Паспортные данные

ФИО:

Возраст:1966 / 37 лет

Семейное положение: замужем

Место работы и должность: индивидуальный предприниматель

Место жительства:

Дата поступления: 11.03.04

Диагноз при поступлении: инсиденталома левого надпочечника без признаков гормональной активности.

Клинический диагноз:

Основной: киста левого надпочечника.

Сопутствующие: хронический пиелонефрит, стадия ремиссии. Хронический тонзиллит, стадия ремиссии.

# Жалобы больной

На наличие образования левого надпочечника; на дискомфорт в поясничной области в течение последних 2 лет, появляющийся после длительного сидения, к концу дня, исчезающий в горизонтальном положении.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной с декабря 2001 г., когда при плановом УЗИ почек было случайно обнаружено образование левого надпочечника. В дальнейшем каждые 0,5 года исследование выполнялось повторно (в целом – без динамики). 24.03.02 – выполнено КТ; заключение: объёмное образование 35х33 мм, исходящее из левого надпочечника.

В июне 2003 г. пациентка отмечает эпизод потери сознания.

Плановые госпитализации для обследования в отделение хирургической эндокринологии 10 ГКБ г. Минска (всего 4 раза, последний раз – в сентябре 2003 г.).

Амбулаторно выполнено исследование крови на содержание гормонов: 8.07.03. Результаты: АКТГ 76,95 нг/мл, TSH 1,54 мнг/мл, кортизол 497,98 нг/мл, альдостерон 19нг/мл. Заключение: опухоль не имеет признаков гормональной активности.

# Anamnesis vitae

Родилась в 1966 г. четвёртым ребёнком в семье. Беременность матери протекала без осложнений. Роды срочные, естественным путем. Вскармливалась грудью. Ходить начала в 1 год, говорить в 1,5 года. В детстве перенесла ветряную оспу, корь. Росла и развивалась нормально. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо. Образование высшее техническое. В настоящее время – индивидуальный предприниматель.

Месячные с 15 лет, цикл 28 дней, установился сразу. З беременности, 3 родов (2 – per viam naturalem, 1 – последние - путем кесарева сечения). Заболеваний женской половой сферы не выявлялось.

Вредные привычки: курение.

Перенесенные заболевания: хронический пиелонефрит (с 16-летнего возраста, последнее обострение – 15 лет назад). Операция кесарева сечения (в 1994 г.), хронический тонзиллит, простудные. Вирусный гепатит, туберкулёз, венерические заболевания отрицает.

Материально-бытовые условия хорошие, проживает в частном доме со всеми удобствами. Замужем, живет с мужем и 3-мя детьми. Индивидуальный предприниматель. Рабочий день не нормированный. Трудовая деятельность связана со значительными нервно-эмоциональными нагрузками. В течение дня много времени проводит в сидячем положении (вождение автомобиля). Питание 3х-разовое, нерегулярное. Личная гигиена соблюдается.

Аллергологический анамнез: отмечает холодовую аллергию по типу крапивницы; аллергия на бытовую химию, проявляющаяся бронхоспазмом.

Наследственный анамнез: отец пациентки перенес инсульт, умер от рака гортани в возрасте 53 лет; дед по материнской линии умер от рака толстой кишки.

**Выводы из анамнеза**

На основании данных анамнеза можно сделать заключение о наличии объёмного образования левого надпочечника, не обладающего гормональной активностью, существующего более 3-х лет. Течение заболевания стабильное, без динамики. Причина заболевания неясна. Лечение не проводилось. К субъективным синдромам заболевания можно отнести дискомфорт в поясничной области в течение последних 2 лет, появляющийся после длительного сидения, к концу дня, исчезающий в горизонтальном положении.

**Status praesens objectivus**

**Общий осмотр** Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, выражение лица обычное, осмысленное, выглядит старше своих лет. Телосложение нормостеническое. Рост 164 см, вес 84,5 кг, индекс массы тела 31,4. Телосложение правильное. Тип конституции – гиперстенический.

**Кожа и видимые слизистые** Кожа бледно-розовая, гипергидроза нет. Тургор не снижен. Сыпи нет. Видимые слизистые и конъюнктивы глаз розовые, влажные. Оволосение по женскому типу. Выпадение волос физиологическое. Ногти нормальной формы, бледно-розового цвета, поверхность гладкая. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо, распределена равномерно. Периферических отёков нет. На животе ниже пупка на 4 см над лоном – зрелый послеоперационный рубец (лапаротомия по Пфанненштилю).

**Состояние лимфатических узлов** Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

**Мышечная система** Тонус мышц удовлетворительный. Атрофии нет. При пальпации, активных и пассивных движениях мышцы безболезненны.

