



УДК 616.45-006-007.43

## НАБЛЮДЕНИЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА ФЕОХРОМОЦИТОМЫ ПРАВОГО НАДПОЧЕЧНИКА

С. Н. Завгородний, О. С. Доля, В. П. Акиншин, М. Б. Данилюк

Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, г. Запорожье

## OBSERVATION OF SPONTANEOUS RUPTURE OF PHEOCHROMOCYTOMA RIGHT ADRENAL GLAND

S. N. Zavgorodniy, O. S. Dolya, V. P. Akynshin, M. B. Danilyuk

Феохромоцитома (хромаффиннома) — опухоль, развивающаяся из хромаффиннобластов, клеток, происходящих из гребешка нервной трубки и мигрирующих в период эмбрионального развития в периферические анатомические структуры (симпатические ганглии и параганглии, мозговое вещество надпочечников). Будучи доброкачественной катехоламинпродуцирующей опухолью, феохромоцитома наиболее часто исходит из хромаффинных клеток мозгового вещества надпочечников. Опухоли, развивающиеся из внеадренальных клеток, называют экстраадренальными — феохромоцитомы или параганглиомы, нефункционирующие образования того же генеза, независимо от локализации — хемодектомы. В популяции частота выявления феохромоцитомы 1 — 3 на 10 000 населения либо 1 на 200 000 населения. У больных при артериальной гипертензии частота обнаружения опухоли составляет 1,3%.

Наиболее часто феохромоцитому выявляют у пациентов в возрасте 20 — 50 лет, хотя в литературе описаны наблюдения таких опухолей в возрасте от 3 мес до 90 лет. Более 60% взрослых больных составляют женщины. В 85 — 90% наблюдений феохромоцитома расположена в одном надпочечнике, чаще — в правом, в 10% — отмечают двустороннее поражение надпочечников. Приводим клиническое наблюдение.

Больной Г., 61 года, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в больницу с жалобами на выраженную боль в надчревной, правой подреберной, правой боковой областях, слабость, тошноту, позывы на рвоту.

Заболел 3 сут назад, во время физической нагрузки возникла боль в надчревной и правой подреберной областях. За медицинской помощью не обращался. В связи с ухудшением состояния, усилением боли, появлением слабости, тошноты машиной скорой помощи доставлен в клинику.

У пациента диагностирована гипертоническая болезнь в течение 10 лет, антигипертензивные препараты не применяет.

Состояние больного средней тяжести, в сознании, доступен продуктивному контакту. Артериальное давление (АД) 22,7/12,0 кПа (170/90 мм рт. ст.), пульс 108 в 1 мин, при аускультации тоны сердца ослаблены, ритмичны. Функция внешнего дыхания компенсирована, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Язык влажный, чистый. Живот симметричный, участвует в дыхании. При пальпации мягкий, болезненный в надчревной, правой подреберной и правой боковой областях. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные справа. Печень не увеличена, селезенка, желчный пузырь не пальпируются. Перистальтика кишечника активная. Физические отправления в норме.

Больному проведены дополнительные исследования. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) выявлены диффузные изменения паренхимы печени, хронический панкреатит, гидроперитонеум (в брюшной полости обнаружено не более 50 мл жидкости в подпеченочном, левом поддиафрагмальном углублении и в полости малого таза). Патологические изменения мочевой системы не выявлены.

При рентгенографии органов грудной и брюшной полостей обнаружено новообразование в правом легком. В брюшной полости чаши, арки, свободный газ не выявлены.

Гастродуоденофиброскопия: хроническая язва ампулы двенадцатиперстной кишки, эритематозная гастропатия, эрозивная дуоденопатия.

Анализ крови: эритроциты  $3,3 \times 10^{12}$  в 1 л, гемоглобин 104 г/л, цветовой показатель 0,9. Лейкоцитарная формула в пределах нормы.

Учитывая клинические данные и результаты дополнительных методов исследования, больному произведена диагностическая видеолaparоскопия, в брюшной полости в отлогих местах содержалось до 500 мл лизированной крови. Печень увеличена, край закруглен, терракотовой окраски, круглая связка печени не изменена, селезенка, желчный пузырь без видимых изменений. Петли тонкого кишечника вяло перистальтируют, вис-

церальная брюшина гиперемирована. Источник кровотечения не выявлен.

По результатам видеолaparоскопии больному в неотложном порядке выполнена верхняя срединная лапаротомия. При ревизии в брюшной полости во всех отделах выявлено до 1000 мл лизированной крови. Видимые повреждения печени, селезенки не обнаружены. Осмотрены желудок, петли тонкого и толстого кишечника. По ходу брыжейки восходящей ободочной кишки определяется гематома в области париетальной брюшины, доходящая до средней трети поперечной ободочной кишки. Восходящая ободочная кишка мобилизована, в забрюшинном пространстве обнаружены обширная гематома и венозное кровотечение из поясничной мышцы. Произведена ревизия брюшной части аорты от общих подвздошных сосудов до уровня чревного ствола, повреждения не выявлены. Признаков аневризмы нет. Осмотрена нижняя полая вена, без повреждений. Рассечена паранефральная клетчатка, осмотрена правая почка, ее сосудистая ножка, повреждения не выявлены. Брюшная полость санирована. Осуществлено дренирование забрюшинного пространства, полости малого таза, поддиафрагмального углубления слева и справа, подпеченочного углубления. Забрюшинное пространство тампонируется марлевым тампоном. Дренажи и марлевый тампон выведены на переднюю брюшную стенку через отдельные контрапертуры.

