

М. И. Неймарк, А. А. Пантюшин, Э. В. Жабин, М. В. Варварин, Р. В. Киселев
 Алтайский Государственный Медицинский Университет

ОСТРАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОСЛЕ РЕТРОПЕРИТОНЕОВИДЕОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ «НЕМОЙ» ФЕОХРОМОЦИТОМЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Представлено клиническое наблюдение течения раннего послеоперационного периода с клиническими проявлениями острой надпочечниковой недостаточности после адреналэктомии по поводу «немой» феохромоцитомы.

Ключевые слова: феохромоцитома, адреналэктомия, острая надпочечниковая недостаточность.

Среди общего количества инциденталом надпочечников в 6% в действительности имеют место «немые» феохромоцитомы, которые клинически себя проявляют только во время и после адреналэктомии. Приводим собственное наблюдение.

Пациентка К. 27 лет, госпитализирована в хирургическое отделение НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД» для операции по поводу гормонально-неактивной аденомы левого надпочечника. Жалобы на момент поступления отсутствовали. Опухоль обнаружена случайно. В анамнезе нейрофиброматоз (оперирована по поводу невриномы средостения), ВПС (пролапс митрального клапана легкой степени). МСКТ (2009 г.): объемное образование в проекции левого надпочечника размером 27×21 мм неоднородной плотности. МРТ (2012 г.): объемное образование в проекции левого надпочечника размером 42×27 мм, гипо- и гиперинтенсивного МР-сигнала. Гормональный статус: кортизол – 530 нмоль/л (150–660); АКТГ – 6,7 пг/мл (7,9–66,1); альдостерон – 150 пг/мл (65–300), адреналин – 33 пг/мл (25–50); норадреналин – 1,5 нмоль/мл (0,09–1,8). Результаты стандартных клинических, биохимических и функциональных тестов в пределах референтных значений. Противопоказаний для хирургического лечения в плановом порядке терапевтом не установлено.

На следующий день после поступления в стационар произведена ретроперитонеовидеоскопическая адреналэктомия. Стандартная премедикация накануне: фенотезам 1 мг перорально (вечер, утро). Премедикация на столе: фентанил 0,1 мг внутривенно. Индукция: тиопентал натрия 500 мг, базисное обезболивание – ТВВА на основе пропофола. За время анестезии введено: фентанил 0,6 мг, пропофол 1000 мг, тракриум 150 мг. Респираторная поддержка аппаратом Datex-Ohmeda S/5 Aespire в режиме VC-CMV. Параметры: Vt – 380 мл, f – 17/мин, РЕЕР – 5 см H₂O, FiO₂ – 0,3. Инфузия: стерофундин 500 мл, 0,9% NaCl 500 мл. Кровопотеря – 50 мл, длительность

операции 115 мин. Клипирование центральной вены надпочечника через 20 минут от начала операции. Течение анестезии, начиная с выделения надпочечника: гемодинамика – склонность к тахикардии, АД – 120/70–130/80 мм рт. ст. При визуализации надпочечника макроскопическая картина феохромоцитомы, которая впоследствии подтверждена гистологически.

При поступлении в реанимационное отделение гемодинамическая картина прежняя. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 140/мин; единичная желудочковая экстрасистола. Гемоглобин – 151 г/л, гематокрит – 0,48. Экстубация через 2 часа. Назначены: глюкоза 5% – 500мл, 0,9% NaCl – 500 мл, преднизолон – 75 мг, кеторол – 60 мг. Через 6 часов гипотония (АД 75/50 мм рт. ст.), добавлен стабизол – 500 мл. Через 4 часа динамика отрицательная, нарастали явления левожелудочковой недостаточности, гипотония (АД 70/40 мм рт. ст.), одышка – ЧДЭ-30, гипоксия – SaO₂ 80–75%. Аускультативно крупнопузырчатые хрипы диффузно. Акроцианоз, гипергидроз, угнетение сознания. Решено начать ИВЛ. Во время интубации в просвете трахеи отмечалась белая пенная мокрота. Респираторная поддержка аппаратом BEAR в режиме PC-CMV. Параметры: PS – 20 см H₂O, FiO₂ – 0,7, РЕЕР – 9 см H₂O, f=18, I:E=1: 2, SaO₂ 90–89%. Рентген-контроль: признаки отека легких. Назначены: дексаметазон 12 мг, лазикс 30 мг, этиловый спирт 33% – 10,0 мл в/в, дофамин через перфузор 5 мкг/кг/мин, норадреналин через перфузор 3 мг/час. АД – 110/65 мм рт. ст., ЧСС – 116–118/мин. Маркеры кардиального повреждения: миоглобин ++, СК-МВ +, тропонин +. Диурез – 50 мл/час. Гипертермия до 38°C.

