



О.І. Галузинська¹, А.М. Кваченюк², С.О. Радзієвський³,
Ю.М. Безпалько¹

Досвід успішного застосування тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії у хворих із кістозними новоутвореннями надниркових залоз

¹ ДЗ «Дорожня клінічна лікарня № 1 станції Київ ДТГО «Південно-Західна залізниця», м. Київ

² ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», м. Київ

³ Національний інститут раку, м. Київ

Мета роботи — узагальнити власний досвід і проаналізувати ефективність методики тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) як способу малоінвазивного лікування солітарних простих кістозних новоутворень надниркових залоз на етапі клінічного обстеження пацієнтів.

Матеріали та методи. У 19 пацієнтів (15 жінок і 4 чоловіки) із солітарними однокамерними кістозними новоутвореннями надниркових залоз виконано ТАПБ шляхом аспірації рідинного компонента.

Результати та обговорення. Позитивним результатом лікування вважали відсутність ознак рецидиву кістозних новоутворень. У 17 (89,4 %) пацієнтів результати було розцінено як позитивні у зв'язку з ефективністю ТАПБ, унаслідок якої у 7 (36,9 %) пацієнтів відбулося злипання і рубцювання стінок кісти, у 10 (52,6 %) хворих досягнуто зменшення розміру кістозного новоутворення. Лише у 2 випадках (10,5 %) спостерігалися рецидиви після ТАПБ.

Висновки. ТАПБ дає змогу досягти повної ліквідації новоутворень у надниркових залозах та запобігти виконанню травматичного оперативного втручання. Загальна ефективність ТАПБ у лікуванні простих солітарних кістозних новоутворень надниркових залоз склала 89,4 %.

Ключові слова: кіста, надниркова залоза, тонкоголково аспіраційна пункційна біопсія.

Кісти надниркових залоз належать до досить рідкісної патології [3, 4]. Зазвичай це доброякісні, гормонально неактивні утворення з рідинним компонентом, однак у низці випадків вони потребують диференційної діагностики з іншими пухлинами надниркових залоз, що можуть містити ділянки кістозної дегенерації, зокрема з феохромоцитомою або адренкортикальним раком [1, 8]. За патогенезом кісти класифікують на ендотеліальні (45 %), епітеліальні (9 %), паразитарні (ехінококові) (7 %) та псевдокістозні (40 %). Псевдокістозні зміни найчастіше пов'язані з віддаленими наслідками крововиливів [9, 10].

Нині єдиний метод лікування новоутворень надниркових залоз, зокрема й кістозних, — це видалення пухлини шляхом хірургічного втручання, котре може здійснюватися різними способами [6]. Хірургічне втручання може здійснюватися з використанням різних доступів до субстрату за-

хворювання [7, 9]. Так, у межах торакоабдомінального доступу здійснюють розкриття плевральної та черевної порожнини; люмботомний позаочеревинний доступ передбачає хірургічний доступ через поперекову ділянку, після чого пухлину виокремлюють та видаляють [9]. Крім того, існує спосіб лапароскопічної адреналектомії, який полягає у видаленні пухлини через встановлені троакарні порти з використанням відеолапароскопічної апаратури та карбоксипневмоперитонеуму [6].

Незалежно від способу оперативне втручання становить собою травматичну маніпуляцію, яка може становити загрозу життю пацієнта.

Мета роботи — узагальнити власний досвід і проаналізувати ефективність методики тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) як способу малоінвазивного лікування солітарних простих кістозних новоутворень надниркових залоз на етапі клінічного обстеження пацієнтів.

Матеріали та методи

У клінічній практиці застосовано спосіб малоінвазивного лікування новоутворень надниркових залоз на етапі клінічного обстеження пацієнта. У дослідженні взяли участь 19 хворих (15 жінок і

Стаття надійшла до редакції 6 червня 2014 р.

Галузинська Ольга Ігорівна, лікар-хірург
01030, м. Київ, вул. М. Коцюбинського, 8а
Тел. (044) 465-17-16
E-mail: dr_helga@ukr.net

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за статтю та віком

Пацієнти	До 20 років	21—29 років	30—39 років	40—49 років	50—59 років	Понад 60 років	Усього
Жінки	1	4	1	3	1	5	15
Чоловіки	—	—	—	1	—	3	
Разом	1	4	1	4	1	8	19

4 чоловіки) із солітарними однокамерними кістозними новоутвореннями надниркових залоз. Розподіл хворих за віком і статтю наведено в табл. 1. Усім пацієнтам виконано ТАПБ шляхом аспірації рідинного компонента кісти, що дало змогу зберегти орган, запобігти травматизації тканин та розвитку ускладнень [2].

Загальні клінічні симптоми, що супроводжували кістозні новоутворення надниркових залоз: втрата маси тіла, біль у животі та попереку, загальна слабкість, лихоманка, шлунково-кишкові розлади. Клінічна картина захворювання безпосередньо залежала від розміру кістозного новоутворення: чим більший діаметр кісти, тим різноманітніші й чіткіші клінічні вияви. Отже, при діаметрі кістозного новоутворення понад 6 см спостерігалися практично всі перелічені симптоми.

