

Клиническое наблюдение

Успешное хирургическое лечение феохромоцитомы правого надпочечника и опухоли холедоха

О.Н. Садриев¹, А.Д. Гаибов², М.М. Маризоева³, Ш.С. Анварова²

¹ Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии Министерства здраво-охранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан;

² Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино;

³ Городской родильный дом № 2 Управления здравоохранения города Душанбе

В статье описывается случай успешного хирургического лечения пациентки с сочетанным опухолевым процессом – феохромоцитомы правого надпочечника и аденомы холедоха. Определён необходимый диагностический объём и хирургическая тактика при сочетанных опухолевых поражениях. Основным компонентом предоперационной подготовки явился селективный α -адреноблокатор доксазозин. Пациентке проводилась симультанная операция – расширенная правосторонняя адреналэктомия, удаление аденомы холедоха с наложением бигепатикодуоденоанастомоза. Проведённый объём оперативного вмешательства способствовал полному выздоровлению пациентки. В отдалённом периоде рецидива заболевания и нарушений функции наложенного билиодегестивного анастомоза не отмечено. Больная, спустя 11 месяцев после операции, родила доношенного ребенка.

Ключевые слова: феохромоцитома, адреналэктомия, аденома, симультанные операции

Внедрение современных визуализирующих методов исследования позволили увеличить частоту выявляемости сочетанных хирургических заболеваний, в частности патологии надпочечников [1, 2]. Проблема хирургического лечения сочетанных хирургических заболеваний надпочечников и других органов брюшной полости является наиболее сложным разделом хирургической эндокринологии. Опухоли надпочечников в 12,3% случаев сочетаются с другими заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства, требующими оперативного лечения [2-4]. Совершенствование хирургической техники, анестезиологического пособия, послеоперационной терапии и реабилитации пациентов создали реальные условия для выполнения, так называемых, симультанных операций, позволяющих одновременно избавить пациента от нескольких хирургических заболеваний, уменьшить риск развития осложнений и материальных расходов на лечение [3-5]. Несмотря на имеющиеся предпосылки к их выполнению, число таких вмешательств у пациентов с опухолями надпочечников невелико [6]. Вместе с тем, показания к одномоментным операциям при сочетанных опухолевых поражениях надпочечников и смежных органов, а также последовательность их выполнения чётко не разработаны, практически не изучены экономическая эффективность такого лечения и отдалённые его результаты [1, 6].

Из-за редкости сочетанного опухолевого поражения надпочечника и общего желчного протока, приводим клинический пример, который, по нашему мнению, может способствовать правильному выбору лечебно-диагностической тактики при такой патологии.

Клинический пример. Пациентка Ч.М., 1989 г.р., обратилась в лечебно-диагностический отдел РНЦССХ с жалобами на внезапное повышение артериального давления до 260/140 мм рт. ст., головные боли, сердцебиение, тошноту, зуд по всему телу и боли в правом подреберье. Вышеперечисленные жалобы беспокоили больную в течение последних 3 лет, по поводу чего неоднократно обращалась за консультацией к кардиологу, терапевту и получала амбулаторное лечение. В связи с неэффективностью консервативной терапии и по советам родственников, больная обратилась в лечебно-диагностический отдел РНЦССХ для консультации.

При объективном осмотре сознание ясное. Кожа, склеры и видимые слизистые оболочки желтушные. На коже имеются следы расчёсов. В лёгких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, выслушивается акцент второго тона над аортой. Перкуторно выявлено незначительное расширение границ сердечной тупости влево на 1 см. АД на правой руке 230/120 мм рт. ст., на левой – 240/130 мм рт. ст. После

