

М. В. Дворников, Ю. К. Александров, М. П. Потапов
Ярославская государственная медицинская академия

ВОЗМОЖНОСТИ АСПИРАЦИОННОЙ РЕЖУЩЕЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

На основании результатов обследования 104 пациентов со случайно обнаруженными опухолями надпочечников показана диагностическая значимость и информативность аспирационной режущей пункционной биопсии с ультразвуковой навигацией в дифференциальной диагностике инциденталом надпочечников различного гистологического строения. С учетом опыта более 10 тысяч различных диагностических и лечебных вмешательств под контролем ультразвука предложены технические приемы, повышающие эффективность биопсии опухолей надпочечников.

Ключевые слова: надпочечник, инциденталом, гормонально-неактивная опухоль, аспирационная режущая пункционная биопсия.

Многие годы поиск новообразований надпочечных желез осуществлялся только при наличии их клинических проявлений. В последнее десятилетие при ультразвуковом исследовании (УЗИ), компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) случайно или в результате обследования по поводу болезни, потенциально связанной с патологией надпочечников (ожирение, артериальная гипертензия), стали обнаруживать образования надпочечников, которые по данным клинических и лабораторных исследований оказывались гормонально-неактивными (ГНОН). Частота прижизненной диагностики таких опухолей значительно повысилась по данным некоторых авторов 5–19% (П. С. Ветшев и соавт., 2005). Стало широко использоваться их обозначение как «инциденталомы надпочечника» (англ. incidental – случайный). Использование такого термина не должно формировать у врачей пассивное отношение к пациентам с таким диагнозом. В таких случаях всегда требуется дополнительное обследование.

При дифференциальной диагностике инциденталом надпочечников следует выяснить: 1) принадлежность данного патологического объекта к надпочечным железам. Образование может являться псевдонадпочечниковым (киста поджелудочной железы или почки, лимфатический узел забрюшинного пространства, добавочная селезенка и др.). 2) Какова гормональная активность новообразования надпочечников? 3) Какова гистологическая природа опухоли?

Наиболее спорным в проблеме инциденталом является вопрос о критериях злокачественности. Несмотря на возможности современной лучевой диагностики, критерии малигнизации являются достаточно косвенными, хирургическая тактика

при ГНОН базируется преимущественно на критериях размера опухоли, устанавливаемых по данным ее лучевой визуализации (М. Gomez et al., 2003). К тому же нельзя использовать в качестве критерия малигнизации объем опухолевой массы (Н. А. Майстренко и соавт., 2001). Попытки математических расчетов гистологического строения опухолей, на наш взгляд, также не решают проблемы, так как указывают лишь на вероятность того или иного патологоанатомического диагноза (Т. Н. Трофимова и соавт., 2004).

Использование аспирационной режущей пункционной биопсии (АРПБ) под контролем УЗИ в отечественной, да и в большей части зарубежной литературы оценивается весьма негативно, прежде всего из-за риска осложнений и низкой информативности (М. Е. Белошицкий и соавт., 2006). Есть и другая точка зрения. Так F. Lumachi et al. (2003) опубликовали данные о высокой чувствительности и специфичности АРПБ с цитологическим исследованием полученного биологического материала. Соответствующие работы единичны в современной медицинской литературе, не находят должной поддержки и внимания ни у хирургов-эндокринологов, ни у онкологов.

Цель исследования: определить информативность аспирационной режущей пункционной биопсии в дифференциальной диагностике опухолей надпочечников различного гистологического строения.

Материал и методы

В Дорожной клинической больнице на станции Ярославль ОАО «РЖД» в 2007–2013 гг. обследовано 104 пациента (31 муж., 73 жен.) с

опухольми надпочечников. Возраст обследованных от 22 до 83 лет ($55,61 \pm 13,52$). Опухоли диагностированы случайно в 72% при УЗИ, в 28% – при РКТ, правосторонние – в 74 (71%), левосторонние – в 22 (21%), двусторонние – в 8 (8%) наблюдениях.

Гормонально активными опухоли были у 6 больных: синдром Кушинга – 1, первичный гиперальдостеронизм – 2, феохромоцитомы – 3 случая. Клиническая картина указанных синдромов подтверждена соответствующими гормональными исследованиями. У 98 больных опухоли надпочечников были гормонально-неактивными, из их числа артериальная гипертензия имела место у 80 (постоянная у 49, пароксизмальная у 6, смешанная у 25).

Для верификации морфологической принадлежности опухолей надпочечника применялась методика аспирационной режущей пункционной биопсии под контролем ультразвука (АРПБ). Главным условием выполнения последней являлась визуализация опухоли при ультразвуковом исследовании. Визуальный контроль манипуляции осуществлялся с использованием ультразвукового сканера Siemens Acuson S2000 с конвексным датчиком 2,5–5 МГц. С учетом высказываний в отечественной и зарубежной литературе о небезопасности процедуры, биопсия выполнялась под постоянным мониторным (NIHON KONDEN BSM-2301K) контролем систолического и диастолического артериального давления, частоты пульса и степени оксигенации крови (сатурация).