**Костно-суставная система** Движения в суставах безболезненные, амплитуда их удовлетворительная. Развитие соответствующих частей скелета симметричное. Кости при поколачивании безболезненны. Позвоночник имеет физиологические изгибы, деформаций нет.

**Мочеполовая система** - без особенностей.

**Обследование головы и шеи** Голова округлой формы. Шея не деформирована. Щитовидная железа не увеличена, эластичная, мягкая, узлов нет.

**Грудная клетка** нормостеническая, симметричная, лопатки и ключицы симметричны, прилегают плотно. Грудная клетка в акте дыхания участвует равномерно, вспомогательные мышцы не участвуют. Тип дыхания преимущественно грудной. Число дыхательных движений 17 в минуту, ритм дыхания правильный. Пальпация грудной клетки. Грудная клетка упругая. Межрёберные промежутки нормальной ширины, имеют косое направление. Болезненность при пальпации не отмечается. Голосовое дрожание одинаково проводится на симметричных участках. При сравнительной перкуссии ясный легочной звук на симметричных участках грудной клетки.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | справа | слева | |
| Высота стояния верхушек лёгких над ключицей спереди | | 3,5 см | 3,5 см | |
| Высота стояния верхушек лёгких по отношению к 7 шейному позвонку сзади | | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | |
| Ширина полей Кренига (см) | | 4 см | 4,5 см | |
| Нижняя граница лёгких по топографическим линиям | | | | |
| l. parasternalis | | 5 ребро | - | |
| l. medioclavicularis | | 6 ребро | - | |
| l. axillaris anterior | | 7 ребро | 7 ребро | |
| l. axillaris media | | 8 ребро | 9 ребро | |
| l. axillaris posterior | | 9 ребро | 9 ребро | |
| l. scapulars | | 10 межреберье | 10 межреберье | |
| l. paravertebralis | | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | |
| Экскурсия нижнего легочного края по топографическим линиям в см на вдохе/выдохе/суммарно | | | | |
| l. medioclavicularis | 3/3/6 | | | - |
| l. axillaris media | 4/4/8 | | | 3/4/7 |
| l. scapulars | 3/3/6 | | | 3/3/6 |

При аускультации лёгких дыхание везикулярное, выслушивается над всей поверхностью лёгких. Патологические дыхательные шумы не выслушиваются. Сравнительная аускультация голоса (бронхофония) – отрицательная.

Молочные железы симметричны, развиты хорошо, при пальпации безболезненные, объёмные образования и узлы не определяются. Выделений из сосков не отмечено.

**Органы кровообращения** Пульс 68 уд. в 1 мин., одинаковый на обеих руках, ритмичный, средний, удовлетворительного наполнения и напряжения. Прекапиллярный пульс Квинке не определяется.

Аускультация сонных артерий, брюшной аорты, почечных, бедренных артерий: патологических шумов и тонов не выслушивается. АД 115/75 на обеих руках. Осмотр сосудов шеи: сосуды шеи не изменены. Видимая пульсация сонных артерий отсутствует. Набухание и видимая пульсация шейных вен отсутствует.

## Осмотр области сердца: сердечный горб не виден. Верхушечный толчок не виден. Пальпация сердечной области. Сердечный толчок не пальпируется. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, нормальный, локализованный, умеренной силы и резистентности, площадью 1,5 см2. Систолическое и диастолическое дрожание отсутствует. Пульсация брюшной аорты удовлетворительная, печень не пульсирует.

## Перкуссия сердца

Границы относительной сердечной тупости по межреберьям (по отношению к передней срединной линии):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Межреберье | справа | слева |
| 2 | 2,5 см | 2,5 см |
| 3 | 3,5 см | 4 см |
| 4 | 3,5 | - |
| 5 | - | 8,5 см |

Ширина сосудистого пучка: определяется во 2 межреберье с обеих сторон грудины, равна 5 см. Поперечник относительной тупости сердца равен: 12 см. Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца:

* Правая – 4 межреберье по левому краю грудины
* Левая – 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости
* Верхняя – по верхнему краю 4 ребра по левой парастернальной линии.

Аускультация сердца

Тоны сердца ясные, ритмичные. Соотношение тонов не изменено. Ритм правильный, ЧСС 61 удар в минуту. Шумы не выслушиваются.

Исследования сосудов

Пульсация лучевых, сонных, височных, подключичных, бедренных, подколенных артерий и артерий тыла стопы нормальная. Поверхность сосудов гладкая, артерии не извитые.

Осмотр и пальпация вен. Набухание и видимая пульсация вен отсутствует. Расширение вен грудной клетки, передней брюшной стенки, конечностей отсутствует.