Первые сутки после операции. Респираторная поддержка в режиме PC-SIMV. Параметры: PS – 10 см H₂O, FiO₂ – 0,4, РЕЕР – 6 см H₂O, f=18, I:E=1: 2, SaO₂ 98–99%. ЭКГ: синусовая тахикардия с

урежением ЧСС до 104, экстрасистол нет. Рентгенологически: положительная динамика. АД – 105/65–95/60 мм рт. ст., ЧСС – 104–110/мин. Диурез – 50 мл/час. Гипертермия – 37,5–37,8°C. Кровь: глюкоза – 7,1 ммоль/л, калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 143 ммоль/л. Маркеры кардиального повреждения: тропонин +, миоглобин – отриц., СК-МВ – отриц., кардиальный тип БСЖК +. Назначены: норадреналин 3 мг/час, дофамин 5 мкг/кг/мин, роцефин 2,0, лазикс 30 мг, преднизолон 100 мг, стерофундин 500 мл, контролок 40 мг, дигоксин 375 мкг. Вечером прекращена ИВЛ.

Вторые сутки после операции. Жалобы на выраженную слабость. ЭКГ: сохраняется синусовая тахикардия, ЧСС – 114/мин, отклонение ЭОС вправо, сохраняется нагрузка на правое предсердие, ухудшение внутрижелудочковой проводимости, процессы реполяризации без отрицательной динамики. Рентгенологически: пневматизация улучшилась, легкие расправлены, без очаговых изменений. ЭхоКГ – ФВ 47%, дискинезия базального задне-перегородочного сегмента, гипокинез среднего и верхушечного задне-перегородочных сегментов ЛЖ. Умеренное снижение глобальной сократимости ЛЖ. ЧДЭ – 22–24/мин, SaO₂ 95–96%. АД – 120/70–110/60 мм рт. ст., ЧСС – 98–108/мин. Диурез – 30 мл/час. Субфебрилитет – 37,2–37,40С. Кровь: глюкоза – 5,3 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, АСТ – 67 ЕД/л, АЛТ – 67 ЕД/л. Моча: ацетон +++, кортизол – 670 нмоль/л. Лечение в прежнем объеме.

Третьи сутки после операции. Жалобы прежние. ЭКГ: сохраняется синусовая тахикардия, ЧСС – 109/мин, сохраняется нагрузка на правое предсердие, тенденция к ухудшению процессов реполяризации ниже-боковых отделов левого желудочка. ЧДЭ – 18–19/мин, SaO₂ 96–97%. АД – 110/70–100/60 мм рт. ст., ЧСС – 104–112/мин. Диурез – 30 мл/час. Температура нормальная. Кровь: глюкоза – 5,8 ммоль/л, калий – 3,9 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, АСТ – 60 ЕД/л, АЛТ – 70 ЕД/л. Моча: ацетон +++++. Консилиум с участием эндокринолога. Высказано предположение о наличии острой надпочечниковой недостаточности. К лечению добавлен Кортинеф 0,1 x 2.

На 4–5 сутки клиническая картина, функциональные и лабораторные тесты без динамики. Лечение в прежнем объеме.

