

Кореляційний аналіз даних клініко-лабораторних досліджень та комп'ютерної томографії у діагностиці гормонально активних утворень надниркових залоз

О. А. Товкай, М. О. Уріна

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

Вступ. Терапія пухлин надниркових залоз (НЗ) — один із найбільш важливих і складних у діагностичному та лікувальному аспекті розділів ендокринології. Ця група захворювань об'єднує різні варіанти пухлин НЗ, у тому числі гормонально активні пухлини. Їх класифікують на доброякісні та злоякісні. Це має важливе практичне значення для вибору тактики лікування та оцінки прогнозу захворювання, оскільки хірургічне видалення доброякісної пухлини забезпечує повне одужання пацієнта, тоді як прогноз злоякісних новоутворень є сумнівним.

Донедавна пухлини НЗ вважали рідкісною патологією. Однак у цей час частота виявлення додаткових утворень НЗ за допомогою комп'ютерної томографії (КТ) органів черевної порожнини становить від 0,6 % до 1,3 %. Частота виявлення цих новоутворень під час КТ органів грудної, черевної порожнини і тазу становить від 0,4 % до 4,4 %. Захворюваність збільшується з віком: цей показник — < 1 % для пацієнтів молодше 30 років і 7 % для пацієнтів 70 років і старше.

У більшості випадків утворення НЗ виявляють випадково під час діагностичних процедур, не пов'язаних з ендокринною патологією. Вони отримали назву «інциденталомі». Як правило, у пацієнтів немає ознак гормональних змін. Рідше інциденталомі виявляють на етапі клінічного обстеження при підозрі на захворювання наднирників (наприклад, синдром Кушинга).

Будь-яке новоутворення НЗ заслуговує на особливу увагу і потребує відповідного радіологічного та біохімічного аналізу. Необхідність його проведення у більшості випадків визначають клінічні дані.

Мета роботи — На підставі результатів аналізу клінічних випадків із практики УНПЦЕХ, ТЕОІТ провести оцінку отриманих даних КТ, зіставити їх зі змінами лабораторних показників, сформулювати

основні критерії диференційної діагностики утворень надниркових залоз залежно від їх гістологічної будови.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані досліджень 250 пацієнтів (136 жінок та 114 чоловіків) віком від 20 до 75 років, які перебували на обстеженні та лікуванні у Центрі. Пацієнтам проведено КТ органів черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням. При підозрі на синдром множинної ендокринної неоплазії (МЕН) у 15 випадках (6 %) протокол діагностичного обстеження був доповнений скануванням органів шиї та грудної порожнини.

Аналіз утворень НЗ включав такі критерії: локалізація змін, форма, розмір, контури, структура (наявність солідного і/або кістозного компонента, некрозу, кальцинатів), характер накопичення та вимивання контрастної речовини, показник абсолютного вимивання контрастної речовини, стан сусідніх тканин і судин. За наявності клініко-лабораторних змін, які свідчать про МЕН, одночасно з вивченням наднирників та органів заочеревинного простору оцінювали стан органів шиї, середостіння (для заперечення парагангліоми, аденоми паращитоподібної залози), підшлункової залози (для заперечення нейроендокринної пухлини). Отримані дані порівнювали з результатами оперативних втручань та даними гістопатологічних досліджень.

Результати та обговорення. У 157 випадках (62,8 %) виявлено аденоми НЗ, у 53 (21 %) — гіперплазію НЗ, у 9 (3,6 %) — мієлоліпому, у 7 (2,8 %) — кісту, у 8 (3,2 %) — карциному, у 6 (2,4 %) — парагангліому, у 4 (1,6 %) — гематому, в 1 (0,4 %) — гемангіому, у 3 (1,2 %) — лімфангіому, у 3 (1,2 %) — метастатичне ураження (метастази раку молочної залози у 2 випадках, раку нирки — в 1 випадку).

