

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*Василевич А.П., Кондратенко Г.Г., Куделич О.А., Якубовский С.В., Игнатович И.Н.,
Есепкин А.В., Короленко Г.Г.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск*

Введение. Опухоли надпочечников относятся к числу редких новообразований (НН) и составляют в настоящее время 15-27 случаев на 100 000 населения в год. Данные объемные НН могут оказаться как гормонально-неактивными, так и гормонально-активными, исходить из различных слоев

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

надпочечника или иметь неспецифическую органную принадлежность, доброкачественную либо злокачественную природу. Гормональная активность большинства НН приводит к формированию клинических синдромов – гиперкортицизма, первичного гиперальдостеронизма, развитию клинической картины феохромоцитомы, вирилизирующего или феминизирующего синдромов.

Лечение гормонально активных НН является одной из сложных и актуальных проблем эндокринной хирургии, так как при сравнительно небольших размерах большинство этих опухолей приводят к серьезным нарушениям в системе гомеостаза, развитию стойкой артериальной гипертензии, тяжелым сосудистым осложнениям, сердечной и почечной недостаточности.

Сложной остается диагностика НН, т.к. большинство вызываемых ими синдромов не являются клинически специфическими и не диагностируются при проведении стандартных лабораторных исследований. Морфологическое строение удаленных новообразований коры надпочечников позволяет выявить их сходство с клетками клубочковой или пучковой зоны и, в зависимости от преобладания в них клеточных элементов, разделить на светлоклеточные, темноклеточные и смешанные аденомы. Морфофункциональный анализ гормональной активности новообразований надпочечников в послеоперационном периоде у нас не выполняется, т.к. для этого требуется дорогостоящее иммуногистохимическое исследование.

Своевременное удаление пораженного надпочечника вместе с опухолью – единственный радикальный метод лечения, позволяющий сделать пациента практически здоровым, предотвратить его инвалидизацию и летальный исход.

В хирургических стационарах 10-й ГКБ г. Минска за период с 1987 по 2017г.г. с новообразованиями надпочечников пролечено более 1000 пациентов, из них оперировано 530, у 295 (55,7%), т. е. более чем у половины, обнаружены гормонально-активные опухоли. Это были: кортикостерома у 97 (32,8%) пациентов, альдостерома – у 109(36,9%), феохромоцитома – у 87 (29,6%) и андростерома – у 2(0,67%).

Цель. Изучить результаты клинического наблюдения и обследования пациентов с ГАНН для выявления характерных клинических проявлений болезни, оценки данных современных методов топической и лабораторной диагностики.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов клинического обследования 106 пациентов с ГАНН, оперированных в УЗ «10-я ГКБ» г. Минска. Среди клинико-морфологических форм ГАНН преобладала альдостерома – 42 (39,6%) наблюдения, феохромоцитома – 40 (37,7%) и кортикостерома – 24 (22,6%). Чаще наблюдалась левосторонняя локализация новообразований надпочечника – у 51% пациентов (правосторонняя у 42%, $p < 0,05$). У 7 пациентов имело место двустороннее поражение надпочечников. Средний возраст исследуемых пациентов составил $45,7 \pm 11,4$ лет. Женщин было 76 (72%), мужчин – 30 (28%).

Результаты и обсуждение. Клиническими проявлениями альдостерон продуцирующей опухоли были симптомы, связанные с артериальной гипертен-

зией у 40 (95%) пациентов: головная боль, общая слабость, головокружение. Нейромышечный синдром (мышечная слабость, судороги, парестезии) наблюдался у 24 (57%) случаях, при этом гипокалиемия была выявлена только у 18 (43%) пациентов, гипернатриемия – у 13 (31%). Соматическая нейропатия (цервикалгия, торакалгия, люмбосакральная плексопатия), аритмии и боли в проекции сердца встречались в 12% наблюдений. Почечный синдром (полиурия, никтурия, полидипсия) наблюдался ещё реже – у 5% пациентов. Лабораторная диагностика сводилась к многократному определению уровня альдостерона, активности ренина плазмы крови, содержания K^+ и Na^+ в сыворотке крови. Важное значение в диагностике альдостеромы мы придавали индексу соотношения уровня альдостерона к активности ренина плазмы, который в норме <20 , а у больных с альдостеромой был > 50 . Медиана значений уровня альдостерона в положении лежа составила 513 нмоль/л, в положении сидя – 650 нмоль/л (при верхней границе нормы 172 и 350 нмоль/л). На КТ альдостерома определялась как округлое гомогенное образование с четкими, ровными контурами, размером $1,6 \pm 0,6$ см (от 0,8 до 2,5 см) и нативной плотностью $15,8 \pm 12$ HU.

