

УДК 616.453-003.2.03

О.О. Підмурняк, Л.І. Мукомела

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АЛЬДОСТЕРОМИ***Хмельницька обласна лікарня, Хмельницький*

Широке впровадження у клінічну й амбулаторну діагностику таких методів, як КТ, МРТ, УЗД, докорінно змінило уявлення лікарів про рідкісність пухлинного ураження надниркових залоз. За результатами КТ і МРТ частота виявлення пухлинних утворень розміром понад 0,5 см у надниркових залозах складає 1–2%, за даними аутопсії — 6% [4]. Звертає на себе увагу віковий склад контингенту: пацієнтів віком до 20 років реєструється до 25%, 21–40 років — 32%, 41–60 років — 28%, понад 60 років — 15%, тобто дана патологія притаманна особам молодшого віку [2].

Серед пухлин надниркових залоз близько 7% складає альдостерома. Остання найчастіше з ендокринних чинників викликає артеріальну гіпертензію (АГ). Її поширеність становить близько 6–10% серед хворих на АГ. Вперше типову картину альдостеронізму за наявності аденоми кори надниркової залози та гіпокаліємії описав Кон 1955 року.

Лікування аденом надниркових залоз з ознаками гіперпродукції альдостерону є винятково хірургічним. Натомість надниркові залози традиційно відносять до «незручних» для хірургів органів, що обумовлено їхнім анатомічним розташуванням і нижньою паренхіматозною структурою залоз. Лише 1927 року Ру і Мейо описали першу відкриту адреналектомію трансабдомінальним доступом, а 1992 року Ганье з колегами сповістили про виконання перших лапароскопічних адреналектомій у пацієнтів із синдромом Кушинга та феохромоцитомою [1]. Запропонований доступ швидко завоював багато прихильників, і через кілька років метод було визнано «золотим стандартом» у лікуванні практично всіх доброякісних новоутворень надниркових залоз [3, 5, 6].

Наводимо витяг з історії хвороби.

Хвора С. звернулася до урологічного відділення Хмельницької обласної лікарні зі скаргами на підйом артеріального тиску до 200–210/100–120 мм рт. ст. З анамнезу відомо, що вважає себе хворою з 17.01.2010 року, коли вранці відчула сильний головний біль, нудоту, підйом артеріального тиску до

180/120 мм рт. ст. За результатами СКТ органів заочеревинного простору у ділянці лівої надниркової залози визначено гіподенсивне неоднорідне утворення розміром 18 x 12 мм (23–10 од. Н) із відносно чітким контуром. Результати лабораторного обстеження: розгорнутий аналіз крові, аналіз сечі — патологічних змін не виявлено; біохімічний аналіз крові: калій — 2,97 ммоль/л, холестерин — 5,72 ммоль/л, сечовина — 3,8 ммоль/л, креатинін — 56 мкмоль/л, сечова кислота — 276 мкмоль/л; вміст альдостерону у крові — 352,35 нг/дл, загальних метанефринів — 76,9 мкг/добу. Встановлено діагноз: первинний гіперальдостеронізм, пухлина лівої надниркової залози. Хворій рекомендовано хірургічне лікування — лапароскопічна адреналектомія ліворуч.

Під ендотрахеальним наркозом хворій виконано лапароскопічну лівобічну адреналектомію. Тривалість оперативного втручання склала 140 хв., інтраопераційна крововтрата — 150 мл. Гістологічне дослідження виконано в Державному патологоанатомічному центрі України 24.03.2010 р., висновок: світлоклітинна (спонгіоцитарна) аденома кори надниркової залози з невисокою мітотичною активністю пухлинних клітин, осередковим помірним ядерним поліморфізмом.

Поопераційний період перебігав без ускладнень. На 4-у добу хвору у задовільному стані виписано додому. Рекомендовано продовжити антибактеріальну терапію протягом 3 діб, контролювати артеріальний тиск, повторити аналіз крові на альдостерон, ренін, калій.