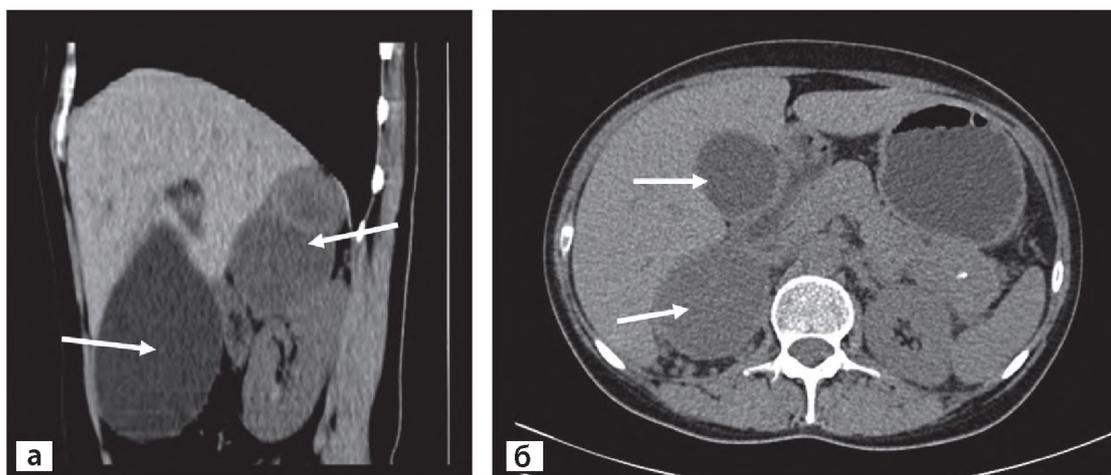


РИС. 1 А, Б. КТ В НАТИВНОМ РЕЖИМЕ. ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ ОПУХОЛЬ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА С МАСС ЭФФЕКТОМ НА ПРАВУЮ ПОЧКУ И ПЕЧЕНЬ И УВЕЛИЧЕННЫЙ ЗАСТОЙНЫЙ ЖЁЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ С ПРИЗНАКАМИ ДИСФУНКЦИИ (УКАЗАНЫ СТРЕЛКАМИ)

осмотра пациентки и детального изучения анамнеза заболевания проведено УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, где выявлены большая опухоль в проекции правого надпочечника и обтурация дистального отдела холедоха с явлениями отключённого жёлчного пузыря и механической желтухи. Размер опухоли на УЗИ составил 112×78 мм. На основании УЗИ невозможно было точно определить причину обтурации холедоха, в связи с чем было высказано предположение о метастазе опухоли правого надпочечника в холедох. Для более точного диагноза больной проведена КТ с внутривенным контрастированием, где подтвердились данные ультразвуковой находки.

На КТ опухоль визуализировалась как гиперденсивное, неоднородной структуры образование, с толстой капсулой, размерами 107×78 мм, плотностными показателями 28-36 ед. Н. При внутривенном контрастном усилении опухоль интенсивно поглощала контраст с увеличением плотности до 46 ед. Н., а «время вымывания контраста» более 60% составило 14 минут (рис. 1 а, б).

В связи с высокими цифрами АД, учитывая данные УЗИ и КТ, исследованы уровень метанефринов и кортизола в венозной крови: метанефрин – 1026 мкг/сут, норметанефрин – 1140 мкг/сут, кортизол – 220 нмоль/л.

На основании клинических данных и данных лучевых и гормональных методов исследования выставлен диагноз: злокачественная феохромоцитома правого надпочечника с метастазом в холедох; симптоматическая артериальная гипертензия; механическая желтуха; отключённый жёлчный пузырь.

В течение 12 дней была проведена комплексная предоперационная подготовка с включением доксазозина по 2 мг 2 раза в сутки с постепенным повыше-

нием суточной дозы до 12 мг. 5.10.2013 г. под общим эндотрахеальным наркозом выполнена операция – торакофрено-нолюмболапаротомия по IX межреберью, расширенная правосторонняя адреналэктомия, холецистэктомия, холедохотомия, удаление опухоли холедоха, наложение бигепатико-дуоденоанастомоза. При интраоперационной ревизии было выявлено, что опухоль больших размеров (11×7,5 см) плотно спаяна с окружающими образованиями (рис. 2 а). Проведена расширенная адреналэктомия с удалением прилегающей жировой клетчатки и лимфатических узлов. При ревизии брюшной полости жёлчный пузырь размером 18×9 см, атоничный. Произведена холецистэктомия от дна. При ревизии холедоха и окружающих его образований в задней стенке дистальной части холедоха определена плотная опухоль размерами 1,5×1,5 см, которая полностью обтурировала просвет холедоха (рис. 2 б). Учитывая большие размеры опухоли надпочечника, обильное её кровоснабжение и сращение с окружающими тканями, обнаруженное образование оценено как метастаз. Произведена лимфодиссекция парахоледохаальных лимфатических узлов, холедохотомия, удаление опухоли с формированием бигепатикодуоденоанастомоза.

