

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Садриев О.Н., Маризоева М.М., Кодиров А.Р., 2017

УДК 616.45-006.55-089

DOI:10.23888/HMJ2017152-57

**СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬШОЙ АДЕНОМЫ ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА**

О.Н. САДРИЕВ¹, М.М. МАРИЗОЕВА², А.Р. КОДИРОВ³

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, ул. Санои,
33, 734003, г. Душанбе, Республика Таджикистан (1)

Городской родильный дом № 2 Управления здравоохранения Хукумата г. Душанбе,
ул. И. Нарзикулова, 8, 734001, г. Душанбе, Республика Таджикистан (2)

Отделение эндокринной хирургии Городского медицинского центра
Управления здравоохранения Хукумата г. Душанбе,
ул. Абая, 3, 734033, г. Душанбе, Республика Таджикистан (3)

В статье представлен случай успешного хирургического лечения больной с «большой» гормонально-неактивной аденомой левого надпочечника. Из-за отсутствия гормональной активности аденомы не отмечались характерные клинические проявления заболевания до приобретения больших размеров и сдавления окружающих образований. В связи с этим отмечалась запоздалая диагностика образования.

Первоначально больная обратилась в Городской родильный дом №2 Управления здравоохранения г. Душанбе с жалобами на ноющие боли в левом подреберье и внизу живота. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза в этом учреждении определили образование левого надпочечника, и больная была отправлена на консультацию к сосудистому хирургу.

В специализированном центре после тщательного клинического обследования и применения комплекса современных методов исследования, включающего изучение гормонального фона и компьютерной томографии надпочечников, больной определен точный диагноз.

Согласно данным ультразвукового исследования аденома имела среднюю экзогенность, чёткие и ровные контуры, тонкую капсулу и большие размеры – 109×81 мм.

Детальная топографо-анатомическая характеристика опухоли проводилась при помощи компьютерной томографии, где выявлено большое гетерогенное образование, исходящее из проекции левого надпочечника нативной плотностью +7-+14 ед. Н., размерами 112×80 мм, сдавливающее левую почку.

Функциональная активность аденомы определялась путем определения уровня концентрации гормонов в венозной крови, где показатели находились в пределах нормальных значений [кортизол утренняя порция – 310 нмоль/л (норма 140-600), АКТГ – 32,3 пг/мл (норма 8,3-57,8), метанефрин – 45,2 мкг/сут. (норма – 6-115), норметанефрин – 47,1 мкг/сут. (норма – 10-146)].

Больной в плановом порядке под эндотрахеальным наркозом была выполнена адреналэктомия вместе с опухолью из торако-френо-люмботомного доступа по X

межреберью. Размеры удаленного макропрепарата составили 11,5×9,5 см. В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде осложнения не отмечались.

При гистологическом исследовании макропрепарата выявлена картина характерная для смешанно-клеточной адренокортикальной аденомы. При неоднократных контрольных осмотрах и обследованиях рецидив опухоли не зарегистрирован.

Ключевые слова: аденома надпочечников, диагностика, хирургическое лечение, адrenaлэктомия.

CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF LARGE LEFT ADRENAL ADENOMA

O.N. SADRIEV¹, M.M. MARIZOEVA², A.R. KODYROV³

Republican scientific center of cardiovascular surgery,
str. Sanoi, 33, 734003, Dushanbe, Republic of Tajikistan (1)

City Maternity Hospital № 2 Health Department of the Municipality of Dushanbe,
str. I. Narzukulova, 8, 734001, Dushanbe, Republic of Tajikistan (2)

Department of Endocrine Surgery of the City Health Department medical center Municipality
of Dushanbe, str. Abaya, 3, 734033, Dushanbe, Republic of Tajikistan (3)

The article presents a case of successful surgical treatment of the patient with the «big» hormonally inactive adrenal adenoma left. Due to the lack of hormonal activity of adenoma is not marked characteristic clinical manifestations of the disease prior to the acquisition of large size and compression of the surrounding structures. In this regard, he noted the delay in diagnosis of education.

