

УДК 616-071:616-089:616-006.488 (575.2) (04)

КЛИНИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Х.С. Бебезов – докт. мед. наук, проф.,

Б.Х. Бебезов – докт. мед. наук, проф.,

С.Б. Боронбаев – канд. мед. наук,

М.В. Ильенко – преподаватель,

А.Б. Буларкиев – соискатель

Peculiarity of clinic and surgical treatment adrenal gland tumor depending on type of tumor.

Опухолевые заболевания надпочечных желез считаются редкими и в структуре онкологической патологии занимают одно из последних мест. Они относятся к наиболее тяжелой и сложной форме эндокринной патологии [1]. Актуальность лечения опухолей надпочечных желез помимо онкологической направленности связана с эндокринными нарушениями и гипертонией. Сложность диагностики и течения опухолей надпочечника обусловлена полиморфной клинической симптоматикой течения, разнообразием продуцируемых ими гормонов и влиянием на организм самого опухолевого процесса [2].

Различают доброкачественные и злокачественные опухоли надпочечников, которые исходят из коркового и мозгового слоев и отличаются разнообразием морфологических форм. Отличить доброкачественную опухоль от злокачественной трудно даже при морфологическом анализе. В обоих вариантах опухоль имеет капсулу. В то же время, каждый исследуемый вариант опухоли может оказаться злокачественным [3]. Признаки злокачественности – это инвазия капсулы и сосудов, большой размер опухоли, извращенная реакция на дексаметазоновый тест [4]. Из 4 признаков злокачественного роста – полиморфизм, атипизм клеток, инвазивный рост, метастазы – наиболее

информативным оказались только метастазы. Поэтому трудно разделить опухоли на злокачественные и доброкачественные [5]. Наиболее часто встречающиеся опухоли – аденома, феохромоцитома, феохромобластома [6]. В коре надпочечников локализуются аденомы с повышенной секрецией глюкокортикоидов (кортикостерома) или минералкортикоидов (альдостерома), в мозговом слое – феохромоцитома, продуцирующая адреналин и норадреналин. Злокачественные опухоли надпочечных желез также как аденомы могут быть секреторирующими или несекреторирующими [7].

Данное сообщение основано на анализе историй болезней 39 больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу опухолей надпочечников в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. И.К. Ахунбаева при НГ МЗ КР за последние 20 лет. Из 39 наблюдений женщин было 30 (76,9%), мужчин – 9 (23,1%). По возрастному составу больные распределились следующим образом: до 20 лет – двое, от 21 до 30 лет – 12, от 31 до 40 лет – 10, от 41 до 50 лет – 7, от 51 до 60 лет – 6 больных и одна больная была в 70-летнем возрасте. Таким образом, опухоли надпочечников чаще наблюдались у молодых женщин в зрелом трудоспо-

собном возрасте (от 30 до 50 лет было 29 женщин, что составляет 74,3% от общего количества оперированных).

Клинические проявления опухолей надпочечников у анализируемых больных были разнообразны: от случаев атипичного течения, не характерного для поражения надпочечника, до явных внешних изменений с выраженной гормональной активностью.

Из 39 оперированных у 14 (35,89%) наблюдались признаки гиперкортицизма. Внешний вид больных соответствовал проявлению синдрома Иценко-Кушинга: непропорциональное ожирение лица (“лунообразное лицо” насыщенно-красного цвета с угревыми высыпаниями), груди, живота. На местах наибольшего скопления жира наблюдались стрии – полосы рубцового характера красно-фиолетового цвета. Из 14 больных с гормональноактивными опухолями коры надпочечника было 11 женщин и 3 мужчин. В возрасте от 20 до 40 лет – 13 пациентов, одна больная в возрасте 60 лет была с выраженной артериальной гипертензией (220/150 мм рт. ст.) и ожирением III степени с верифицированной после операции светлоклеточной аденомой размером 3,3×1,8 см. Кортикостерома найдена у 5 больных, альдостерома – у 4, андростерома – 3, причем две из них оказались злокачественными, у 2 больных найден низкодифференцированный рак. Таким образом, из 14 гормональноактивных опухолей надпочечников 4 были злокачественными.