Послеоперационный период протекал гладко. АД стабилизировалось через 2 часа после операции. Длительность нахождения в стационаре после операции составила 11 дней. При морфологическом анализе удалённых опухолей злокачественный характер феохромоцитомы и её метастаза был исключён (Заключение о гистологическом исследовании №1347 от 5.10.2013 г). Феохромоцитома имела смешанный вариант строения (рис. 3), который представлен клетками овальной и полигональной формы, ячеистой структуры. В аденоме холедоха атипичных клеток из мозгового слоя надпочечника не обнаружено.

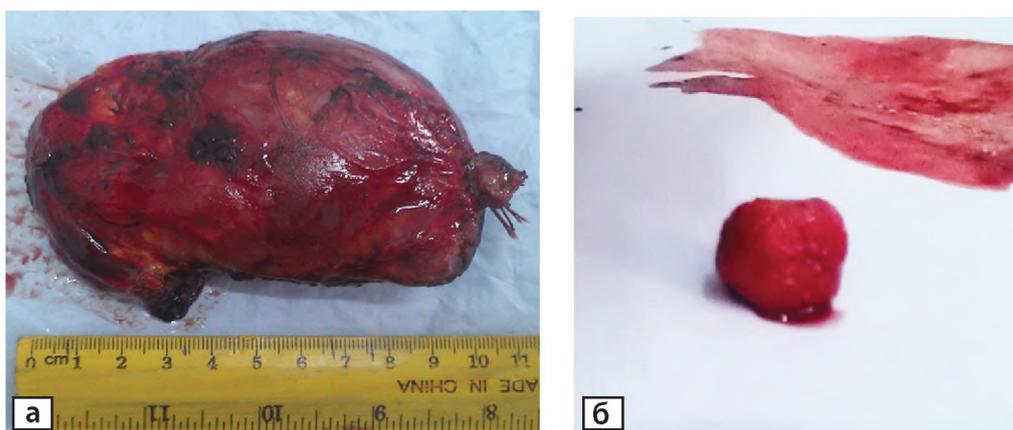


РИС. 2. УДАЛЁННЫЕ МАКРОПРЕПАРАТЫ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА (А) И АДЕНОМЫ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ХОЛЕДОХА (Б)

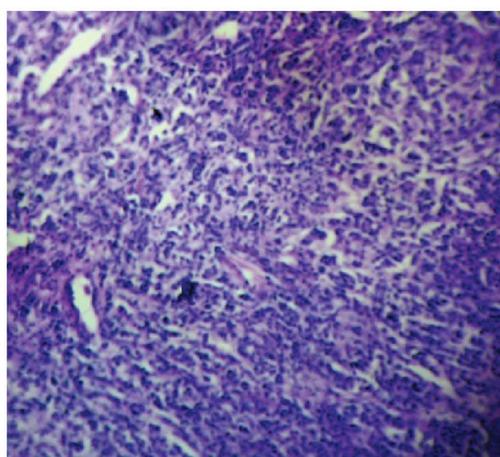


РИС. 3. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ФЕОХРОМОЦИТОМЫ. ОПУХОЛЬ ПРЕДСТАВЛЕНА ОВАЛЬНОЙ И ПОЛИГОНАЛЬНОЙ ФОРМАМИ КЛЕТКАМИ, СТРУППИРОВАННЫМИ В ВИДЕ БАЛОК, ЯЧЕЙСТОЙ СТРУКТУРЫ

При неоднократных контрольных обследованиях пациентка жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, АД 110/70 мм рт. ст, без применения гипотензивных препаратов. По данным лабораторных анализов: метанефрин – 51 мкг/сут, нор-метанефрин – 57 мкг/сут, (в суточной моче), кортизол крови – 195 нмоль/л. На УЗИ – в области правого надпочечника и брюшной полости признаки рецидива опухоли или метастатические поражения не визуализируются. В течение 3 лет от операции, данные о рецидиве заболевания не зарегистрированы. Состояние удовлетворительное. Артериальной гипертензии нет. Трудоспособность восстановлена. Пациентка, спустя 2 месяца от операции, забеременела и родила доношенного ребенка в городском родильном доме № 2 г. Душанбе (8.06.2014 г.).

