

## 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 андренокортикотропного 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 —  $53 \times 36$  мм, слева —  $47 \times 22$  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-

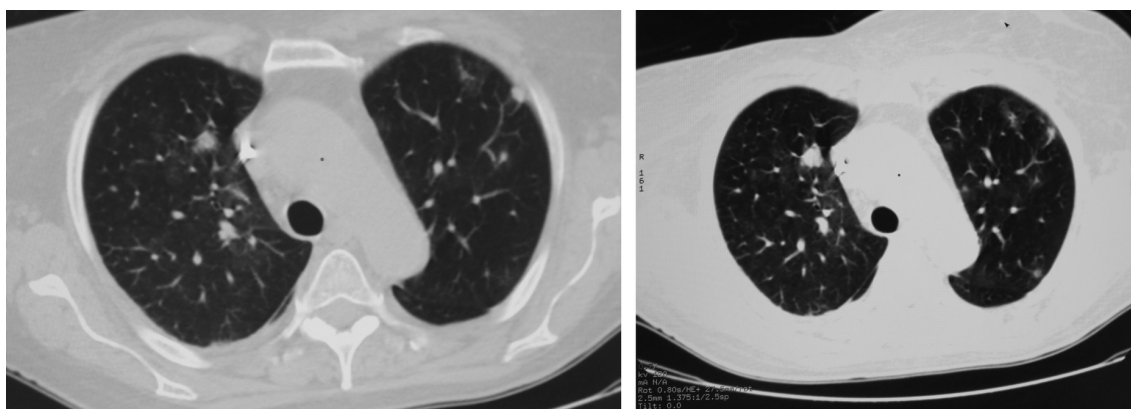


Рис. 1. МСКТ — множественные метастазы в паренхиме легких.

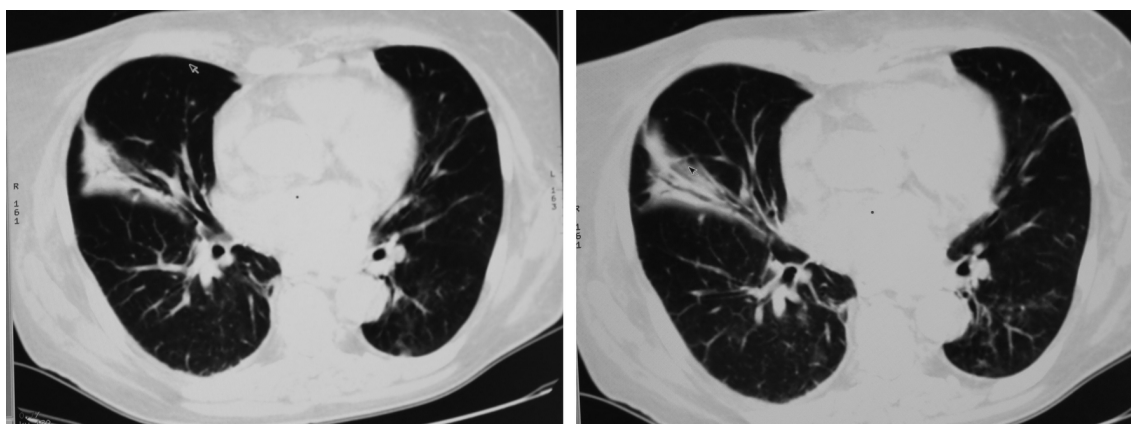


Рис. 2. МСКТ — перибронхиальная опухоль средней доли правого легкого.

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

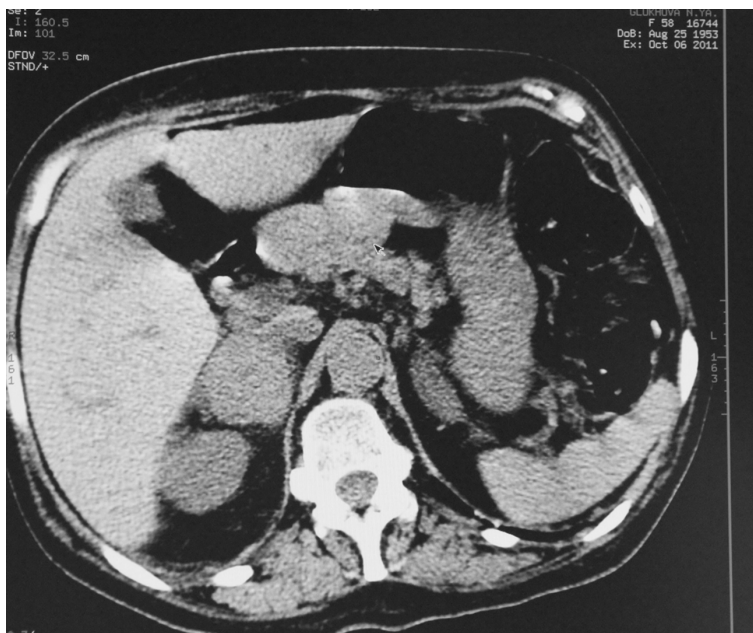


Рис. 4. МСКТ. Опухоль правого надпочечника сдавливает нижнюю полую вену.

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 А (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 симпат-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 симпат-адреналовими кризами, різко вираженою гіпокаліємією.

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

## СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЕКТОПИЧЕСКОЙ 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 симпат-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.