

СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЭКТОПИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ АДРЕНКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА НА ПОЧВЕ РАКА БРОНХА ПРАВОГО ЛЕГКОГО

Привалов В. А., Сергийко С. В., Тюльганова В. Л., Соколова Л. В.

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, РФ
mrc74@list.ru*

Впервые симптом эктопической продукции андренкортикотропного гормона (АКТГ) был описан в 1928 г. W. H. Brown, который наблюдал у больного раком легкого клиническую картину гиперкортицизма, характерную для повышенной активности коры надпочечников. Причиной эндогенного гиперкортицизма в 4–15 % наблюдений является синдром эктопической продукции АКТГ (или кортикотропин-релизинг гормона, КРГ), который может возникать при новообразованиях легких, щитовидной железы, поджелудочной железы, средостения и реже — при карциноидных опухолях надпочечников, матки, яичников, предстательной железы и толстой кишки (И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, 2012).

Источник эктопической продукции АКТГ при жизни установить, как правило, не удается. По данным Р. С. Харнаса (2010) такая ситуация наблюдается в 12,5 % случаев.

В последние годы с внедрением современных визуализирующих методов исследования (компьютерная, магниторезонансная, мультиспиральная компьютерная томография) возможности диагностики источника АКТГ-эктопированного синдрома улучшились, однако ранняя диагностика его остается чрезвычайно затруднительной. Приводим случай из нашей практики.

Больная Г., 58 лет. Госпитализирована в эндокринологическое отделение клини-

ки общей хирургии Южно-Уральского государственного медицинского университета 12.09.2011 г. в крайне тяжелом состоянии с диагнозом эндогенный гиперкортицизм, прогрессирующее течение. При поступлении жалобы на резкую общую слабость, адинамию, невозможность передвигаться, отеки нижних конечностей, снижение аппетита и веса тела, жажду.

В течение нескольких лет отмечает повышение артериального давления с неоднократными гипертоническими кризами. Кризы участились в 2001 году, по поводу которых трижды находилась в кардиологическом отделении. После купирования кризов артериальное давление, как правило, сохранялось в пределах нормальных цифр.

В апреле 2011 г. выявлен сахарный диабет 2 типа, получала сахароснижающие препараты.

При одной из очередных госпитализаций по поводу гипертонического криза 30.07.2011 с помощью ультразвукового исследования выявлена опухоль правого надпочечника, которая подтверждена при магниторезонансной томографии брюшной полости, а также установлена гиперплазия левого надпочечника. При гормональных исследованиях определялись высокие цифры АКТГ и кортизола в крови. Заподозрен АКТГ-эктопированный синдром, и для дообследования больная госпитализирована в эндокринологическое отделение.

В условиях стационара установлено, что

имеет место прогрессирующая клиника эндогенного гиперкортицизма с изменением внешности и телосложения по кушингоидному типу (лунообразное лицо, перераспределение жировой клетчатки, стрии брюшной стенки, похудание конечностей, наличие стероидного диабета). Отмечалась резко выраженная анемия, гипопроteinемия, снижение уровня калия крови (> 2 ммоль/л), гипергликемия.

При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) грудной клетки и брюшной полости в паренхиме легких обнаружены множественные гиперденсные участки неправильно-округлой формы диаметром от 4 мм до 15 мм, с неровными контурами, неоднородной, многоузловой структуры (рис. 1).

Справа в четвертом сегменте (S4) средней доли, уменьшенной в объеме, определяется участок консолидации легочной ткани, неправильной формы, на фоне которого прослеживается сегментарный и субсегментар-

ные бронхи с утолщенными стенками. На этом уровне междолевая плевра утолщена.

Легочный рисунок диффузно усилен за счет сосудистого и интерстициального компонентов (рис. 2).

Бронхи 1–3-го порядка проходимы, просвет их обычный, диаметр не изменен. Умеренно, до 10 мм, увеличены лимфоузлы бронхопультмональной группы справа. Сердце и крупные сосуды без патологических изменений.