**ЭКГ 03.03.04.** ЧСС 61 уд. в1 мин, ритм синусовый, регулярный, горизонтальное положение ЭОС.

## **Органы пищеварения**

Осмотр полости рта. Дёсны не изменены. Язык влажный, чистый. Слизистая полости рта розовая, влажная. Зев и глотка – без изменений. Нёбные миндалины слегка гиперемированы, гипертрофированы, с очаговыми рубцовыми изменениями.

Осмотр живота. Живот не увеличен, не втянут, симметричен, участвует в акте дыхания. Окружность живота на уровне пупка 105 см. Подкожная венозная сеть не видна. Грыж нет. В гипогастрии имеется зрелый послеоперационный рубец.

Поверхностная пальпация живота. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье.

Глубокая пальпация по методу В.П.Образцова и Н.Д.Стражеско.

Нижняя граница желудка - большая кривизна находится по данным стетакустической пальпации на 3 см выше пупка.

Сигмовидная кишка - пальпируется в левой подвздошной области в нижней трети линии соединяющей пупок и переднюю верхнюю ость подвздошной кости в виде гладкого плотного безболезненного цилиндра толщиной 2 см. Урчание не определяется.

Слепая кишка пальпируется в форме гладкого, безболезненного слегка урчащего цилиндра диаметром 3 см в правой подвздошной области в нижней трети линии соединяющей пупок и переднюю верхнюю ость подвздошной кости.

Поперечная ободочная кишка – пальпируется на 2 см ниже большой кривизны желудка, 3 см в диаметре, плотная, подвижная, гладкая, безболезненная, не урчит.

Перкуссия живота. При перкуссии живота - тимпанический звук. Жидкости в брюшной полости нет.

Аускультация живота. При аускультации желудка и кишечника выслушивается нормальная перистальтика.

Печень: осмотр области печени – видимого выбухания нет.

Перкуссия печени:

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница | Нижняя граница |
| l. parasternalis dextra – верхний край 6 ребра  l. mediaclavicularis dextra – 6 ребро  l. axillaris anterior dextra – 7 ребро | l. mediana anterior – 4 см ниже мечевидного отростка  l. parasternalis dextra – на 1 см ниже края рёберной дуги  l. mediaclavicularis dextra – край рёберной дуги  l. axillaris anterior dextra- 10 ребро |

Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| l. mediaclavicularis dextra | 10 см |
| l. mediana anterior | 9 см |
| Левая рёберная дуга | 8 см |

Пальпация печени: нижний край не выходит из-под края рёберной дуги по среднеключичной линии, безболезненный. Консистенция печени нормальная, поверхность гладкая, ровная.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Курвуазье и Мюсси отрицательные.

Селезёнка: видимого выбухания области селезёнки нет.

Перкуссия селезёнки: длинник: по 10 ребру - 8 см, поперечник: между 9 и 11 рёбрами по средней подмышечной линии - 6 см.

Пальпация селезёнки: не пальпируется.

Per rectum: ампула прямой кишки заполнена каловыми массами. Трещин и образований на слизистой не выявлено, болезненности нет. Каловые массы обычного цвета. Мелены нет.

**Органы мочеполовой системы**

Осмотр области почек: гиперемии и припухлости в поясничной области нет.

Пальпация почек. Почки не пальпируются.

Симптом Пастернацкого слабоположительный слева.

Аускультация поясничной области и проекции почечных артерий спереди: шумы не выслушиваются.

Мочевой пузырь: не пальпируется, при перкуссии - тимпанит.

**Нервная система** Пациентка в сознании. В пространстве, времени и собственной личности ориентируется. Речь не нарушена. Органы чувств – без особенностей. Статокинетические пробы выполняет хорошо. В позе Ромберга устойчива. Глазные щели смыкаются, движения глазных яблок не нарушены. Зрачки одинаковые, реакция на свет нормальная. Сухожильные и периостальные рефлексы одинаковые с обеих сторон, выражены умеренно. Патологические рефлексы не выявлены. Чувствительность не нарушена.

**Status localis**: поясничная область симметрична, видимого выбухания нет, пальпация безболезненна.

### Клиническое исследования специальными методами

**12.03.04. Общий анализ крови:** Эритроциты 4,3\*1012/л, Hb 119 г/л, Тромбоциты 274\*1012/л, Лейкоциты 6,4\*109/л, Базофилы - 0 %, Эозинофилы – 0 %, Юные– 0 %, Палочкоядерные – 4%, Сегментоядерные – 53 %, Лимфоциты – 34 %, Моноциты – 4 %, СОЭ – 15 мм/час. - ***норма***

**12.03.04. Общий анализ мочи:** плотность 1016, реакция нейтральная, мутность - прозрачная, цвет - светло-жёлтый, белок - - , сахар --, эритроциты --, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эпителий – плоский, 2-4 в поле зрения. - ***норма***