Initially, the patient appealed to the City Maternity Hospital №2 Department of Health Dushanbe complaining of aching pain in the left upper quadrant and the lower abdomen. During the ultrasound examination of the abdominal cavity, retroperitoneal space and pelvis in the institution determined the formation of the left adrenal gland, and the patient was sent for consultation vascular surgeon.

The specialized center after a thorough clinical examination and the use of a complex of modern methods of research, including the study of hormonal and adrenal computed tomography, the patient to determine the exact diagnosis.

According to the ultrasound adenoma it had an average echogenicity, clear and smooth contours, thin capsule and Large sizes – 109×81 mm.

Detailed topographic and anatomical characteristics of the tumor was carried out using CT, which revealed a large heterogeneous formation, coming from the projection of the left adrenal gland native density of 7-14 units. N., dimensions 112×80 mm, compressing the left kidney.

Functional activity of adenomas determined by determining the level of concentration of hormones in the venous blood, where the rates were within the normal range [cortisol morning portion – 310 nmol/l (normal 140-600), ACTH – 32,3 pg/ml (normal 8,3-57,8), metanephrine – 45,2 mg/day (normal – 6-115), Normetanephrine – 47,1 mg/day (normal – 10-146)].

A patient in a planned way under endotracheal anesthesia adrenalectomy was performed with a tumor of the thoraco-FRESNES lyumbotomnogo access X-intercostal space. Dimensions remote macropreparations totaled 11,5×9,5 cm. In the near and long-term postoperative complications were noted.

Histological study revealed macropreparations pattern characteristic of mixed-cell adrenocortical adenoma. If repeated control examinations and examinations of tumor recurrence is not registered.

Keywords: *adrenal adenoma, diagnosis, surgery, adrenalectomy.*

Внедрение современных визуализирующих методов исследования позволили увеличить частоту прижизненной диагностики различных опухолей надпочечников [1, 2].

По данным большинства исследователей основную часть опухолей надпочечников составляют так называемые гормонально-неактивные доброкачественные опухоли, исходящие из коркового слоя надпочечников [2, 3].

Из-за отсутствия клинических проявлений гормонально-неактивные адренокортикальные аденомы в большинстве случаев диагностируются в поздние сроки заболевания или же по достижению больших размеров.

Как указывают некоторые авторы, в 11,2% случаев гормонально-неактивные аденомы диагностируются при достижении больших размеров, при котором риск развития малигнизации увеличивается в десятки раз [4, 5].

Как показывают результаты большинства исследований, в последние годы из-за улучшения условий топической диагностики обнаружение больших и гигантских аденом надпочечников носит казуистический характер [2, 5]. В связи с этим приводим случай успешной диагностики и лечения большой аденомы левого надпочечника, которая долгое время протекала без ярких клинических проявлений.

Клинический пример. Больная З.Ш., 1989 г.р., первоначально обратилась в Городской родильный дом №2 Управления здравоохранения г. Душанбе с жалобами на ноющие боли в левом подреберье и внизу живота. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза в этом учреждении определили образование левого надпочечника, и больная была отправлена на консультацию к сосудистому хирургу.

В специализированном центре после тщательного клинического обследования и применения комплекса современных методов исследования, включающего изучение гормонального фона и компьютерной томографии надпочечников, больной поставлен точный диагноз.

При осмотре состояние больной относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, четкие, границы сердца не расширены. АД 100/60 мм рт. ст. В левой подреберной области пальпируется большое образование, плотно-эластической консистенции, размерами 11×10 см. При аускультации над образованием шумы не выслушиваются.

На УЗИ в забрюшинном пространстве в проекции левого надпочечника визуализируется большое среднеэхогенное образование с четкими и ровными контурами и тонкой капсулой, размерами 109×81 мм (рис. 1).

Более детальная топографо-анатомическая характеристика опухоли проводилась при помощи компьютерной томографии, где выявлено большое гетерогенное образование, исходящее из проекции левого надпочечника нативной плотностью +7-+14 ед. Н., размерами 112×80 мм, сдавливающее левую почку (рис. 2).