Во время оперативного вмешательства АД удерживалось на уровне  $(17,3 \pm 2,0)/(8,0 \pm 1,3)$  кПа, или  $(130 \pm 15)/(60 \pm 10)$  мм рт. ст. без вазопрессорной поддержки. Частота сокращений сердца  $(110 \pm 5)$  в 1 мин.

После операции больной находился в отделении интенсивной терапии, где проводили гемостатическую, инфузионную терапию, коррекцию нарушений гемодинамики, антибактериальную терапию. АД удерживалось без вазопрессоров на уровне  $17,3/10,7$  кПа ( $130/80$  мм рт. ст.), пульс  $90 - 110$  в 1 мин, дыхание самостоятельное,  $SpO_2$  97%, диурез 1200 мл. Анализ крови после операции: эритроциты  $3,1 \times 10^{12}$  в 1 л, гемоглобин 100 г/л, цветовой показатель 0,9. Изменений в общем анализе мочи не было. Биохимический анализ крови: отмечено повышение уровня билирубина общего — до 96 мкмоль/л, прямого — до 33 мкмоль/л, креатинина — до 129 мкмоль/л, глюкозы — до 9,1 ммоль/л.

На следующие сутки после операции больному проведена компьютерная томография органов брюшной полости с контрастированием, обнаружены кровоизлияние в правый надпочечник с прорывом крови в правое забрюшинное пространство, регионарная абдоминальная лимфаденопатия, портальная гипертензия, кисты печени.

Содержание гормонов в крови: адреналина 95 нмоль/л, норадреналина 200 нмоль/л, дофа 90 нмоль/л, дофамина 460 нмоль/л.

На 3—и сутки больной переведен из отделения интенсивной терапии в палату общей хирургии, где продолжается инфузионная, антибактериальная терапия, стимуляция перистальтики кишечника.

На 13—е сутки после операции проведено УЗИ органов брюшной полости, обнаружены хронический бескаменный холецистит, хронический панкреатит, очаговое новообразование в проекции правого надпочечника, отечно-инфильтративные изменения паранефральной клетчатки справа, незначительный гидроперитонеум (в полости малого таза до 30 мл жидкости), спленомегалия.

На 14—е сутки больной оперирован повторно. Произведена релапаротомия, тупым путем большой сальник отделен от передней брюшной стенки. В брюшной полости до 100 мл серозной жидкости. Жидкостные образования не выявлены. Раскрыта паранефральная клетчатка справа, осмотрена правая почка, в области нижнего конца жидкостное образование размерами  $8 \times 6$  см (место расположения гемостатических тампонов). В забрюшинном пространстве (между верхним концом почки, висцеральной поверхностью печени и нижней полой веной), в проекции правого надпочечника выявлено образование диаметром до 5 см. Во время выделения правого надпочечника травмирована стенка образования, под давлением вылилось до 50 мл венозной крови. При дальнейшей ревизии обнаружены кистозные изменения надпочечника. Выделена центральная вена надпочечника, на которую наложен зажим, перевязана, гемостаз стойкий.

Учитывая инфилтративные изменения в области паранефральной клетчатки, правый надпочечник удален фрагментарно. Гемостаз стойкий. Брюшная полость санирована, установлены дренажи в область правого надпочечника и полость малого таза, которые выведены через отдельные контрапертуры на переднюю брюшную стенку. Рана послойно зашита.

В начале операции АД составляло  $20,0/12,0$  кПа ( $150/90$  мм рт. ст.), пульс 85 в 1 мин; на этапе ревизии брюшной полости и забрюшинного пространства —  $17,3/9,4$  кПа ( $130/70$  мм рт. ст.), пульс 90 в 1 мин; при перерезании центральной вены надпочечника и удалении феохромоцитомы АД снизилось до  $12,0/8,0$  кПа ( $90/60$  мм рт. ст.), пульс 95 в 1 мин. На этапе зашивания брюшной полости АД стабилизировалось —  $20,0/10,7$  кПа ( $150/80$  мм рт. ст.), пульс 90 в 1 мин.

Течение послеоперационного периода без осложнений. Больному проведена консервативная терапия. АД сохранялось на уровне  $17,3/10,7$  кПа ( $130/80$  мм рт. ст.) без антигипертензивной терапии.

Заключение гистологического исследования: феохромоцитома надпочечника, дисконкомплекс мозговой вариант, с обширным некрозом, кровоизлиянием и крупной гематомой.

Общая длительность лечения в стационаре составила 30 дней. Контрольное УЗИ перед выпиской: признаки хронического бескаменного холецистита, спленомегалия.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения по месту жительства.

Кровотечение при разрыве феохромоцитомы является редким осложнением заболевания.

Наблюдение поучительно для врачей общехирургических отделений, оказывающих неотложную помощь пациентам по поводу заболеваний органов брюшной полости.

Удаление правого надпочечника у пациентов при избыточной массе тела с применением лапаротомного доступа вызывает затруднения даже у хирургов, часто

выполняющих адреналэктомию. Поэтому правильным выбором окончания операции для остановки кровотечения из надпочечника является тугое тампонирование забрюшинного пространства. После стабилизации состояния больного опытный хирург должен выполнить патогенетически обоснованную операцию — адреналэктомию.