**12.03.04.Биохимический анализ** **крови** Мочевина 6,11 ммоль/л, Общий белок 83,2 г/л, Холестерин 4,64 ммоль/л, Глюкоза 4,93 ммоль/л, Общий билирубин 5,6 мкмоль/л, АлАТ 17 ед/л, АсАТ 19 ед/л, Калий 4,2 ммоль/л, Натрий 142 ммоль/л, Хлор 99 ммоль/л, Общее железо 19,2 ммоль/л – ***норма***

**07.03.04. Реакция Вассермана** – отрицательная.

**12.03.04. Коагулограмма**: АПТВ – 30,7 с, ПТИ – 0,97, фибриноген А – 2,44 г/л, этаноловая проба -/+. - **норма**

**03.03.04. ЭКГ**: ЧСС 61 уд. в мин. ритм синусовый, регулярный, горизонтальное положение ЭОС. – ***вариант нормы***

**20.09.03. Флюорография:** патологических теней не выявлено. Корни структурны, синусы свободны. Конфигурация сердца нормальная.

**27.02.04. КТ органов забрюшинного пространства.** Заключение: образование левого надпочечника 28х34 мм, по сравнению с 2001г – отрицательная динамика, денситометрические показатели прежние.

**12.03.04. УЗИ органов забрюшинного пространства.** Заключение: анэхогенное образование левого надпочечника 36,3х35,9 мм.

**07.07.03. УЗИ щитовидной железы.** Заключение: структура и размеры железы в пределах нормы.

**13.03.04. Осмотр гинеколога.** Заключение: опущение стенок влагалища II степени.

**12.03.04. Определение группы крови и резус-фактора:** A(II)Rh+(положительная)

### Клинический диагноз

Основной: киста левого надпочечника

Сопутствующие: хронический пиелонефрит, стадия ремиссии. Хронический тонзиллит, стадия ремиссии.

**Обоснование диагноза**

Диагноз был выставлен на основании жалоб на наличие образования левого надпочечника, случайно выявленного в декабре 2001 г. при плановом УЗИ почек, данных инструментальных исследований, проводимых в дальнейшем (24.03.02 КТ: объёмное образование 35х33 мм, исходящее из левого надпочечника; 27.02.04. КТ органов забрюшинного пространства: образование левого надпочечника 28х34 мм, по сравнению с 2001 г. – отрицательная динамика, денситометрические показатели прежние; 12.03.04. УЗИ органов забрюшинного пространства: анэхогенное образование левого надпочечника 36,3х35,9 мм), исследования крови на содержание гормонов от 8.07.03 (АКТГ 76,95 нг/мл, TSH 1,54 мнг/мл, кортизол 497,98 нг/мл, альдостерон 19нг/мл. Заключение: опухоль не имеет признаков гормональной активности), результатов оперативного лечения (17.03.04. – лапароскопическая забрюшинная резекция левого надпочечника с кистой, макропрепарат: киста 4х4х3 см, исходящая из наружного края левого надпочечника, с участком ткани надпочечника, стенка кисты 0,3 мм, содержимое – серозная жидкость).

**Дифференциальный диагноз и клиника**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Опухоль без признаков гормональной активности\*** | **Альдостерома** | **Кортикостерома** | **Феохромоцитома** |
| Возраст и пол больных | 37 лет, женский | Женщины 30-40 лет | Женщины 20-40 лет | М=Ж, 30-50 лет |
| Жалобы | На дискомфорт в области поясницы слева, появляющийся в положении сидя и исчезающий в горизонтальном положении | Головные боли, боли в области сердца, снижение зрения, сердцебиение, приступы мышечной слабости, парестезии, выраженная жажда, никтурия, полиурия | Синдром Иценко-Кушинга: изменение внешности, ожирение, выраженная общая мышечная слабость, striae atrophicae, сухость кожи, выпадение волос на голове, гирсутизм, нарушение менструального цикла, боли в позвоночнике, головные боли, жажда | Нервная возбудимость, повышенная утомляемость, головные боли, парестезии, нарушения потоотделения, тремор, боли в животе, тошнота, рвота, одышка, сердцебиение, приступы удушья |
| Повышение АД | Нехарактерно (может быть при раздражении ткани надпочечника растущей опухолью) | Постоянно высокое 220-260/120-140 мм рт ст, редкие кризы | Высокое - 150-240/110-160 мм рт ст | Высокое – 200-300/180 мм рт ст, могут быть постоянные кризы |
| УЗИ над-почечников | Анэхогенное образование с четким контуром | Опухоль надпочечника | Опухоль надпочечника | Опухоль надпочечника |
| КТ забрю-шинного простран-ства | Опухоль, исходящая из надпочечника | Опухоль, исходящая из надпочечника | Опухоль, исходящая из надпочечника | Опухоль, исходящая из надпочечника |
| Уровень гормонов в перифери-ческой крови | Норма | Повышено содержание альдостерона | Уровень АКТГ снижен, кортизола - повышен | Повышено содержание катехоламинов (определяется по экскреции с мочой) |
| Общий анализ крови | Норма | Норма | Повышение Hb, эритроцитоз, лейкоцитоз за счёт сегментоядерных нейтрофилов, лимфопения, эозинопения, сдвиг формулы влево за счёт палочкоядерных, увеличение СОЭ | Лейкоцитоз, лимфоцитоз, эозинофилия, эритроцитоз, увеличение СОЭ |
| Общий анализ мочи | Норма | Гипоизостенурия, щелочная реакция, иногда протеинурия | Щелочная реакция, глюкозурия,. Протеинурия, лейкоцитурия, трипельфосфатурия | Возможны глюкозурия, протеинурия |
| Биохими-ческий анализ крови | Норма | Гипернатриемия, гиперкалиемия | Гипокалиемия, гипернатриемия, умеренная гиперхолестеринемия, повышение уровня кальция, активности АлАТ и АсАТ, высокий ПТИ, снижение общего белка | Гипергликемия, повышено содержание неэстерифицированных жирных кислот |
| ЭКГ | Ритм синусовый, правильный, ЧСС 61/мин, горизонтальное положение ЭОС | Брадикардия, аритмии, замедление АВ-проводимости, смещение интервала ST книзу от изолинии, инверсия зубца Т, удлинение интервала QT, патологический зубец U. | Признаки гипокалиемии, гипертрофии левого желудочка | Укорочение интервала PQ, гипертрофия левого желудочка, возможны явления ишемии миокарда, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия |

