

АКТГ – ПРОДУЦИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ ВНУТРИЛЁГочНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Пикунов М.Ю., Рожинская Л.Я., Добрева Е.А., Печетов А.А., Лебедева А.Н.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, Москва

Цель: совершенствование диагностики и показаний к хирургическому лечению пациентов с АКТГ-продуцирующей опухолью внутрилегочной локализации. Выбор хирургической тактики и дальнейшего лечения у этих пациентов.

Материалы и методы: в Эндокринологическом научном центре и Институте хирургии им. А.В. Вишневского в течении последних 5 лет проведено обследование и лечение 62 пациентов с АКТГ-эктопическим синдромом. Были проведены стандартные обследования для подтверждения наличия эндогенного гиперкортицизма и топического выявления очага гиперпродукции АКТГ. Результатом обследования была констатация наличия АКТГ-эктопического синдрома. С целью поиска источника повышенной продукции АКТГ проводили обследование по органам и системам. По результатам обследования мы выделили три группы наблюдений. 1 гр – 41 (66 %) пациент с явными признаками наличия нейроэндокринной опухоли (карциноида) внутрилегочной локализации, 2 гр – 15 (24,2 %) пациенты с сомнительными признаками наличия образования в легком, 3 гр – 6 (9,8 %) с отсутствием признаков наличия образования. Выполнено хирургическое лечение 53 пациентам. В раннем послеоперационном периоде проводилось мониторирование уровня АКТГ и кортизола в крови. У 47 больных через 2 часа после удаления опухоли отмечено значимое снижение кортизола, что явилось критерием эффективности хирургического лечения. Окончательное суждение об эффективности лечения являлось падение уровня АКТГ ниже референсного диапазона в течении первых послеоперационных суток. Морфологический анализ послеоперационного материала включал гистологический и иммуногистохимический методы исследования. Динамическое наблюдение проводилось через 6, 12, 24 мес.

Результаты: у 51 пациента после хирургического лечения отмечено значимое снижение уровня АКТГ и регресс клинических признаков гиперкортицизма. У 2 пациентов отмечено незначительное снижение АКТГ, что свидетельствует о наличии дополнительных источников АКТГ продукции, не выявленных при обследовании. 9 пациентов не оперированы, находятся под наблюдением, получают блокаторы стероидогенеза и симптоматическую терапию.

Выводы: наличие АКТГ-продуцирующей опухоли бронхолегочной локализации достаточно редкая патология в повседневной клинической практике, об этом свидетельствует сравнительно небольшая группа нашего наблюдения. Отсутствие клинического опыта, доступной современной объективной информации по этой патологии врачам общей практики не позволяет своевременно установить правильный диагноз. Ранняя топическая диагностика АКТГ-продуцирующей опухоли является первостепенной задачей. Командный подход к лечению таких пациентов с участием эндокринолога, специалиста лучевой диагностики, хирурга, анестезиолога-реаниматолога, специализирующихся в этой патологии позволяют эффективно лечить эту группу больных. Хирургическое лечение целесообразно проводить в специализированном учреждении. Объем резекции легкого определяется индивидуально по результатам обследования и состояния пациента.