В проекции обоих надпочечников определяются изоденсные объемные образования неправильной формы, размерами: справа — 53×36 мм, слева — 47×22 мм, неоднородной структуры, с нечеткими, неровными контурами (рис. 3).

Образование правого надпочечника интимно прилежит к нижней полой вене и компримирует ее (рис. 4).

Заключение: перибронхиальная форма рака правого легкого (S4). КТ-признаки распространенного метастатического пора-

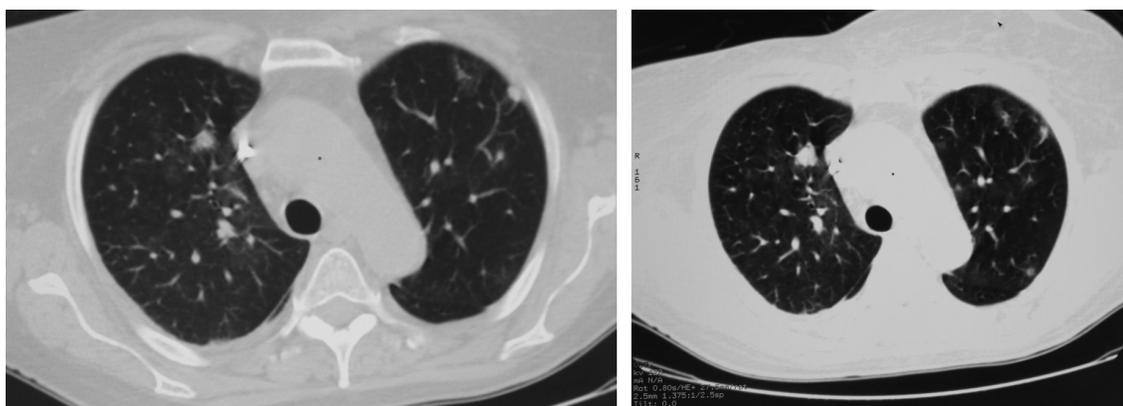


Рис. 1. МСКТ — множественные метастазы в паренхиме легких.

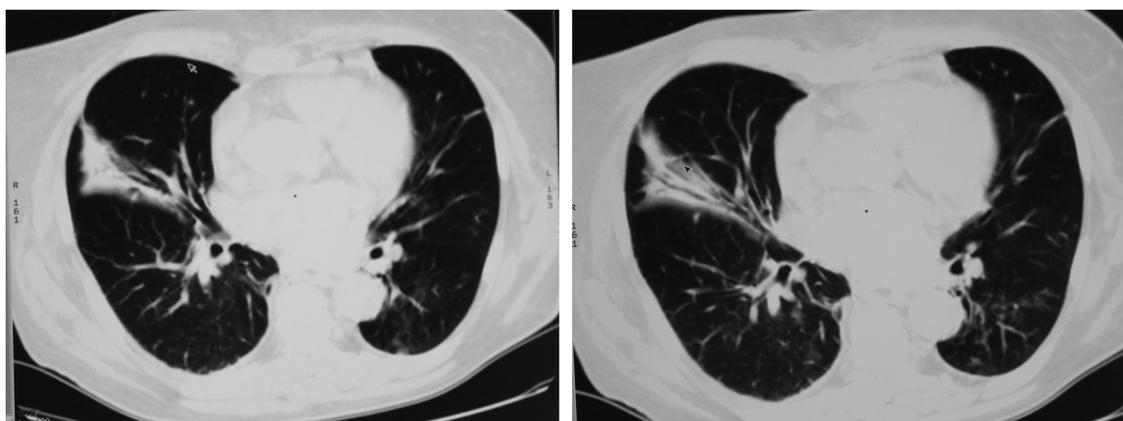


Рис. 2. МСКТ — перибронхиальная опухоль средней доли правого легкого.

жения легких. Диффузная гиперплазия обеих надпочечников.