\*данные пациентки

**Клиническая картина** неспецифична, субъективные ощущения пациентки могут быть отнесены на счёт длительного пребывания в сидячем положении в течение дня (за рулем автомобиля).

**Этиология и патогенез**

Надпочечники (glandulae suprarenales) - парные железы внутренней секреции, расположенные над верхними полюсами почек. У человека они находятся на уровне XI грудного - I поясничного позвонков, забрюшинно. Правый надпочечник имеет треугольную форму, левый - полулунную; вогнутые основания надпочечников примыкают к выпуклым полюсам почек. Вместе с почками надпочечники заключены в жировую капсулу (capsula adiposa) и покрыты почечной фасцией (fascia renalis). Длина надпочечника взрослого человека варьирует от 30 до 70 мм, ширина - от 20 до 35 мм , толщина - от 3 до 10 мм, масса обоих надпочечников составляет 10 –14 г. Снаружи надпочечник покрыт соединительно-тканной капсулой, от которой в паренхиму отходят перегородки, заключающие в себе сосуды и нервы и делящие паренхиму надпочечников на группы клеток и клеточные тяжи. В надпочечниках различают наружное корковое вещество, составляющее примерно 2/3 всей массы надпочечника , и внутреннее мозговое вещество. У новорожденных масса надпочечника в среднем 3,5 г. С возрастом она увеличивается, постепенно разграничиваются корковое и мозговое вещество, отдельные зоны коркового вещества [1].

На долю коркового слоя у взрослого человека приходится около 90% ткани надпочечника. Этот слой состоит из трех зон: наружной — клубочковой, средней – пучковой и внутренней (окружающей мозговой слой) – сетчатой. Располагаясь непосредственно под фиброзной капсулой, клубочковая зона занимает примерно 15% объема коркового слоя; её клетки содержат сравнительно небольшое количество цитоплазмы и липидов, вырабатывают гормон альдостерон. На долю пучковой зоны приходится 75% всего коркового вещества; её клетки богаты холестерином и эфирами холестерина, вырабатывают в основном кортизол. Клетки сетчатой зоны также продуцируют это вещество; они относительно бедны липидами и содержат много гранул. Помимо кортизола, клетки этой зоны (как и пучковой) вырабатывают половые гормоны – андрогены и эстрогены.

В корковом слое надпочечников вырабатывается более 50 различных стероидных соединений. Он служит единственным источником глюко - и минералокортикоидов в организме, важнейшим источником андрогенов у женщин и играет незначительную роль в продукции эстрогенов и прогестинов. Основным глюкокортикоидом у человека является кортизол, избыток или недостаток этого стероида сопровождается угрожающими жизни сдвигами. Из минералокортикоидов основной у человека — альдостерон. Избыток минералокортикоидов обуславливает артериальную гипертензию и гипокалиемию, а недостаток – гиперкалиемию, которые могут оказаться несовместимы с жизнью.

Мозговой слой надпочечников продуцирует соединения далекие от стероидов по своей структуре — катехоламины. К ним относят адреналин, норадреналин и дофамин. Воздействие катехоламинов на обмен веществ складывается из прямых и опосредованных эффектов, при взаимосвязи со специфическими рецепторами органов и клеток- "мишеней" [2].