Артериальная гипертензия является ранним признаком опухолей надпочечника, причем чем выше и стабильнее артериальное давление, тем вероятнее злокачественность опухоли [2, 8]. У всех 14 больных с явлениями гиперкортицизма отмечена разная степень выраженности повышения артериального давления от 160/100 до 200/120 мм рт. ст. Шесть больных безуспешно лечились по поводу гипертонической болезни на протяжении 10–15 лет. У 3 больных артериальное давление стойко держалось на высоком уровне 200/100 – 230/120 мм рт. ст., у них развились гипертрофия левого и правого желудочков, экстрасистолия, блокада проводимости пучка Гиса. У молодых женщин возникали нарушения менструального цикла, у одной из них беременно-

сти дважды заканчивались выкидышами, а затем наступила аменорея. Аменорея наблюдалась еще у 3 больных.

При лабораторном исследовании уровень содержания 17-ОКС мочи у 9 больных был высоким (от 23,9 до 66,7 мкмоль/с), а у 5 оказался в пределах нормы (от 2,3 до 12,8 мкмоль/с). Содержание кортизола в плазме крови у 11 больных колебалось от 557 до 1460 мкмоль/с, что несколько превышало нормальные показатели. Четверем больным проведена дексаметазоновая проба. После приема 8 мг дексаметазона в течение 3 суток не произошло подавления секреции.

Таким образом, клинические проявления опухолей коры надпочечника были подтверждены лабораторными исследованиями.

Из 39 оперированных больных у 18 (46,15%) диагностированы опухоли мозгового слоя надпочечников. Из 18 больных женщин было 15, мужчин – 3. Оперированные по поводу феохромоцитомы [9] были в возрасте от 20 до 60 лет. В 70-летнем возрасте оперирована одна женщина, у которой наблюдалось повышение артериального давления до 320/120 мм рт. ст. и экстрасистолия. У этой больной операция адреналэктомия сочеталась с резекцией хвоста поджелудочной железы. В послеоперационном периоде наблюдался панкреатический свищ. Размеры феохромоцитомы не превышали 5,0×4,0 см, чаще меньше чем 2,0×1,0 см. Длительность заболевания – от 3 месяцев до 15 лет. Все больные имели высокое артериальное давление. При этом только у 3 больных артериальное давление стабильно оставалось на умеренном уровне – 140/80 – 150/90 мм рт. ст. У остальных 15 больных гипертония носила злокачественный характер от 160/90 до 300/180 мм рт. ст. Феохромоцитома является причиной повышения АД в 0,4–0,5% всех случаев артериальной гипертензии. Больные невосприимчивы к традиционной гипотензивной терапии [2]. Общими признаками феохромоцитомы у больных явились головные боли, в некоторых случаях пульсирующего характера с локализацией в лобной и затылочной области, тошнота, рвота, потливость, сердцебиение, боли в области сердца. У одной больной наблюдались признаки синдрома абдоминальной ишемии в результате сдавления чрев-

ной артерии опухолью левого надпочечника. У 4 больных периодически возникали гипертонические кризы, во время которых артериальное давление повышалось до 300/180; 230/110; 200/100 мм рт. ст., с вегетативной реакцией в виде чувства страха смерти, резкой слабостью, потливостью, дрожью в конечностях, усиленным сердцебиением, болями в области сердца, нарушением речи, затемнением сознания, сильными головными болями.

Гормональные исследования выявили повышение содержания норадреналина до 500–550 мг/мл и адреналина до 400 мг/мл в крови, что свидетельствует о повышенной гормональной активности мозгового слоя пораженных надпочечников.

Среди 39 больных наряду с гормонально-активными встречались гормональнонеактивные формы опухолей (инциденталомы) – 12 случаев (35,8%). Среди них было 10 женщин и 2 мужчин. В возрасте от 20 до 40 лет – 10, старше 40 лет – двое больных. У этой группы больных не было характерных признаков поражения надпочечников. Пациенты проверялись по поводу других заболеваний органов брюшной полости (желудка, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и др.), наличие опухоли надпочечников было случайной находкой. Гормональнонеактивные опухоли представляют собой наименее изученный раздел эндокринной хирургии, что связано с редкостью новообразований этой локализации [9]. Неспецифичность симптоматики обуславливает трудности диагностики. Наиболее часто эти больные жалуются на боли в животе, пояснице, общую слабость, похудание. Боли чаще всего носят постоянный характер. Только у 3 больных можно было отметить незначительное повышение АД до 150/90; 160/95 мм рт. ст. У 2 больных проявились общие признаки рака, опухоль больших размеров пальпировалась через переднюю брюшную стенку и была заметна на глаз, вследствие чего произведена лапаротомия. В обоих случаях обнаружен рак надпочечника, прорастающий в окружающие ткани и оба случая расценены как иноперабельные и инкурабельные. Из 12 пациентов с гормональнонеактивными опухолями у одного на УЗИ найдено образование в левом надпочечнике размером 1,8×1,3 см, что на