Розподіл простих солітарних кістозних новоутворень надниркових залоз за розміром у пацієнтів, яким було виконано ТАПБ, наведено в табл. 2.

Клінічний перебіг захворювання в пацієнтів із кістозним новоутворенням діаметром понад 6 см наштовхує на діагностичний пошук об'ємного новоутворення в заочеревинному просторі. Найчастіше в таких пацієнтів спостерігається біль у попереку, животі, загальна слабкість. У хворих із кістозними новоутвореннями надниркових залоз діаметром менше 6 см захворювання найчастіше перебігає безсимптомно; зазвичай їх виявляють під час скринінгових обстежень.

ТАПБ виконували так: у пацієнта зі встановленим діагнозом однокамерної солітарної кісти надниркової залози визначали топографічне розташування внутрішніх органів та магістральних судин у проекції кістозного новоутворення. Під контролем УЗД в положенні пацієнта на спині, животі або на боці проводили місцеву анестезію в ділянці проекції проколу. Під час процедури хворому пропонують затримати дихання, щоб запобігти зміщенню голки під час просування її до новоутворення. ТАПБ виконують у поздовжній площині сканування, тому що рух внутрішніх органів здійснюється саме в цій площині. Для проведення процедури використовували голку Chiba 18—21G довжиною 20 см із внутрішньою гострою гільзою, обмежувачем та сантиметровою

розміткою. Під час проведення ТАПБ використовували критерій найменшої відстані до кістозного новоутворення надниркової залози. В умовах місцевої анестезії виконували прокол м'яких тканин та поворот канюлі, що зумовлювало ріжучий рух і прокол стінки кістозного новоутворення. Здійснювали евакуацію компонента з кісти вакуумним відсмоктуванням [2]. У результаті процедури кіста випорожнюється, і її стінки злипаються, що дає змогу досягти повної ліквідації новоутворення. Отриману після маніпуляції рідину відправляли для цитологічного дослідження. У подальшому пацієнти перебували під динамічним спостереженням.

Результати та обговорення

Позитивним результатом лікування вважали відсутність ознак рецидиву кістозних новоутворень.

У 7 (36,9 %) пацієнтів (5 осіб із кістами діаметром менше 6 см і 2 — більше 6 см) у результаті виконання ТАПБ було досягнуто стійкого лікувального ефекту: злипання стінок кісти, рубцювання та відсутності ознак появи нового рідинного компонента.

У 10 (52,6 %) пацієнтів із новоутвореннями надниркових залоз діаметром понад 6 см у результаті виконання ТАПБ вдалося евакуювати від 50 до 300 мл кістозного вмісту. Однак ці пацієнти підлягали оперативному втручанню згідно з алгоритмом, наведеним у рекомендаціях Національного інституту здоров'я США (Grumbach та ін., 2003 [5]), у зв'язку з великим розміром кіст і незворотними змінами у стромі надниркової залози. Водночас евакуація кістозної рідини сприяла суттєвому зменшенню розмірів новоутворення і зниженню гідростатичного тиску, що значно полегшило проведення відкритого оперативного втру-

Таблиця 2

Розподіл простих солітарних кістозних новоутворень надниркових залоз за розміром

Діаметр кісти	Кількість пацієнтів (%)
Більше 6 см	12 (63,2)
4—6 см	3 (15,8)
Менше 4 см	4 (21,0)

чання і знизило ймовірність появи післяопераційних ускладнень.

Лише у 2 (10,5 %) пацієнтів, діаметр кіст яких був менше 6 см, спостерігалися рецидиви після ТАПБ. Ці хворі також були прооперовані; після операційних ускладнень не було.

У всіх пацієнтів ускладнень унаслідок виконання ТАПБ не спостерігали.

Висновки

1. Унаслідок виконання тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії позитивних результатів

лікування простих солітарних кистозних новоутворень надниркових залоз досягнуто у 89,4% випадків.

2. Тонкоголково аспіраційна пункційна біопсія — малотравматичний мініінвазивний метод, що може використовуватися як самостійно, на етапі клінічного обстеження пацієнта, так і в процесі підготовки до оперативного лікування.

3. У результаті проведення тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії післяопераційних ускладнень не спостерігалось.