Опухоли коры надпочечников (НП) относятся к числу самых распространенных новообразований у человека. Однако лишь в некоторых случаях эти опухоли вызывают эндокринные нарушения (например, первичный гиперальдостеронизм, гиперкортицизм, гиперандрогенизм и гиперэстрогенизм), менее 1% из них являются злокачественными. На основании результатов большого числа аутопсий и применения высокочувствительных компьютеризированных методов визуализации было установлено, что узелковые образования НП присутствуют более чем у 3% людей старше 50 лет [3-5]. Большинство этих образований относятся к доброкачественным, для них нехарактерна гиперсекреция гормонов.

В последние годы были открыты несколько молекулярных и клеточных механизмов образования опухолей надпочечников. Выяснилось, что рост опухолевых клеток, гиперплазия надпочечников, формирование опухоли и автономная продукция гормонов связаны с изменением межклеточных взаимодействий, местной продукции факторов роста и цитокинов, аберрантной экспрессией эктопических рецепторов в опухолевых клетках. В клетках опухолей НП были обнаружены генетические и хромосомные отклонения, включая дефекты участков хромосом и генов, отвечающих за синтез белков р53, р57 и инсулиноподобного фактора роста II. Кроме того, при ряде наследственных синдромов, связанных с развитием опухолей НП, были выявлены хромосомные маркеры, включая менин, который вызывает множественную эндокринную неоплазию I типа, и гибридный ген, который приводит к развитию гиперальдостеронизма, поддающегося лечению глюкокортикоидами [6].

Классификация опухолей надпочечников (1980 г. ВОЗ), основанная на гистогенетическом принципе [7].

1. Эпителиальные опухоли коры надпочечников: аденома, карцинома.

2. Мезенхимальные опухоли: миелолипома, липома, фиброма, ангиома.

3. Опухоли мозгового слоя вещества надпочечников: феохромоцитома, нейробластома, ганглиома - симпатогониома.

Опухоли надпочечников могут быть гормонально-активными или гормонально-неактивными, добро - или злокачественными. С этих позиций удобна морфологическая классификация, предложенная Micali еt аl. (1985). Она учитывает морфофункциональные особенности опухолей, а также указывает на доброкачественный или злокачественный характер образования:

Опухоли, исходящие из коркового слоя:

1.1 Функционально-активные опухоли: гиперплазия ткани, аденома, карцинома.

1.2 Функционально-неактивные опухоли: аденома, карцинома,

Опухоли, исходящие из мозгового слоя:

2.1 Функционально-активные опухоли: феохромоцитома;

2.2Функционально-неактивные опухоли: симпатогониома, симпатобластобластома, ганглионейробластома, ганглионейрома, кисты-амилоидоз, миелолипома.

Надпочечник может быть местом локализации метастазов других злокачественных новообразований. Наиболее частые источники метастазов в надпочечник: рак легкого, желудка, и меланомы различной локализации

Клиническая картина опухолей надпочечников разнообразна и, в основном, зависит от исходящей локализации и функциональных особенностей опухолей.

**План лечения**

Лечение – оперативное: удаление объёмного образования надпочечника путем лапароскопической забрюшинной резекции левого надпочечника с объёмным образованием. Для определения показаний к оперативному лечению бессимптомных опухолей руководствуются размерами образований. Если поражение небольшое (<3см), больному может быть рекомендовано периодическое наблюдение для оценки тенденции роста опухоли. Большие поражения (>6см) должны быть удалены, независимо от функционального статуса, по причине риска развития кортикального рака. Лечение пациентов с промежуточными размерами бессимптомных опухолей (от 3 до 6см) спорно. Большинство авторов рекомендует удаление этих образований даже при незначительном риске озлокачествления. Лапароскопическая адреналэктомия — предпочтительная методика для лечения опухолей промежуточных размеров [8].

У данной пациентки размер образования по данным КТ равен 28х34 мм, следовательно, оно относится к опухолям промежуточного размера, в связи с чем предложено лапароскопическое удаление опухоли.

Помимо лапароскопической операции, удаление образования левого надпочечника может производится из левостороннего люмботомического доступа по Фёдорову, а также, при больших размерах образования – трансперитонеальным доступом через верхне-среднюю срединную лапаротомию [2].

**Показания к операции**

Наличие объёмного образования левого надпочечника размером более 3 см.

**Операционный риск по ASA [10]**: 2 степень риска (имеются хронические заболевания в стадии ремиссии, операция плановая, предоперационная подготовка проведена в полном объёме)

**Метод обезболивания и обоснование его выбора**

Эндотрахеальный наркоз. Метод обезболивания соответствует объёму планируемой операции и операционному (риск 2) риску пациентки

**Профилактика заболевания**

Первичная профилактика невозможна в связи с не уточненными этиологией и патогенезом.