Интерес приведённого исследования состоит в том, что у больной имели место сразу две первичные опухоли, что явилось причиной заблуждений в постановке правильного диагноза. Ни один из лучевых

методов исследования не позволил определить доброкачественную природу феохромоцитомы. Адекватная патогенетически обусловленная предоперационная подготовка и правильно выбранная хирургическая тактика позволили достичь хорошего результата с выздоровлением пациентки и возвратом к обычной жизни. В связи с этим, можно рекомендовать: при наличии у больных опухолей надпочечников и сочетанных хирургических заболеваний других органов, целесообразно проводить их одновременную хирургическую коррекцию. Важное значение при планировании симультанных операций у этой категории больных имеет проведение достаточного объёма предоперационной подготовки и выбор оптимального метода хирургического лечения. Подобные оперативные вмешательства следует выполнять в клинических центрах, оснащённых современным оборудованием, опытными хирургами, обладающими достаточным опытом лечения больных с различными заболеваниями надпочечников.



ЛИТЕРАТУРА

1. Возможности лучевых методов исследования в диагностике опухолей надпочечников / О.Н.Садриев, А.Д.Гаибов, Т.Г.Гульмурадов, Ш.С.Анварова // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2016. – № 2. – С. 107-116.
2. Комплексная диагностика и хирургическая тактика при двухсторонних феохромоцитомах / О.Н.Садриев, А.Д.Гаибов, Е.Л.Калмыков, Ш.С.Анварова // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2016. – № 3. – С. 118-125.
3. Садриев О.Н. Симультанные операции при хирургических заболеваниях надпочечников / О.Н. Садриев, А.Д. Гаибов // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 6. – С. 678-686.
4. Аристархов В.Г. Симультанные операции у больных с патологией надпочечников / В.Г. Аристархов, А.Н. Гадзыра, С.В. Бирюков // Анналы хирургии. – 2007. – № 3. – С. 72-77.
5. Опыт применения симульных операций у больных с опухолями надпочечников / Нико-ненко А.С. и [др.] // Запорожский медицинский журнал. – 2010. – Т. 12, № 1. – С. 17-18.
6. Некоторые особенности диагностики и лечения больных с опухолями надпочечников / А.Д. Гаи-бов и [др.] // Вестник Авиценны. – 2011. – № 4. – С. 19-24.
7. Metastasis to the Adrenal Gland: The Emerging Role of Laparoscopic Surgery / A. Sarela [et al.] // Ann Surg Oncol. – 2003. – V. 10, №10. – P. 1191-1196.

Summary

Successful surgical treatment of pheochromocytoma of right suprarenal gland and choledochus tumor

O.N. Sadriev¹, A.J. Gaibov², M.M. Marizoeva³, Sh.S. Anvarova²

¹ Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery,

² Avicenna TSMU,

³ City Maternal Hospital № 2

The article describes a case of successful surgical treatment of a patient with combined tumor processes – pheochromocytoma of right suprarenal gland and choledochus adenoma. Required diagnostic volume and surgical approach during combined tumor lesion was determined. The main component of preoperative preparation was selective α -adrenoblocker Doksazolin. Simultaneous operation of dilated right sided adrenalectomia and removal of choledochus adenoma with application of bihepaticoduodenoanastomosis was carried out. The conducted surgical intervention promoted complete recovery of the patient. Disease relapse and impairment of function of the applied biliodigestive anastomosis was not observed in a remote period. The patient, 11 months later after the operation gave birth to a mature infant.

Key words: pheochromocytoma, adrenalectomia, adenoma, simultaneous operation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Садриев Окилджон Немаджонович –
старший научный сотрудник РНЦССХ;
Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
E-mail: sadriev_o_n@mail.ru