операции оказалось инкапсулированной гематомой после перенесенной тупой травмы поясницы.

Для постановки топического диагноза опухолей надпочечников раньше в клинике им. И.К. Ахунбаева были использованы такие исследования, как пресакральный пневмоперитонеум (пневморен) – 21 больному, в трех случаях пневморен сочетался с внутривенной экскреторной урографией. Для дифференциальной диагностики вазоренальной гипертензии, вызванной сужением почечной артерии, 15 больным выполнена ретроградная аортография по Сельдингеру с контрастированием почечных артерий. Такие технически сложные и небезопасные исследования в настоящее время не применяются.

В последние годы для топической диагностики широко используют неинвазивные и высокоинформативные методы: УЗИ, КТ, МРТ.

Установленный диагноз “опухоль надпочечника” явился прямым показанием к оперативному вмешательству – адреналэктомии. Все больные оперированы под интубационным наркозом после необходимой предоперационной подготовки. Наиболее частым доступом к надпочечникам являлась люмботомия – 24 больных, торакофренолюмботомия – 8, в одном случае при этом доступе адреналэктомия сочеталась со спленэктомией. В послеоперационном периоде у 2 больных развился экссудативный плеврит. Срединная лапаротомия использована в 4 случаях, у одного больного адреналэктомия сочеталась с резекцией хвоста поджелудочной железы, в послеоперационном периоде открылся панкреатический свищ. Поперечная лапаротомия осуществлена у одного больного и лапаротомия в правом подреберье у одного. Один пациент умер в первые недели после адреналэктомии по поводу рака надпочечника от прогрессирующей раковой интоксикации. Остальные 38 больных выписаны из клиники после операции с выздоровлением и в удовлетворительном состоянии.

На основании отмеченного выше установлено, что клинические признаки опухолей надпочечников многообразны, течение заболевания иногда атипично.

Повышенное артериальное давление является ранним признаком опухолей надпочечников.

Диагноз “опухоль надпочечника” является показанием к оперативному лечению.

Литература

1. Яблонский В.А., Припичкина В.Л. Хирургическое лечение опухолей надпочечников // Хирургия. – 1992. – №5. – С. 26–28.
2. Шкроб О.С., Ветшев П.С., Кузнецов Н.С. Диагностика, хирургическое лечение и прогноз при эндокринных гипертониях надпочечникового генеза // Хирургия. – 1996. – №3. – С. 17–23.
3. Трахтанберг М.Г. Опухоли надпочечников и их хирургическое лечение: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1965. – 22 с.
4. Новикова Н.П. и др. Опыт лечения опухолей надпочечников // Хирургия. – 1999. – №2. – С. 31–34.
5. Седов В.М. Ретроперитонеоскопическая супраренэктомия // Хирургия. – 1999. – №5. – С. 12–16.
6. Шаронов Н.Б. Гормонопродуцирующие опухоли надпочечников: диагностика и оперативное лечение // Сб. науч. тр. Горьк. мед. ин-та им. С.М. Кирова; Под ред. В.А. Гагушина. – Горький, 1989. – С. 69–74.
7. Калинин А.П., Трофимов В.М. Хирургия надпочечников. – СПб., 1992. – 262 с.
8. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия). – СПб.: Сотис, 1995. – 311 с.
9. Шустов С.Б., Баранов В.Я. Некоторые аспекты ремоделирования сердечно-сосудистой системы у больных феохромоцитомой до и после хирургического лечения // Кардиология. – 2002. – Т. 8. – №2. – С. 42–47.
10. Айдогдыев К.А. Злокачественные гормонально-неактивные опухоли надпочечников: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 20 с.