Вторичная профилактика направлена на своевременное выявление и лечение заболевания (плановые обследования больных, особенно при наличии прочей патологии).

Третичная профилактика состоит в наблюдении за состоянием больной в отдаленном периоде с целью раннего выявления возможного рецидива опухоли.

**Прогноз**

Для жизни, здоровья и труда – благоприятный (выздоровление).

**Предоперационный эпикриз**

17.03.04. на операцию подготовлена пациентка Н., 37 лет с диагнозом: инсиденталома левого надпочечника без признаков гормональной активности.

Состояние больной компенсированное, жалоб не предъявляет.

Считает себя больной около 3 лет, когда при плановом обследовании было случайно выявлено образование левого надпочечника 35х32 мм. В анамнезе: хронический пиелонефрит (с 16 лет), хронический тонзиллит, кесарево сечение (1994г.), корь, ветряная оспа. Аллергия на бытовую химию.

Объективно: пульс 70 ударов в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный. Глотка, зев – без особенностей. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Перистальтика выслушивается. Поясничная область симметрична, при пальпации безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Показания к операции: наличие образования левого надпочечника размером 28х34 мм по данным КТ от 12.03.04.

Планируется: под эндотрахеальным наркозом выполнить лапароскопическую забрюшинную резекцию левого надпочечника с объёмным образованием.

Больная анестезиологом осмотрена, согласие на операцию получено, противопоказаний нет.

### Описание операции

Премедикация:

Sol. Dimedroli 1%-1.0

Sol. Atropini sulfatis 0.1%-1.0

Sol. Promedoli 2%-2.0

В/м за 30 мин до операции

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз

Положение пациентки на столе: на животе (после интубации), голова повёрнута в сторону, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах до 90о.

**17.03.04. Лапароскопическая забрюшинная резекция левого надпочечника с кистой.**

Под эндотрахеальным наркозом разрезами в левой поясничной области после наложения пневморетроперитонеума в забрюшинную клетчатку введены 3 троакара. Вскрыта фасция Герота. В области верхнего полюса левой почки обнаружено образование 4х4х3 см, исходящее из наружного края левого надпочечника. Другой патологии не выявлено. Образование и часть надпочечника выделены из клетчатки тупым путем с использованием коагуляции. Видимые сосуды клетчатки клипированы. Под образование (кисту) подведена эндопетля. Эндопетля затянута. Произведена резекция части левого надпочечника с кистой (сосуды надпочечника не клипировались). Образование помещено в EndoBag и удалено из забрюшинного пространства. Контроль гемостаза и инородных тел. Забрюшинное пространство дренировано ПВХ-трубкой. Пневморетроперитонеум снят. Послойные швы на раны. Асептическая повязка.

Макропрепарат: киста 4х4х3 см, исходящая из наружного края левого надпочечника, с участком ткани надпочечника, стенка кисты 0,3 мм, содержимое – серозная жидкость.

**Дневник**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Дневник | Назначения |
| 16.03.04 | Больная готовится к операции.  Состояние больной удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.  Объективно: пульс 68 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких везикулярное дыхание, проводится во всех отделах.  Живот не вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, безболезненный. Перистальтика хорошая, перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления – без особенностей. | Режим 3, стол 15  #  Phenazepami in tab. N2  Перед сном однократно  #  Очистительная клизма на 22-00 |
| 18.03.04 | Больная переведена из отделения интенсивной терапии и реанимации.  Состояние удовлетворительное. Жалобы на головную боль, общую слабость, боль в области послеоперационных ран.  Объективно: пульс 70 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. В лёгких везикулярное дыхание.  Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается, перитонеальных симптомов нет.  Status localis: поясничная область при пальпации болезненна в области послеоперационных ран. По дренажу отходит небольшое количество серозно-геморрагического отделяемого. Признаков воспалительного процесса в области ран нет. Повязки сухие.  Газы отходят. Диурез был. | Режим 1, стол 0  #  Sol. Tramadoli 2%-1.0  В/м на 23-00 (17.03.04.), 6-00 (18.03.04.) и 15-00(18.03.04.)  #  Sol. Analgini 50%-2.0  Sol. Dimedroli 1%-1.0  В/м на 7-00, 14-00, 22-00  #  Gentamycini 0.08  В/м на 7-00, 14-00, 22-00  #  Sol. Glucosae 5%-800.0  Insulini 6 ED  Sol. Vit. B1 2.0  Sol. Vit. C 5%-5.0  В/в капельно  #  Prednisoloni 25 mg  В/м на 6-00, 12-00, 18-00, 24-00  #  Общий анализ крови на  18-00 |
| 19.03.04 | Состояние удовлетворительное. Жалобы на общую слабость, боль в области послеоперационных ран.  Объективно: пульс 66 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. В лёгких везикулярное дыхание.  Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается, перитонеальных симптомов нет.  Status localis: поясничная область при пальпации болезненна в области послеоперационных ран. По дренажу за сутки – до 20 мл серозно-геморрагического отделяемого. Признаков воспалительного процесса в области ран нет.  Стул, диурез в норме. | Режим 2, стол 1а  #  Перевязка  #  Прочие назначения – см. выше. |