Клинические проявления кортизол продуцирующей опухоли были довольно специфичными. Центрипетальный тип ожирения, лунообразное лицо багрово-красного цвета, широкие атрофические и чувствительные при пальпации стрии на бедрах, на передней поверхности живота и молочных железах наблюдались практически у всех пациентов с кортикостеромой. АГ выявлена в 19 (79%) случаях, общая слабость, быстрая утомляемость и атрофия мышц – в 15 (63%), гирсутизм – в 6 (25%); нарушение половой функции – в 10 (42%); остеопороз (рёбер, позвоночника, тазовых и трубчатых костей), наличие патологических переломов – в 11 (45%) и психические нарушения (вплоть до суицидальных попыток) – в 3 (13%). В клинических анализах крови частыми изменениями были: дислипидемия (54%), гипопропротеинемия (21%), гипокалиемия (33%), умеренный лейкоцитоз (42%).

При исследовании уровня кортизола плазмы крови медиана составила 949,5 нмоль/л (норма 70 - 320 нмоль/л). В сомнительных случаях для дифференциальной диагностики с болезнью Иценко-Кушинга выполнялся малый дексаметазоновый тест. Кортикостерома на КТ выглядела в виде образования округлой или овальной формы, неоднородной структуры, размером $4,1 \pm 1,4$ см (от 2,8 до 6,8 см), с четкими, ровными контурами, плотностью $30,8 \pm 13$ HU (от 5 до 51 HU); капсула обычно не определялась. Контралатеральный и пораженный надпочечник, как правило, были атрофичными.

Основными клиническими симптомами феохромоцитомы были: АГ и развитие характерных гипертонических кризов с ознобом, гиперемией лица, тремором рук и повышением систолического АД свыше 200 мм.рт.ст. у 32 (80%) пациентов. Дополнительно больные отмечали общую слабость (40%), загрудинные боли и боли в животе (35%), повышенное потоотделение (23%), сердцебиение и тахикардия (19%). У большей половины пациентов (55%) был нарушен углеводный обмен. Пароксизмальная форма болезни встречалась у

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

30% пациентов, персистирующая – у 12,5% и смешанная – у 50%. У 3 (7,5%) пациентов болезнь протекала бессимптомно (гистологически подтвержденная феохромоцитома). Лабораторная диагностика включала определение концентрации метанефрина и норметанефрина в плазме, при этом медиана составила 396 и 634 пг/мл соответственно, что трехкратно превышает норму.

Феохромоцитома на КТ определялась как образование с четко очерченными границами, за счет плотной капсулы, неоднородной структуры с кальцинатами, кистозными включениями, размером – $5,2 \pm 2,6$ см (от 2,5 до 12,5 см) и нативной плотностью ткани – $48,3 \pm 13$ HU (от 6 до 78 HU). При болюсном усилении феохромоцитома активно накапливала контрастное вещество.

Выводы:

1. Клинические проявления гормональной активности новообразований надпочечников укладываются в клиническую картину синдрома Конна при альдостероме и синдрома Иценко-Кушинга при кортикостероме, феохромоцитома проявлялась АГ с развитием характерных гипертонических кризов в 80% наблюдений, у трёх пациентов выявлена бессимптомная форма болезни.

2. Лабораторная диагностика ГАНН сводилась к выявлению первичного гиперальдостеронизма по индексу соотношения уровня альдостерона к активности ренина плазмы, который у больных с альдостеромой был >50 , гиперкортикозолизма при кортикостероме и увеличения уровня метанефринов в плазме пациентов с феохромоцитомой.

3. На КТ исследовании для альдостеромы характерен малый размер аденом (до 2 см), однородность структуры, относительно низкая нативная плотность $-15,8 \pm 12$ HU и четкость наружного контура; для кортикостеромы – атрофичность пораженного и контралатерального надпочечника, средние размеры опухоли $3,5-4,5$ см с плотностью $30,8 \pm 13$ HU; для феохромоцитомы – большие размеры новообразования (более 5см) плотностью $48,3 \pm 13$ HU, неоднородность структуры с активным накоплением контрастного вещества при болюсном усилении.