Рис. 3. МСКТ — опухоли обоих надпочечников.

При магниторезонансной томографии головного мозга патологии не выявлено.

Кортизол крови — < 1750 нмоль/л (норма = $171- 536$ нмоль/л).

АКТГ — 577 пг/мл (норма = < 46 пг/л).

Адреналин мочи — 68 мкг/сут. (норма = < 25 мкг/сут.).

Норадреналин мочи — 648 мкг/сут. (норма = $15-70$ мкг/сут.).

Дофамин мочи — 2716 мкг/сут. (норма = $65-500$ мкг/сут.).

Клинический диагноз: рак средне-долевого бронха справа с множественными метастазами в обеих легких. Синдром эктопической продукции АКТГ с явлениями эндогенного гиперкортицизма и катехоламиновыми кризами; гиперплазия обеих надпочечников; анемия, гипокалийемия, метаболический алкалоз.

Учитывая крайнюю тяжесть состояния больной, вследствие прогрессирующего эндогенного гиперкортицизма, несмотря на распространенность первичного опухолевого очага (рак средне-долевого бронха справа с множественными метастазами обоих легких), с целью уменьшения проявлений гиперкортицизма было решено после интенсивной подготовки в условиях реанимационного отделения провести первым этапом двухстороннюю адреналэктомию, вторым этапом — циторедуктивную правостороннюю лобэктомию с последующей химиотерапией. Однако, несмотря на интенсивное лечение в условиях реанимационного отделения (коррекция анемии, гипокалийемии, метаболического алкалоза и гипергликемии, введение октриатида — 1 мл в/м 1 раз в сутки, верошперона — 100 мг 4 раза в сутки рег

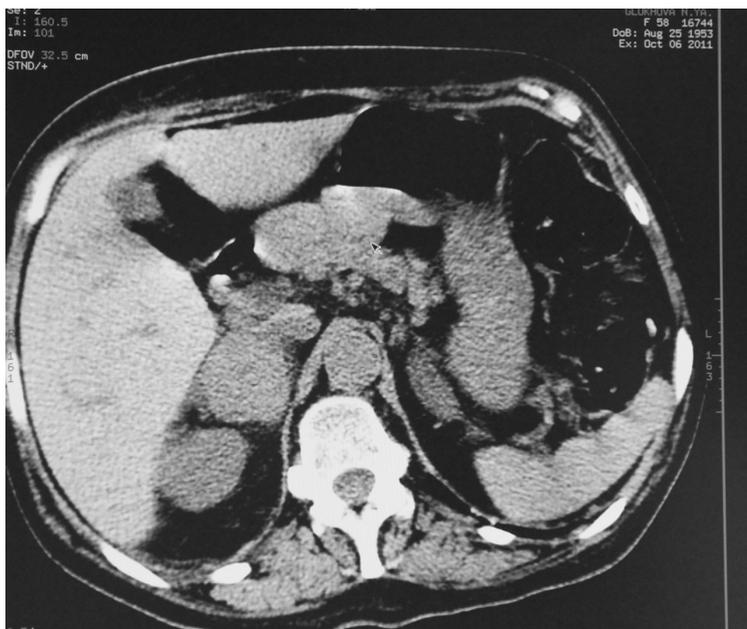


Рис. 4. МСКТ. Опухоль правого надпочечника сдавливает нижнюю полую вену.

ос, хлорида калия — внутривенно и per os до 4 г в сутки), состояние больной не улучшалось, нарастали интоксикация, одышка, отеки нижних конечностей и резкая адинамия. На этом фоне присоединилась полисегментарная двухсторонняя пневмония (не исключалась тромбоэмболия ветвей легочной артерии). Дополнительно при ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено новообразование мочевого пузыря и при доплерографии — тромбоз нижней полой вены. Больная признана инкурабельной и была выписана домой на симптоматическое лечение, где через 10 дней, на 42 сутки после госпитализации, наступил летальный исход. Вскрытие не проводилось.

