

## Условие ситуационной задачи №22

### Ситуация

Пациентка 33 лет госпитализирована в отделение эндокринологии по направлению из районной поликлиники

### Жалобы

На эпизодически возникающее повышение АД до 140/90 мм.рт.ст, сопровождающееся головной болью, общей слабостью, на ноющую боль в правой подреберной области

### Анамнез заболевания

В течение последних 4-х лет страдает артериальной гипертензией. На фоне терапии Нолипрелом артериальное давление находится на целевом уровне. 2 недели назад в связи с появлением ноющей боли в правом подреберье выполнено УЗИ органов брюшной полости, во время которого выявлена опухоль в проекции правого надпочечника около 9 см в диаметре. Гормонального исследования не проводили. По направлению районного эндокринолога госпитализирована в эндокринологическое отделение многопрофильного стационара

### Анамнез жизни

Не работает. Домохозяйка. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций на медикаменты не испытывает. Профессиональные вредности отрицает. Перенесенные заболевания: острые респираторные заболевания, детские инфекции. Сопутствующие заболевания: Ожирение 2 ст. Гипертоническая болезнь 2 ст. Ретикулярное варикозное расширение вен обеих ног. Хронический гастрит. Наличие среди ближайших родственников лиц, страдавших онкологическими, эндокринными заболеваниями, туберкулезом отрицает. В возрасте 20 и 23 лет родила здоровых детей путем кесарева сечения. Проблем с зачатием и вынашиванием детей не было. Диспансерные осмотры не проходила.

### Объективный статус

## Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Масса тела 110 кг, рост 168 см. ИМТ = 39 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров обычной окраски и влажности, чистый. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Периферических отеков нет. Видимые слизистые розовые. Щитовидная железа: не увеличена, узловые образования не пальпируются. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Молочные железы развиты по женскому типу, выделений из сосков нет, при пальпации узловые образования не определяются. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Пульс на обеих руках ритмичный, удовлетворительного наполнения, 78 уд/ мин. Периферических отеков нет. АД-120/80 мм.рт.ст. на обеих руках. Язык влажный, не обложен. Поверхностная и глубокая пальпация живота безболезненна во всех отделах. Послеоперационный рубец после лапаротомии по Пфанненштилю без особенностей. Дефектов в апоневрозе передней брюшной стенки нет. Печень перкуторно не увеличена. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Дизурии нет.

## Вопросы

### 1. Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

- проведение малой дексаметазоновой пробы [Обоснование](#)
- определение уровня метанефринов [Обоснование](#)
- определение уровня ТТГ
- определение уровня свободного Т4
- исследование уровня электролитов в биохимическом анализе крови
- проведение анализа мочи по Зимницкому

### Результаты лабораторных методов обследования:

Проведение малой дексаметазоновой пробы:

ММ 5 ТГ 0,50 (110 (110)

**Результаты лабораторных методов обследования:**

Проведение малой дексаметазоновой пробы:

Малая дексаметазоновая проба: Кортизол 250 нмоль/л (119-618), после приема 1 мг дексаметазона: Кортизол - 45 нмоль/л (11 9-618)

Определение уровня метанефринов:

Метанефрин 87 мкг/сут (<320), норметанефрин 186 мкг/сут (< 390)

**2. Выберите наиболее точный и информативный метод исследования для постановки диагноза**

- компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием [Обоснование](#)
- сцинтиграфия надпочечников с MIBG-I123
- динамическая сцинтиграфия почек
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

**Результаты обследования:**

Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием:

В проекции правого надпочечника определяется объемное образование больших размеров 7.9 x 8.6 см с ровным четким контуром, округлой формы, неомогенной структуры, плотностью до 40 ед.Н до контрастирования, усиливающееся до 56 ед.Н в портальной фазе. Компримирующее и оттесняющее прилежащие органы - печень, правую почку.