Аденому паращитоподібної залози визначено у 7 (2,8 %) випадках, утворення підшлункової залози (інсуліному) — у 2 (0,8 %) випадках.

Висновки. Комп'ютерна томографія — інформативний метод візуалізації утворень НЗ, який на підставі характерних радіологічних патернів дає можливість визначити гістологічний тип пухлини. За до-

помогою КТ можна заперечити/підтвердити поліоргани ураження ендокринної системи. Їх діагностика відіграє важливу роль на етапі передопераційного планування.

Ключові слова: гормонально активні утворення надниркових залоз, синдром множинної ендокринної неоплазії.

КЛІНІЧНА ЕНДОКРИНОЛОГІЯ

Акромегалія: аналіз клінічних випадків

М. Л. Кирилюк, О. Е. Третяк, Д. Г. Когут, Т. І. Дашук, Г. А. Кидалова

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

Вступ. Акромегалія — це орфанне захворювання нейроендокринної системи, зумовлене надмірною продукцією соматотропного гормону (СТГ), що має негативний вплив на всі органи і тканини організму людини після завершення статевого дозрівання. Найчастіше акромегалію спричиняє аденома гіпофіза (соматотропінома) або змішана пухлина, яка продукує бо тільки СТГ, або одночасно і СТГ, і пролактин (ПРЛ). Рідше етіологічним чинником акромегалії є пухлини, які продукують СТГ (гангліоцитома, нейроцитома, карциноїд легень або підшлункової залози, дрібноклітинний бронхогенний рак легень та ін.). Серед усіх прооперованих пухлин гіпофіза на соматотропіному припадає 14 % випадків. Поширеність соматотропіноми — 5—10 випадків на 1 млн населення.

Мета роботи — проаналізувати 10 клінічних випадків акромегалії.

Матеріали та методи. У відділі нейроендокринології та загальної едокринології УНПЦЕХ, ТЕОІТ проведено обстеження 10 пацієнтів (6 жінок та 4 чоловіків, середній вік — від 50 до 54 років) із клінічними ознаками акромегалії. Використовували такі методи: магнітно-резонансну томографію, рентгенографію кінцівок та хребта, ультразвукове дослідження щитоподібної залози, органів черевної порожнини, ехокардіографію, лабораторні (визначення концентрації гормонів, соматомедину С та кальцію у крові). Результати та обговорення. У 8 (80 %) пацієнтів діа-

гноз акромегалії вперше встановлений, 2 (20 %) хворих — прооперовані, один з яких — двічі, у 6 (60 %) виявлено макроаденому гіпофіза. У хворих на акромегалію спостерігалися такі ускладнення: у двох жінок (20 %) — дисменорея, у 5 (50 %) пацієнтів — вузловий зоб, у 4 (40 %) — хіазмальний синдром, у 1 (10 %) — гіпопітуїтаризм, у 1 (10 %) — деформуючий остеоартроз колінних суглобів, у 2 (20 %) — вторинна (компресійна) гіперпролактинемія, в одного (10 %) — ЦД 2 типу. Рівень СТГ — 14,9—107,0 нг/мл, рівень інсуліноподібного фактора росту 1 — 515—1130 нг/мл. Prolongatio morbi за даними клініко-лабораторних досліджень встановлено у двох прооперованих пацієнтів (100 %). Після оперативного втручання променеву терапію проводили в одному випадку. Резистентність до каберголіну була у 2 хворих (100 %). Ділянок продукції СТГ поза межами гіпофіза у хворих не виявлено.

Акромегалія внаслідок розвитку тяжких ускладнень є причиною тривалої прогресуючої інвалідизації, скорочення тривалості життя пацієнтів, підвищеного ризику смерті порівняно із загальною популяцією. Частота смертності від акромегалії перевищує у 4—5 разів таку у загальній популяції. Приблизно 50 % нелікованих хворих помирають у віці до 50 років. Основними предикторами смертності таких пацієнтів є несвоєчасна діагностика захворювання, старший вік, наявність у хворого