

# Клиническое наблюдение

## Успешное хирургическое лечение больного с «гигантской» гормонально-неактивной аденомой левого надпочечника

А.Р. Кодиров, Н.С. Саидов

Отделение эндокринной хирургии Городского медицинского центра г.Душанбе

В статье представлен случай успешного хирургического лечения больного с «гигантской» гормонально-неактивной аденомой левого надпочечника. В связи с отсутствием клинических проявлений отмечалась поздняя диагностика аденомы, вследствие чего она приобрела огромные размеры. В забрюшинном пространстве слева визуализировалось большое гиперэхогенное образование с чёткими и ровными контурами и тонкой капсулой, размером 109×81 мм.

Применение комплекса современных методов исследования, включающего изучение гормонального фона и компьютерной томографии надпочечников, позволило правильно поставить диагноз. Единственным методом лечения аденом надпочечников является радикальное хирургическое их удаление.

Оперированный больной на 13 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписан под диспансерное наблюдение, в течение которого рецидив аденомы не был отмечен.

**Ключевые слова:** «гигантская» аденома левого надпочечника, адреналэктомия

**Актуальность.** До недавнего времени опухоли надпочечников считались весьма редкой патологией [1]. Однако с появлением и внедрением современных методов топической диагностики частота их выявления возросла в десятки раз [2].

Среди многообразных нозологических форм опухолей надпочечников большую часть составляют доброкачественные адренокортикальные аденомы (38-42%), которые по данным большинства авторов, в основном, являются гормонально-неактивными [1,3].

Вследствие отсутствия клинических проявлений, гормонально-неактивные аденомы надпочечников часто диагностируются в поздние сроки заболевания или же при достижении больших размеров.

Согласно данным M.Terzolo et al. (2011), частота встречаемости аденом надпочечников больших размеров составляет 11,2% [4]. Несвоевременная диагностика приводит к увеличению роста опухоли, скорость которого по некоторым данным составляет от 0,5 до 2 см в год [5].

При поздней диагностике гормонально-неактивных аденом надпочечников риск перерождения их в злокачественные формы увеличивается до 5,2%, при которых результаты лечения в основном неудовлетворительны [4].

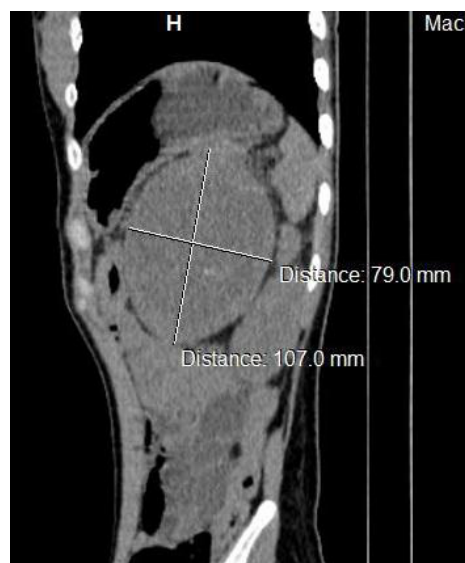
В последние годы обнаружение больших и гигантских аденом надпочечников является казуистическим случаем, в связи с чем проведение данной научной работы, касающейся вопросов комплексной диагностики и хирургического лечения больного с гигантской гормонально-неактивной аденомой левого надпочечника, является весьма обоснованным.

Клинический пример. Больной М., 1976 г.р., поступил 21.05.2014г. в отделение эндокринной хирургии Городского медицинского центра г.Душанбе с жалобами на тупые боли и наличие большого опухолевидного образования в левой половине живота. Со слов больного образование имеет место в течение одного года. В связи с прогрессирующим его увеличением обращался для консультации и лечения.

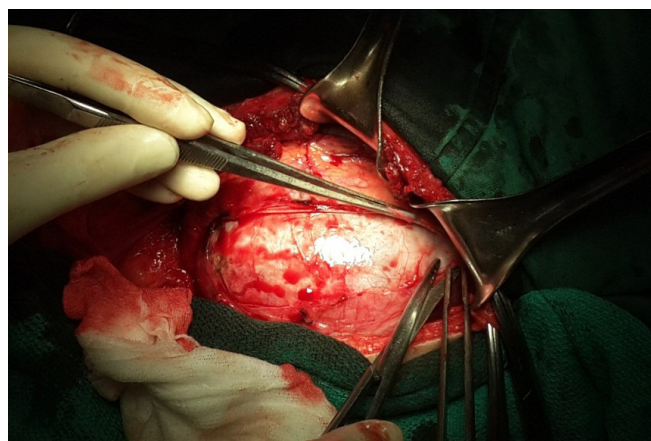
При поступлении состояние больного средней тяжести. Среднего телосложения. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца чёткие, границы сердца умеренно расширены. АД 120/70 мм рт. ст. При пальпации в брюшной полости слева от срединной линии в проекции мезогастрии определяется умеренно безболезненное образование мягко-эластической консистенции. Примерные размеры образования около 13 см в длину и 12 см в ширину. При аускультации над образованием шумы не выслушиваются.



**РИС. 1. УЗИ. ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ БОЛЬШОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В ЛЕВОМ ЗАБРЮШИННОМ ПРОСТРАНСТВЕ**



**РИС. 2. КТ В НАТИВНОМ РЕЖИМЕ. ВИДНО ОБРАЗОВАНИЕ, ИСХОДЯЩЕЕ ИЗ ПРОЕКЦИИ ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА, ОДНОРОДНОЙ СТРУКТУРЫ, РАЗМЕРОМ 107x79 ММ**



**РИС. 3. ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ФОТО. МОБИЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ ИЗ ТОРАКО-ФРЕНИКО-ЛЮМБОТОМНОГО ДОСТУПА**

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства, печень, поджелудочная железа и почки – без особенностей. В забрюшинном пространстве слева визуализируется большое гиперэхогенное образование с чёткими и ровными контурами и тонкой капсулой, размером 109x81 мм (рис. 1).