Література

1. Бельцевич Д.Г., Кузнецов Н.С., Солдатова Т.В. и др. Инциденталом надпочечников // Эндокринная хирургия. — 2009. — № 1 (4). — С. 19—23.
2. Галузинська О.І., Луценко Л.А., Кваченюк А.М. Патент на корисну модель № 61770 Спосіб малоінвазивного лікування солітарних простих однокамерних кистозних новоутворень надниркових залоз. Зареєстровано 25.07.2011 р.
3. Калинин А.П., Куликов Л.К., Привалов Ю.К. и др. Современные аспекты проблемы инциденталом надпочечников // Анналы хирургии. — 2006. — № 4. — С. 5—9.
4. Кузнецов Н.С., Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Солдатова Т.В. Дифференциальная диагностика инциденталом надпочечников // Эндокринная хирургия. — 2011. — № 1. — С. 5—16.
5. Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н., Довганюк В.С., Лысанюк М.В. Современный алгоритм диагности-
- ки и лечения новообразований надпочечников // Современные аспекты хирургической эндокринологии. Материалы II Украинско-Российского симпозиума. — Харьков, 2011. — С. 254—261.
6. Amarillo H.A. Hemorrhagic adrenal pseudocyst: laparoscopic treatment // Surg. Endosc. — 2004. — Vol. 18. — P. 1539.
7. Androulakis I.I., Kaltsas G., Padiotis G., Grossman A.B. The clinical significance of adrenal incidentalomas // European Journal of Clinical Investigation. — 2011. — Vol. 41. — P. 552—560.
8. Gross M.D., Korobkin M., Bou-Assaly W., Rubello D. Incidentally-discovered adrenal masses // Discov. Med. — 2010. — Vol. 9. — P. 24—33.
9. Hefnawy A.S.El. et al. Surgical management of adrenal cysts: singleinstitution experience // BJU Int. — 2009. — Vol. 104. — Is. 6. — P. 847—850.
10. Singh N. et al. Gigant adrenal cyst presenting as a diagnostic dilemma: a case report // Int. surgery. — 2005. — Vol. 90. — P. 78—80.

А.И. Галузинская¹, А.М. Кваченюк², С.А. Радзиевский³, Ю.М. Безпалько¹

Опыт успешного применения тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии у больных с кистозными новообразованиями надпочечников

¹ ГУ «Дорожная клиническая больница № 1 станции Киев ГТОО «Юго-Западная железная дорога», г. Киев

² ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ имени В.П. Комиссаренко НАМН Украины», г. Киев

³ Национальный институт рака, г. Киев

Цель работы — обобщить собственный опыт и проанализировать эффективность методики тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) как способа малоинвазивного лечения солітарных простых кистозных новообразований надпочечников на этапе клинического обследования пациентов.

Материалы и методы. У 19 пациентов (15 женщин и 4 мужчины) с солітарными однокамерными кистозными новообразованиями надпочечников выполнено ТАПБ путем аспирации жидкостного компонента.

Результаты и обсуждение. Положительным результатом лечения считали отсутствие признаков рецидива кистозных новообразований. У 17 (89,4 %) пациентов результаты были расценены как положительные в связи с эффективностью ТАПБ, вследствие которой у 7 (36,9 %) пациентов произошло слипание и рубцевание стенок кисты, у 10 (52,6 %) больных достигнуто уменьшение размера кистозного новообразования. Только в 2 случаях (10,5 %) наблюдались рецидивы после ТАПБ.

Выводы. ТАПБ позволяет достичь полной ликвидации новообразований в надпочечниках и предотвратить выполнение травматического оперативного вмешательства. Общая эффективность ТАПБ в лечении простых солітарных кистозных новообразований надпочечников составила 89,4 %.

Ключевые слова: киста, надпочечник, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия.

O.I. Haluzynska¹, A.M. Kvachenyuk², S.O. Radziyevskyy³, Yu.M. Bezpalko¹

Experience the successful application of fine needle aspiration biopsy in patients with cystic neoplasms of the adrenal glands

¹ Road Clinical Hospital N 1 of the Kyiv station of the South-Western Railway, Kyiv, Ukraine

² Institute of Endocrinology and Metabolism V.P. Komisarenko of the NAMS of Ukraine, Kyiv

³ National Cancer Institute, Kyiv, Ukraine

Objective. To summarize own experience and to perform analysis of the efficacy of the fine needle aspiration biopsy (FNAB) as a method of low-invasive treatment of the solitary single-chamber cystic neoplasms of the adrenal glands on the stage of clinical investigations of the patients.

Materials and methods. The FNAB with aspiration of liquid component has been performed on 19 patients (15 women and 4 men) solitary single-chamber cystic neoplasms of the adrenal glands.

Results and discussion. The treatment results were considered as positive in case of the absence of the signs of cystic neoplasms' recurrence. In 17 (89.4 %) patients the results were assessed as positive due to the FNAB effectiveness, due to which adhesion and scarring of the walls of the cyst was gained in 7 (36.9 %) patients; and the reduction of the cyst neoplasm's dimensions was gained in 10 (52.6 %) of patients. The relapses were observed only in 2 cases (10.5 %) after FNAB.

Conclusions. The FNAB gives the opportunity of total removal of the adrenal neoplasms and avoiding of the traumatic surgical intervention. The general efficacy the FNAB of simple solitary cystic adrenal tumors was about 89.4 %.

Key words: cyst, adrenal glands, fine needle aspiration biopsy.