Инструментом для забора материала служила игла для аспирационно-режущей биопсии (ООО «МИТ») с внутренним диаметром 18G (1,35 мм), 6 режущими гранями и циркулярными лазерными метками. Использовался мандрен с трехгранной заточкой и дополнительными циркулярными нарезками для повышения яркости свечения и визуализации инструмента в тканях.

Методические приемы технического и организационного плана позволяют существенно повысить качество АРПБ при патологии надпочечников:

- специальная подготовка пациента к процедуре (мероприятия, направленные на уменьшение пневматизации кишечника);
- выбор безопасной траектории продвижения иглы (минуя ткань легкого, паренхиму почки, селезенки, «в обход» крупных сосудистых структур);
- строгий контроль над углом вкола иглы. Любые маневры иглы на глубине оказывались весьма затруднительными. Предложен метод двойного ультразвукового контроля. Вкол иглы и прохождение через поверхностные структуры тела пациента с использованием пункционной датчика. Маневры и забор биологического материала на глубине при контроле методом «свобод-

ной руки»;

- пункция образования правого надпочечника транспеченочно;
- расположение иглы в сканирующей плоскости датчика;
- продвижение иглы к цели при задержке дыхания;
- постоянный ультразвуковой контроль при получении материала;
- с целью предупреждения образования сгустка добавление 2 мл гепарина в шприц объемом 20 мл;
- двукратный забор материала.

Результаты и обсуждение

АРПБ выполнена у 42 пациентов с гормонально-неактивными опухолями надпочечника. Морфологическая картина при АРПБ соответствовала: аденоме надпочечника в 35 наблюдениях (84%), опухоли хромаффинной ткани («немая» феохромоцитома) – 1 (2%), злокачественной феохромоцитоме 1 (2%), аденокортикальному раку – 1 (2%), метастатической опухоли из другого органа – 2 (5%), материал признан неинформативным в 2 случаях (5%). Осложнений при выполнении АРПБ под контролем ультразвука в ближайшем и отдаленном периоде не установлено.

Хирургическому лечению подверглись 39 пациентов. Адреналэктомия традиционным способом выполнялась путем лапаротомии или комбинированного торакофренолюмботомического доступа. Благодаря данным АРПБ и данным визуализирующих методов исследования (размер опухоли до 35 мм), в 11 наблюдениях было возможным провести адреналэктомию из видеолaparоскопического доступа. При сопоставлении данных морфологических исследований и данных АРПБ диагнозы совпали во всех случаях (специфичность – 100%). Чувствительность АРПБ при ГНОН с учетом неинформативных результатов составила 95%.

Выводы

Аспирационная режущая пункционная биопсия является высокоинформативным методом морфологической верификации гормонально-неактивных опухолей надпочечника (чувствительность метода по нашим данным составляет 95%), но требует обязательного мониторингового контроля основных показателей гемодинамики. Она при инциденталоммах надпочечников, в том числе «немых» хромаффиномах, не сопровождается какими-либо осложнениями. С учетом небольшого собственного клинического материала данное утверждение следует считать предварительным.

М. В. Дворніков, Ю. К. Олександров, М. П. Потапов
Ярославська державна медична академія

МОЖЛИВОСТІ АСПІРАЦІЙНОЇ РІЖУЧОЇ ПУНКЦІЙНОЇ БІОПСІЇ У МОРФОЛОГІЧНІЙ ВЕРИФІКАЦІЇ ГОРМОНАЛЬНО- НЕАКТИВНИХ ПУХЛИН НАДНИРНИКІВ

На підставі результатів обстеження 104 пацієнтів з випадково виявленими пухлинами наднирників показана діагностична значимість і інформативність аспіраційної ріжучої біопсії пункції з ультразвуковою навігацією у диференціальній діагностиці інциденталом наднирників різної гістологічної будови. З урахуванням досвіду більше 10 тисяч різних діагностичних і лікувальних втручань під контролем ультразвуку запропоновані технічні прийоми, що підвищують ефективність біопсії пухлин надниркових залоз.

Ключові слова: наднирник, інциденталома, гормонально-неактивна пухлина, аспіраційна ріжуча пункційна біопсія.

M. V. Dvornikov, Y. K. Aleksandrov, M. P. Potapov
Yaroslavl State Medical Academy

CUTTING THE POSSIBILITY OF ASPIRATION NEEDLE BIOPSY IN MORPHOLOGICAL VERIFICATION OF NON- FUNCTIONING TUMOR ADRENAL

The diagnostic importance and informativeness of an aspiration cutting paracentetic biopsy in differential diagnostics of incidentalomas of adrenal glands of a various histologic structure is shown on the basis of the results of examination of 104 patients with acidental found tumors of adrenal glands. The techniques which increase the efficiency of a biopsy of formations of adrenal glands are offered, taking into account experience more than 10 thousand diagnostic and medical interventions under control of supersonic rays.

Keywords: adrenal gland, incidentaloma, a hormonal and inactive tumor, an aspiration cutting paracentetic biopsy.