Больной проводился скрининг гормональной активности опухоли надпочечника, путем изучения ее гормонов в венозной крови. Результаты изучения гормонального фона выглядели следующим образом: кортизол утренняя порция – 310 нмоль/л (норма – 140-600), АКТГ – 32,3 пг/мл (норма – 8,3-57,8), метанефрин – 45,2 мкг/сут. (норма – 6-115), норметанефрин – 47,1 мкг/сут. (норма – 10-146).

На основании клинических данных и вышеуказанных методов исследования



Рис. 1. УЗ-картина аденомы левого надпочечника

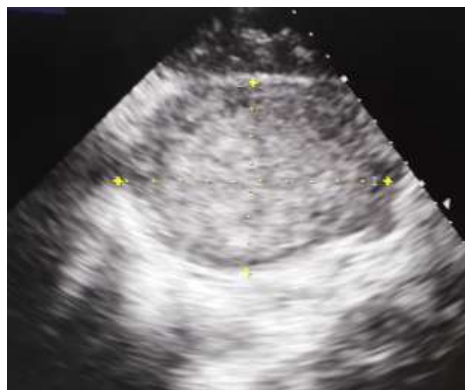


Рис. 2. КТ в нативном режиме. Визуализируется большое образование, исходящее из проекции левого надпочечника

больной выставлен диагноз: гормонально-неактивная аденома левого надпочечника.

После предоперационной подготовки больной под эндотрахеальным наркозом была выполнена адреналэктомия вместе с опухолью из торако-френолюмботомного доступа по X межреберью.

После вскрытия плевральной полости и рассечения диафрагмы последовательно отсекалась брюшина с обнажением забрюшинного пространства. При ревизии выявлено инкапсулированное мягкоэластической консистенции объемное образование размерами 11×9 см (рис. 3).



Рис. 3. Интраоперационное фото. Этап мобилизации аденомы

Путем электрокоагуляции проводились выделение и мобилизация образования со всех сторон. После перевязки всех приводящих и отводящих сосудов образования, оно тотально удалено. Проводился контроль гемостаза. Операция завершена дренированием правой плевральной полости и забрюшинного пространства и послойным ушиванием раны. Продолжительность операции составила 145 минут,

объем кровопотери 350 мл.

Макропрепарат: образование надпочечника неправильной овальной формы размером 11,5×9,5 см с бугристой поверхностью и нежной капсулой. Образование мягко-эластической консистенции, красноватого цвета (рис. 4). На одном крае видны участки интактного надпочечника. На разрезе в ее структуре имеются нескольких участков кистозной трансформации.



Рис. 4. Макропрепарат удаленной аденомы левого надпочечника

Результаты морфологического исследования. Микроскопически в опухоли местами имеются стромальные прослойки. Также характерно чередование полей темных и светлых клеток (рис. 5). Заключение: смешанно-клеточная аденокортикальная аденома левого надпочечника.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная в течение 8 суток продол-

жала прием антибиотиков, нестероидных противовоспалительных и обезболивающих препаратов. Осложнений со стороны операционной раны не отмечалось.

Швы сняты на 12 сутки. На 13 сутки после операции больная в удовлетворительном состоянии выписана на диспансерное наблюдение, в течение которого рецидив аденомы не отмечается.

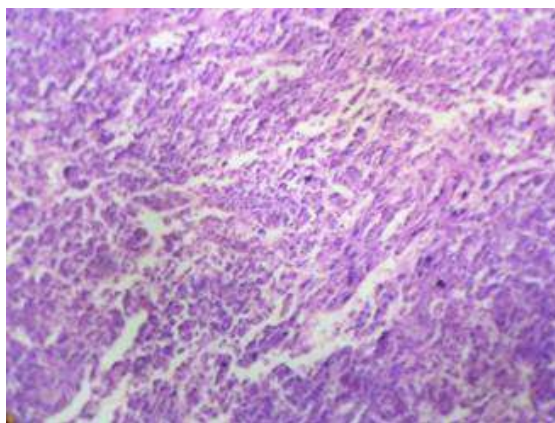


Рис. 5. Смешанноклеточная аденокортикальная аденома левого надпочечника.
Окраска гематоксилин-эозином, $\times 125$