**Эпикриз**

ФИО, 1966 г.р., домашний адрес:\*\*\*\*\*, находится в отделении хирургической эндокринологии 10 ГКБ с 11.03.04. Диагноз при поступлении: инсиденталома левого надпочечника без признаков гормональной активности. Клинический диагноз: основной: киста левого надпочечника. Сопутствующие: хронический пиелонефрит, стадия ремиссии. Хронический тонзиллит, стадия ремиссии.

Клинические исследования

12.03.04. Общий анализ крови: *норма*

12.03.04. Общий анализ мочи: *норма*

12.03.04.Биохимический анализ крови: *норма*

07.03.04. Реакция Вассермана – отрицательная.

12.03.04. Коагулограмма: АПТВ – 30,7 с, ПТИ – 0,97, фибриноген А – 2,44 г/л, этаноловая проба -/+.

03.03.04. ЭКГ: ЧСС 61 уд. в мин. ритм синусовый, регулярный, горизонтальное положение ЭОС.

27.02.04. КТ органов забрюшинного пространства. Заключение: образование левого надпочечника 28х34 мм, по сравнению с 2001г – отрицательная динамика, денситометрические показатели прежние.

12.03.04. УЗИ органов забрюшинного пространства. Заключение: анэхогенное образование левого надпочечника 36,3х35,9 мм.

07.07.03. УЗИ щитовидной железы. Заключение: структура и размеры железы в пределах нормы.

13.03.04. Осмотр гинеколога. Заключение: опущение стенок влагалища II степени.

12.03.04. Определение группы крови и резус-фактора: A(II)Rh+(положительная)

Амбулаторно:

20.09.03. Флюорография

8.07.03 Исследование гормонов периферической крови – норма.

Проведено лечение: 17.03.04. лапароскопическая забрюшинная резекция левого надпочечника с кистой. Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

Послеоперационный период – без особенностей.

Назначено: Режим 1, стол 0; Sol. Tramadoli 2%-1.0 В/м на 23-00 (17.03.04.), 6-00 (18.03.04.) и 15-00(18.03.04.); Sol. Analgini 50%-2.0, Sol. Dimedroli 1%-1.0 В/м на 7-00, 14-00, 22-00; Gentamycini 0.08 В/м на 7-00, 14-00, 22-00; Sol. Glucosae 5%-800.0, Insulini 6 ED, Sol. Vit. B1 2.0, Sol. Vit. C 5%-5.0 В/в капельно; Prednisoloni 25 mg В/м на 6-00, 12-00, 18-00, 24-00.

**Список использованной литературы:**

1. Надпочечники http://elancev.narod.ru
2. Лапароскопическая адреналэктомия С.И.Емельянов. http://endosur.tol.ru/esr/servlet/home?a=85
3. Latronico A.C., Chrousos G.P. Extensive personal experience: adrenocortical tumors. J Clin Endocrinol Metab 1997;82:1317—24.
4. Ross N.S., Aron D.C. Current hormonal evaluation of the patient with an incidentally discovered adrenal mass. N Engl J Med 1990;323:1401—5.
5. Adler M., Robbins R. Recent advances in the management of adrenal incidentalomas. Trends Endocrinol and Metab 1998;9:190—4.
6. Bornstein S.R., Stratakis С.A., Chrousos G.P. Adrenocortical tumors: recent advances in basic concepts and clinical management. Ann Intern Med 1999;130:759—71.
7. Thompson NW, Cheung PSY. Diagnosis and treatment of functioning and nonfunctioning adrenocortical neoplasms including incidentalomas. Surg Clin N Am. 1987;67:423–437.
8. Tyrrell JB, Aron DC, Forsham PH. Glucocorticoids and adrenal androgens. In Greenspan FS, ed. Basic and Clinical Endocrinology. 3rd edition. Norwalk, CT. Appleton and Lange, 1991. pp. 323–362.
9. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 2: диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. Диагностика эндокринных заболеваний. – Москва: Медицинская литература, 2003.
10. Петров С.В. Общая хирургия. СПб:Издательский дом «Питер», 2002. - стр.389.
11. Частная хирургия. Том 2: учебник для медицинских вузов/Под ред. Акад. РАМН проф. Ю.Л.Шевченко.- СПб: СпецЛит, 2002.- стр.149-170.