С целью более детального определения топографии опухоли, больному была выполнена КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, на которой выявлено большое однородное образование, исходящее из проекции левого надпочечника нативной плотностью 7-14 ед. Н., размером 107x79 мм, сдавливающее левую почку (рис.2).

С целью определения гормональной активности аденомы был определён уровень всех гормонов надпочечников в венозной крови: кортизол – 241 нмоль/л (норма – 140-600), АКТГ – 39,8 пг/мл (норма – 8,3-57,8), метанефрин – 28,4 мкг/сут. (норма – 6-115), норметанефрин – 32 мкг/сут. (норма – 10-146).

На основании клинических данных и вышеуказанных методов исследования, больному был выставлен диагноз: гигантская гормонально-неактивная аденома левого надпочечника.

После проведения соответствующей предоперационной подготовки, 27 мая 2014 г. больному под эндотрахеальным наркозом, в положении на правом боку, была произведена торако-френико-люмбото-



РИС. 4. МАКРОПРЕПАРАТ УДАЛЁННОЙ АДЕНОМЫ  
ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА

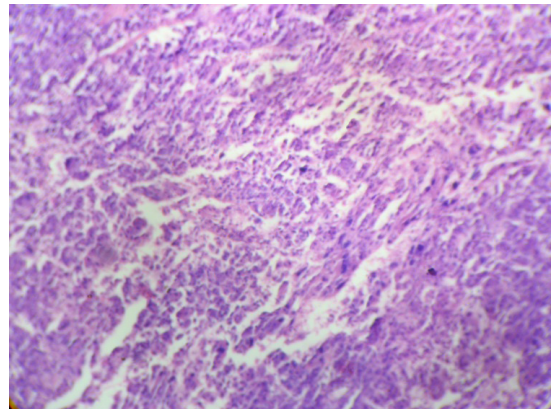


РИС. 5. СМЕШАННО-КЛЕТОЧНАЯ АДРЕНОКОРТИКАЛЬНАЯ  
АДЕНОМА ЛЕВОГО НАДПОЧЕЧНИКА.  
ОКРАСКА ГЕМАТОКСИЛИН-ЭОЗИНОМ,  $\times 125$

мия по девятому межреберью. После вскрытия плевральной полости и рассечения диафрагмы последовательно отсепаровывалась брюшина с обнажением забрюшинного пространства. При ревизии выявлено инкапсулированное мягкоэластической консистенции объёмное образование размером 11,0 $\times$ 9,0 см (рис.3).

Путём электрокоагуляции проводилось 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 мин., объём кровопотери 350 мл.

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

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

Послеоперационный период протекал гладко. Больной в течение 8 суток продолжал приём антибиотиков, нестероидных противовоспалительных и обезболивающих препаратов. Осложнений со стороны операционной раны не отмечалось.

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

#### ВЫВОДЫ:

1. Одной из основных причин поздней диагностики аденом, вследствие чего она приобретает большие размеры, является отсутствие специфических клинических проявлений.
2. Применение комплексных методов исследования, включающих определение уровня гормонов и компьютерную томографию, позволяют точно поставить диагноз.
3. Единственным методом лечения аденом надпочечников является радикальное хирургическое их удаление.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Willatt J.M. Radiologic evaluation of incidentally discovered adrenal masses / J.M.Willatt, I.R.Francis // American Family Physician. – 2010. – Vol. 81, N. 11. – P. 1361–1366.
2. Некоторые особенности диагностики и лечения больных с опухолями надпочечников / А.Д. Гаиров [и др.] // Вестник Авиценны. – 2011. – № 4. – С. 19-24.
3. Инциденталомы надпочечников / Д.Г.Бельцевич [и др.] // Эндокринная хирургия. – 2009. – Т. 1. – № 4. – С. 19 – 23.
4. AME position statement on adrenal incidentaloma / M. Terzolo [et al.] // European Journal of Endocrinology. – 2011. – Vol. 164. – P. 851–870.
5. «Гормонально-неактивные» опухоли надпочечников / Н.А. Майстренко, В.С. Довганюк, Н.Ф. Фомин [и др.] – СПб.: ЭЛБИ, 2001. – 171с.



# Summary

## Successful surgical treatment of patients with «giant» hormonally inactive left adrenal gland adenomas

A.R. Kodirov, N.S. Saidov

*Department of Endocrine Surgery Dushanbe City Medical Center*

The article presents a case of successful surgical treatment of a patient with a «giant» hormonally inactive adrenal adenomas from left. In the absence of clinical manifestations observed late diagnosis of adenoma, whereby it acquired enormous size. In the left retroperitoneal space the large hyperechogenicformation with clear and smooth contours and thin capsule, the size of 109x81 mm was visualized.

Recent methods of investigation, including hormonal tests and adrenal CT allowed to diagnosed this disease. The only treatment for adrenal adenomas is a radical surgical removal.

Patient was undergo to adrenalectomy and after 13 days in satisfactory condition was discharged. During dispensary at follow-up the recurrence of adenomas was no observed.

**Key words:** «giant» left adrenal adenoma, adrenalectomy

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Кодиров Абдурауф Разокович** – заведующий  
отделением эндокринной хирургии  
Городского медицинского центра г.Душанбе;  
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Абая, 3  
E-mail: [abdurauf.kodirov@yandex.ru](mailto:abdurauf.kodirov@yandex.ru)