За результатами повторного обстеження через місяць після оперативного втручання стан хворої задовільний, АТ у межах від 120/80 мм рт. ст. до 150/90 мм рт. ст. Концентрація альдостерону у крові — 240 нг/дл, калію — 3,5 ммоль/л.

**ВИСНОВКИ**

1. Сучасна медична наука переконливо демонструє можливість ефективної клініко-лабораторної й інструментальної діагностики ендокринних при-

чин артеріальної гіпертензії, в основі яких лежать гормонально активні пухлини.

2. Поширеність таких форм артеріальної гіпертензії є дуже високою — приблизно у 10% пацієнтів зі стабільною гіпертензією.

3. Сучасна технологія хірургічного лікування, насамперед лапароскопічні методи адреналектомій, дозволяє швидко й безпечно досягти бажаного ефекту.

4. Переваги лапароскопічного методу полягають у скороченні терміну одужання, перебування у стаціонарі, частоти ускладнень, зниженні витрат на лікування, поліпшенні загального самопочуття після операції та якості життя пацієнтів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Грубнік В.В., Льяшенко В.В., Полтавець С.В. Порівняння досвіду виконання ендоскопічних і відкритих адреналектомій // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2004. — № 4(9). — С. 46–48.
2. Кваченюк А.М., Комісаренко І.В., Рибаків С.И., Коваленко К.В. Тактика ведення хворих з пухлинами надниркових залоз // Матеріали VII з'їзду ендокринологів України. — Київ, 15–18 травня 2007 р. — С. 102.
3. Махортова Г.Г. Выбор оперативного доступа и результаты хирургического лечения больных с опухолями надпочечников // Международный эндокринологический журнал. — 2008. — № 5(17). — С.234–239.
4. Черенько С.М. Артериальная гипертензия и опухоли надпочечников // 100 избранных лекций по эндокринологии. Под редакцией Ю.И. Караченцева, А.В. Казакова, Н.А. Кравчун, И.М. Ильиной. — Харьков, 2009. — С. 925–933.
5. Bergamini G., Borelli A., Lassing R., Manca G., Presenti L., Borelli D. Videolaparoscopic adrenalectomy in Conn syndrome. Analysis of 39 case observations // Chir. — 2003. — Vol.24, № 6–7. — P. 221–224.
6. Guazzoni G., Cestari A., Montorsi F., Bellinzoni P., Centemero A., Naspro R., Salonia A., Rigatti P. Laparoscopic treatment of adrenal diseases: 10 years on // BJU Int. — 2004. — Vol.93, № 2. — P. 221–227.

#### РЕЗЮМЕ

##### Клинический случай альдостеромы О.О. Пидмурняк, Л.И. Мукомела

В статье приведен пример ранней диагностики опухоли коркового вещества надпочечника — альдостеромы, которая стала причиной артериальной гипертензии. После установления диагноза больной выполнена операция — лапароскопическая адреналэктомия слева. Обнаружена светлоклеточная (спонгиозитарная) аденома коры надпочечника с невысокой митотической активностью опухолевых клеток, очаговым умеренным ядерным полиморфизмом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Сделан вывод, что лапароскопическая адреналэктомия позволяет быстро и безопасно лечить таких пациентов.

**Ключевые слова:** надпочечники, альдостерома, лапароскопическая хирургия.

#### SUMMARY

##### A case study of aldosteroma O. Pidmurnyak, L. Mukomela

This article describes a case of early diagnostics of adrenal tumor — aldosteroma which caused arterial hypertension. After diagnostics the laparoscopic adrenalectomy was performed. Histological findings — clear cell adenoma of cortex with low mitotic activity. No postoperative complication was found. Received experience gave us opportunity to claim that contemporary medicine gives a possibility of early clinic-laboratory and tool diagnostics arterial hypertension caused endocrine disorders. Modern technology like laparoscopic adrenalectomy gave us opportunity to reach a desirable result quick and safety.

**Key words:** adrenals, aldosteroma, laparoscopic surgery.

Дата надходження до редакції 19.08.2010 р.