Заключение

Таким образом, демонстрация клинического наблюдения показала, что отсутствие специфических клинических проявлений и гормональная неактивность являются основными причинами поздней

диагностики аденом, вследствие чего она приобретает большие размеры. Несмотря на большие размеры и увеличение риска малигнизации радикальное удаление аденом позволяет достичь хороших результатов в отдаленном периоде.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Садриев О.Н., Гаибов А.Д., Гульмурадов Т.Г., Анварова Ш.С. Возможности лучевых методов исследования в диагностике опухолей надпочечников // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2016. № 2. С. 107-116, DOI: 10.17816/PAVLOVJ 20162107-116.

2. Бельцевич Д.Г., Кузнецов Н.С., Солдатова Т.В., Ванушко В.Э. Инциденталомы надпочечников // Эндокринная хирургия. 2009. Т. 1, № 4. С. 19-23.

3. Садриев О.Н., Ахмаджонов З.С. Диагностика и хирургическое лечение синдрома Иценко-Кушинга // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2014. №2. С. 74-81.

4. Terzolo M., Stigliano A., Chiodini I., Loli P., Furlani L., Arnaldi G. et al. AME position statement on adrenal incidentaloma // European Journal of Endocrinology. 2011. №164. P. 851-870.

5. Гаибов А.Д., Анварова Ш.С., Камолов А.Н., Курбанова М.А., Калмыков Е.Л., Садриев О.Н. Некоторые особенности диагностики и лечения больных с опухолями надпочечников // Вестник Авиценны. 2011. № 4. С. 19-24.

References

1. Sadriev ON, Gaibov AD, Gul'muradov TG, Anvarova ShS. Vozmozhnosti luchevykh metodov issledovaniya v diagnostike

opuholej nadpochechnikov [Possibilities of radiological methods in diagnostics of adrenal tumors]. *Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika P Pavlova [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]*. 2016; 2: 107-116. (in Russian), DOI: 10.17816/PAVLOVJ20162107-116.

2. Bel'cevich DG, Kuznecov NS, Soldatova TV, Vanushko VJe. Incidentaloma nadpochechnikov [Adrenal incidentalomas]. *Jendokrinnaja hirurgija [Endocrine surgery]*. 2009; 1 (4): 19-23. (in Russian)

3. Sadriev ON, Ahmadzhonov ZS. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie sindroma Icenko-Kushinga [Diagnostic and surgical treatment of Cushing syndrome]. *Nauka molodyh (Eruditio Juvenium) [Science Eruditio of young (Eruditio Juvenium)]*. 2014; 2: 74-81. (in Russian)

4. Terzolo M, Stigliano A, Chiodini I, Loli P, Furlani L, Arnaldi G et al. AME position statement on adrenal incidentaloma. *European Journal of Endocrinology*. 2011; 164: 851-870.

5. Gaibov AD, Anvarova ShS, Kamolov AN, Kurbanova MA, Kalmykov EL, Sadriev ON. Nekotorye osobennosti diagnostiki i lechenija bol'nyh s opuholjami nadpochechnikov [Some features of diagnosis and treatment of patients with adrenal tumors]. *Vestnik Avicenny [Bulletin of Avicenna]*. 2011; 4: 19-24. (in Russian)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Садриев О.Н. – к.м.н., ст. научный сотрудник Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

E-mail: sadriev_o_n@mail.ru

Маризоева М.М. – врач акушер-гинеколог Городского родильного дома № 2 Управления здравоохранения Хукумата г. Душанбе.

E-mail: mahina.marizoeva@gmail.com

Кодиров А.Р. – к.м.н., врач-хирург отделения эндокринной хирургии Городского медицинского центра Управления здравоохранения Хукумата г. Душанбе.

E-mail: abduraufkodirov@mail.ru