Заключительный диагноз. Рак S4 бронха правого легкого с множественными метастазами в обеих легких. Синдром эктопической продукции АКТГ, эндогенный гиперкортицизм, двухсторонняя диффузная гиперплазия надпочечников. Синдром ком-

прессии нижней полой вены и её тромбоз. Опухоль мочевого пузыря (не верифицирована). Артериальная гипертензия II-III ст. с адреналовыми кризами. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II ст., хроническая сердечная недостаточность — II ПА (III клиническая группа). Гипокалиемиический синдром. Гипохромная анемия. Стероидный диабет.

Особенностью данного наблюдения является редкость АКТГ-эктопированного синдрома, диагностированного при жизни и обусловленного раком средне-долевого бронха. Длительное время болезнь протекала скрыто, под маской гипертонической болезни. Клиническая манифестация заболевания наступила за четыре месяца до летального исхода. Отмечалось необычно тяжелое, галопирующее течение болезни с наличием множественных метастазов в легких, прогрессирующим гиперкортицизмом, тяжелыми симпато-адреналовыми кризами и резко выраженной гипокалиемией.

ВИПАДОК СИНДРОМУ ЕКТОПІЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНУ НА ТЛІ РАКУ БРОНХА ПРАВОЇ ЛЕГЕНІ

Привалов В. А., Сергійко С. В., Тюльганова В. Л., Соколова Л. В.

*Південно-Уральський державний медичний університет, м. Челябінськ, РФ
mps74@list.ru*

У статті описано рідкісний випадок синдрому ектопичної продукції адренкортикотропного гормону, діагностованого за життя та обумовленого раком середньо-долевого бронха. Клінічна манифестація настала за чотири місяці до летального наслідку. Спостерігався надзвичайно тяжкий, галопуючий перебіг хвороби з наявністю множинних метастазів, прогресуючим гіперкортицизмом, тяжкими симпато-адреналовими кризами, різко вираженою гіпокаліємією.

Ключові слова: рак бронха, дифузна гіперплазія надниркових залоз, синдром ектопичної продукції адренкортикотропного гормону, гіперкортицизм.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЭКТОПИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ АДРЕНОКОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА НА ПОЧВЕ РАКА БРОНХА ПРАВОГО ЛЕГКОГО

Привалов В. А., Сергійко С. В., Тюльганова В. Л., Соколова Л. В.

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, РФ
mps74@list.ru*

В статье описан редкий случай синдрома эктопической продукции адренкортикотропного гормона, диагностированного при жизни и обусловленного раком средне-долевого бронха. Клиническая манифестация наступила за четыре месяца до летального исхода. Отмечалось чрезвычайно тяжелое, галопирующее течение болезни с наличием множественных метастазов, прогрессирующим гиперкортицизмом, тяжелыми симпато-адреналовыми кризами, резко выраженной гипокалиемией.

Ключевые слова: рак бронха, диффузная гиперплазия надпочечников, синдром эктопической продукции адренкортикотропного гормона, гиперкортицизм.

THE CASE OF SYNDROME OF ADRENOCORTICOTROPIC HORMONE ECTOPIC PRODUCTION ON THE BASIS OF CANCER OF THE RIGHT LUNG BRONCHUS

V. A. Pryvalov, S. V. Sergiyko, V. L. Tyulganova, L. V. Sokolova

*South-Ural State Medical University, Chelyabinsk
mps74@list.ru*

This article describes a rare case of the syndrome of adrenocorticotrophic hormone ectopic production diagnosed during lifetime and caused by mid-lobe bronchus cancer. The clinical manifestation occurred 4 months before death. Is unusually heavy, galloping course of the disease with the presence of multiple metastases, progressive hypercorticism, severe sympathetic-adrenal crises, and sharply expressed hypopotassium.

Key words: bronchus cancer, diffuse hyperplasia of the adrenal glands, syndrome of adrenocorticotrophic hormone ectopic production, hypercorticism.