Печень не увеличена, паренхима гомогенной структуры, 45 ед. Н, сосудистый рисунок дифференцируется. Внутривенные желчные протоки не расширены. Селезенка не изменена, 41 ед.Н, гомогенной структуры. Поджелудочная железа обычной формы, положения, имеет дольчатое строение, парапанкреатическая клетчатка сохранена. Желчный пузырь обычной формы, не увеличен, содержимое гомогенно. Почки обычной формы, размеров, сосудистые ножки и паранефральная клетчатка дифференцируются. правый яичник имеет поликистозную структуру, размер до 3.5 см. левый яичник не визуализируется.

Заключение: КТ-признаки объемного образования больших размеров в проекции



Метанефрин 87 мкг/сут (<320), норметанефрин 186 мкг/сут (< 390)



## 2. Выберите наиболее точный и информативный метод исследования для постановки диагноза

- компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием [Обоснование](#)
- сцинтиграфия надпочечников с MIBG-I123
- динамическая сцинтиграфия почек
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

### Результаты обследования:

Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием:

В проекции правого надпочечника определяется объемное образование больших размеров 7.9 x 8.6 см с ровным четким контуром, округлой формы, неомогенной структуры, плотностью до 40 ед.Н до контрастирования, усиливающееся до 56 ед.Н в портальной фазе. Компримирующее и оттесняющее прилежащие органы - печень, правую почку.

Печень не увеличена, паренхима гомогенной структуры, 45 ед. Н, сосудистый рисунок дифференцируется. Внутривенные желчные протоки не расширены. Селезенка не изменена, 41 ед.Н, гомогенной структуры. Поджелудочная железа обычной формы, положения, имеет дольчатое строение, парапанкреатическая клетчатка сохранена. Желчный пузырь обычной формы, не увеличен, содержимое гомогенно. Почки обычной формы, размеров, сосудистые ножки и паранефральная клетчатка дифференцируются. правый яичник имеет поликистозную структуру, размер до 3.5 см. левый яичник не визуализируется.

Заключение: КТ-признаки объемного образования больших размеров в проекции правого надпочечника



## 3. Предполагаемым основным диагнозом у пациентки является





### 3. Предполагаемым основным диагнозом у пациентки является

- Гормональнонеактивный адренкортикальный рак правого надпочечника [Обоснование](#)
- Кортикостерома (инциденталома) правого надпочечника
- Неосложненная киста правого надпочечника
- Феохромоцитома правого надпочечника

#### Диагноз:

Гормональнонеактивный адренкортикальный рак правого надпочечника



### 4. Необходимым дополнительным лабораторным методом исследования является

- определение альдостерон/ренинового соотношения [Обоснование](#)
- проба Реберга
- большая дексаметазоновая проба
- определение АКТГ



### 5. Выберите дополнительные инструментальные методы исследования, позволяющие провести стадирование опухолевого процесса (выберите 2)

- компьютерная томография органов грудной клетки [Обоснование](#)
- сцинтиграфия костей [Обоснование](#)
- рентгенография органов грудной клетки
- денситометрия костной ткани

ЗАБЫТЬ

ПОДАРИТЬ

ПРОДАТЬ

TELE2





• определение АКГП



**5. Выберите дополнительные инструментальные методы исследования, позволяющие провести стадирование опухолевого процесса (выберите 2)**

- компьютерная томография органов грудной клетки [Обоснование](#)
- сцинтиграфия костей [Обоснование](#)
- рентгенография органов грудной клетки
- денситометрия костной ткани
- эндосонография поджелудочной железы
- УЗИ матки с придатками

**Результаты дополнительных инструментальных методов обследования:**

Компьютерная томография органов грудной клетки:

В субплевральных отделах легких определяются участки фиброза. Пневматизация и васкуляризация легочной ткани не изменена. В нижней доле правого легкого перибронхиально визуализируются структуры типа «дерево с почками». Жидкости в плевральных полостях нет. Трахея и крупные бронхи свободно проходимы, визуализируются множественные цилиндрические бронхоэктазы, наиболее многочисленные в нижней доле правого легкого. Лимфатические узлы средостения не увеличены. Аорта, легочный ствол и их ветви не расширены. Листки перикарда тонкие, жидкости в полости перикарда нет. Кальцинаты в стенках коронарных артерий.