Шестые сутки после операции. Жалоб не предъявляет. ЭКГ: синусовый ритм, урежение до 68, уменьшилась нагрузка на правое предсердие, тенденция к ухудшению реполяризации переднеперегородочной и верхнебоковой областей ле-

вого желудочка. Рентгенологически: легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных изменений, синусы свободные, динамика положительная. ЭхоКГ – ФВ 72%, пролапс митрального клапана легкой степени, незначительное количество жидкости в перикарде. Прекращена инфузия вазопрессоров. ЧДЭ – 18–19/мин, SaO₂ 97–98%. АД – 100/70–90/60 мм рт. ст., ЧСС – 68–76/мин. Диурез – 50 мл/час. Температура нормальная. Кровь: глюкоза – 5,30 ммоль/л, калий – 3,4 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, АСТ – 33 ЕД/л, АЛТ – 47 ЕД/л. Моча: ацетон – отриц., кортизол – 271 нмоль/л. На 7-е сутки переведена в хирургическое отделение. На 13-е сутки выписана из стационара с поддерживающим приемом кортинефа 0,1/сутки, с контролем через месяц.

Ранний послеоперационный период у больных, перенесших хирургическое вмешательство по поводу феохромоцитомы, характеризуется нестабильностью гемодинамики. Часто развивается глубокая гипотония. Причины ее полиэтиологичны: снижение периферического сосудистого сопротивления, уменьшение концентрации катехоламинов в крови, относительная гиповолемия, надпочечниковая недостаточность. Последняя, как правило, развивается после двусторонней адреналэктомии или удаления кортикостеромы. (Калинин А. П., 1987; Харрисон Т. Р., 1997). В приводимом клиническом наблюдении обращает внимание несколько атипичное течение периоперационного периода у больной с феохромоцитомой. Во-первых, отсутствие какой-либо гипертензионной реакции в ходе оперативного вмешательства, даже при манипуляции на надпочечнике, отсутствие «реакции АД» на клипирование вены надпочечника. Во-вторых, гипотония сопровождалась клиникой повреждения миокарда (цитолитический синдром, эхокардиографическая верификация гипокинеза миокарда, положительные маркеры миокардиального повреждения), что не типично для пациентки молодого возраста. В-третьих, отсутствие диспептических, абдоминальных симптомов, гипогликемии и электролитных нарушений, характерных для аддисонического криза, отсутствие корреляции между тяжестью течения гипoadrenalового криза и концентрацией кортизола в крови. Первые два «пункта» возможно связаны с наличием у пациентки врожденного порока сердца, последний – подтверждает имеющиеся данные, согласно которым основное значение в патогенезе гипoadrenalового криза имеет минералокортикоидная недостаточность. Именно после назначения флюдокортизона (глюкокортикостероида с наибольшей минералокортикоидной активностью) удалось быстро стабилизировать состояние больной.

Примечание редакции: развившиеся после адреналэктомии, произведенной по поводу «немой» феохромоцитомы, сердечно-сосудистые нарушения нельзя объяснить острой надпочечниковой недостаточностью. Они вызваны специфическими изменениями после удаления феохромоцитомы и требуют, прежде всего, устранения гиповолемии за счет введения кровезаменяющих растворов или эритроцитарной массы.

Стаття надійшла до редакції: 15.08.2013

М. І. Неймарк, А. А. Пантюшин, З. В. Жабін, М. В. Варварін, Р. В. Кисельов
Алтайський Державний Медичний Університет

ГОСТРА НАДНИРКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ ПІСЛЯ РЕТРОПЕРИТОНЕОВІДЕОСКОПІЧНОЇ АДРЕНАЛЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ «НЕМОЇ» ФЕОХРОМОЦИТОМИ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Представлено клінічне спостереження перебігу раннього післяопераційного періоду з клінічними проявами гострої надниркової недостатності після адrenaлeктомії з приводу «немої» феохромоцитомі.

Ключові слова: феохромоцитома, адrenaлeктомія, гостра надниркова недостатність.

M. I. Neymark, A. A. Pantyushin, Z. V. Zhabin, M. V. Varvarin, R. V. Kiselyov
Altai State Medical University

ACUTE ADRENAL FAILURE AFTER RETROPERITONEOVideoscopic ADRENALECTOMY IN THE CASE ASYMPTOMATIC PHEOCHROMOCYTOMA (CLINICAL SUPERVISION)

Provides the clinical observation of the flow of the early postoperative period with clinical manifestations of acute adrenal failure after adrenalectomy about «dumb» pheochromocytoma.

Keywords: pheochromocytoma, adrenalectomy, acute adrenal failure.