов (метанефринов, норметанефринов) в плазме крови. По данным компьютерной томографии для кортикостеромы была характерна неоднородная структура, гиподенсивная нативная плотность, гипотрофия пораженного и контралатерального надпочечника; альдостерома отличалась однородной структурой и гиподенсивной плотностью в нативную фазу; феохромоцитома представляла собой неоднородное гиперденсивное образование, активно накапливающее и длительно задерживающее контрастное вещество.

Выводы. Наиболее частый клинический признак гормонально-активных опухолей надпочечников – стойкая, рефрактерная к гипотензивной терапии артериальная гипертензия, которая в сочетании с изменениями внешности, нейромышечным синдромом или вегетативными кризами позволяет предположить диагноз. Для лабораторной диагностики достаточно определения концентрации гормонов или их метаболитов в плазме крови. При визуализации образований надпочечников необходимо уделять внимание структуре, нативной и контрастно усиленной плотности ткани опухоли, а также размерам пораженного и контралатерального надпочечников.