Заключение: Диффузный бронхит с бронхоэктазами, бронхиолит

Сцинтиграфия костей:

Заключение: очагов повышенного накопления РФП в костной ткани не обнаружено



**6. Биопсия опухоли надпочечника необходима, если**



**7. Возможным жизнеугрожающим осложнением у данной пациентки является**



## 6. Биопсия опухоли надпочечника необходима, если

- возникает подозрение на метастатическое поражение надпочечника [Обоснование](#)
- образование в надпочечнике обнаружено случайно при обследовании
- есть подозрение на феохромоцитому
- опухоль гормонально не активна



## 7. Возможным жизнеугрожающим осложнением у данной пациентки является

- острая надпочечниковая недостаточность [Обоснование](#)
- почечная недостаточность
- симпатoadреналовый криз
- гипогликемическая кома



## 8. С целью профилактики тромбозэмболических осложнений в дооперационном и послеоперационном периодах целесообразно использовать

- эноксапарин [Обоснование](#)
- аспирин
- варфарин
- дабигатран



## 9. Методом выбора для оперативного лечения данной пациентки является





### 9. Методом выбора для оперативного лечения данной пациентки является

- лапаротомия, правосторонняя адреналэктомия с аортокавальной лимфаденэктомией [Обоснование](#)
- правосторонняя адреналэктомия с аортокавальной лимфаденэктомией из торакофрентомного доступа
- лапароскопическая правосторонняя адреналэктомия с аортокавальной лимфаденэктомией
- лумботомия, правосторонняя адреналэктомия с аортокавальной лимфаденэктомией



### 10. С учетом данных полученных при патогистологическом исследовании Вы выполнили R0 резекцию и поставили пациентке диагноз адренокортикальный рак правого надпочечника с низким потенциалом злокачественности без прорастания фиброзной капсулы опухоли и сосудистой инвазии T2N0M0. Ki67% - 5%. В данной ситуации Вы рекомендуете

- динамическое наблюдение 1 раз в 3 месяца [Обоснование](#)
- проведение иммунотерапии интерфероном
- проведение лучевой терапии на область удаленной опухоли
- пожизненную заместительную терапию глюкокортикоидными гормонами



### 11. В случае развития местного рецидива опухоли, следует предпринять

- повторное хирургическое лечение [Обоснование](#)
- усиление химиотерапии
- лучевую терапию
- фотодинамическую терапию







**10. С учетом данных полученных при патогистологическом исследовании Вы выполнили R0 резекцию и поставили пациентке диагноз адренокортикальный рак правого надпочечника с низким потенциалом злокачественности без прорастания фиброзной капсулы опухоли и сосудистой инвазии T2N0M0. Ki67% - 5%. В данной ситуации Вы рекомендуете**

- динамическое наблюдение 1 раз в 3 месяца [Обоснование](#)
- проведение иммунотерапии интерфероном
- проведение лучевой терапии на область удаленной опухоли
- пожизненную заместительную терапию глюкокортикоидными гормонами



**11. В случае развития местного рецидива опухоли, следует предпринять**

- повторное хирургическое лечение [Обоснование](#)
- усиление химиотерапии
- лучевую терапию
- фотодинамическую терапию



**12. При адренокортикальном раке показано назначение дистанционной лучевой терапии**

- в случае метастатического поражения костей и головного мозга [Обоснование](#)
- в предоперационном периоде
- интраоперационно в случае инвазии в капсулу почки
- в случае местного рецидива опухоли

