

Literature

1. Beyn B.N., Syrchin E.F., Yakushev K.B. Congenital lipomas of a head and spinal cord: clinical and Magnetic resonance imaging // Medical almanac. – 2013. – № 1 (25) March. – P. 120-124.
2. Kononov A.N., Korniyenko V.N., Pronin I.N. Magnetic resonance imaging in neurosurgery. – М.: Vidar, 1997. – 254 p.
3. Netto A.B., Sinha S., Taly A.B., et al. An unusual case of unilateral limb hypertrophy: Lipoma of sacral roots // J. Neurosci. Rural. Pract. – 2012. – № 3 (1). – P. 89-92.
4. Uchiyama T., Okamoto H., Wakamiya T., Sakata S. A case of cervicothoracic subpial lipoma // No. Shinkei Geka. – 2012. – № 40 (4). – P. 359-363.
5. Yang B., Bao N., Song Y.H. Pathological Changes and Surgical Treatment of Lipomas of the Conus Medullaris // Eur. J. Pediatr. Surg. – 2012. – Oct. № 23. – P. 30-36.

Координаты для связи с авторами: Батаева Елена Петровна – доцент кафедры пропедевтики детских болезней ЧГМА, e-mail: Bataeva73@mail.ru; Зеленева Анна Юрьевна – врач-нефролог ГУЗ КДКБ; Калинина Людмила Руфовна – врач-нефролог ГУЗ КДКБ.



УДК 616.45-006.5-089

А.А. Лисицын, В.П. Земляной, Л.И. Великанова, М.М. Нахумов, З.Р. Шафигуллина, Е.М. Несвит

ОНКОЦИТАРНАЯ ОПУХОЛЬ НАДПОЧЕЧНИКА

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
195196, Заневский проспект, 1/8, тел. 8-(812)-303-50-00, г. Санкт-Петербург

Резюме

Очень редкими опухолями коры надпочечников являются онкоцитомы, которые чаще всего диагностируются случайно [2], поскольку лишь в 17 % случаев имеют секреторную активность [7]. Представлено наше наблюдение больной 43 лет, с диагностированной крайне редкой формой адренокортикальной опухоли. На основании стероидного профиля мочи и критериев Lin-Weiss-Bisceglia дана оценка злокачественного потенциала опухоли.

Ключевые слова: адренокортикальная онкоцитома, стероидный профиль мочи, иммуногистохимическое исследование.

A.A. Lisitsyn, V.P. Zemlyanoi, L.I. Velicanova, M.M. Nakhumov, Z.R. Chafigullina, E.M. Nesvit

ADRENAL ONCOCYTOMA

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

Summary

Oncocytoma is extremely rare adrenocortical tumor, which is often diagnosed as incidentalomas [2], because only 17 % of them have secretory activity [7]. Our article is based on own observation: clinical case of 43 years old female with adrenal oncocytoma. The diagnosis and the malignant potential are based on steroid profile of urine and Lin-Weiss-Bisceglia's criteria, assessed with the malignant potential of this type of tumor.

Key words: adrenocortical oncocytomas, urine steroid profile, immunohistochemistry.

Онкоцитома – это эпителиальная опухоль, клетки которой богаты эозинофильными включениями цитоплазмы, что связано с содержанием большого количества митохондрий [6], которые могут занимать до 60 % цитоплазмы. В настоящее время признано, что 20 % онкоцитарных опухолей надпочечника могут быть злокачественными [3].

Выделяют три гистологических типа онкоцитом – доброкачественная; с неопределенным злокачественным потенциалом [4] и онкоцитарная карцинома [1]. Для прогнозирования клинического течения заболева-

ния единого гистологического параметра не существует. Для классификации опухоли используется шкала Lin-Weiss-Bisceglia [3, 5]. Определяющими критериями онкоцитарной опухоли являются: преобладание клеток с эозинофильной гранулярной цитоплазмой, высокое ядерно-цитоплазматическое соотношение и диффузный характер роста. Авторы выделяют большие и малые критерии злокачественности. К большим критериям относятся: митотическая активность более 5 митозов в 50 полях зрения; атипичные митозы; венная инвазия. К малым критериям относятся: размер

опухоли более 10 см и/или масса более 200 г; некроз; синусоидальная и/или капсульная инвазия.

Опухоль считается злокачественной при наличии одного большого критерия. При наличии малых критериев, ее злокачественный потенциал считается неопределенным, при отсутствии критериев опухоль является доброкачественной.

К сожалению, до операции, на основе только данных КТ и МРТ, невозможно провести дифференцировку между злокачественной и доброкачественной онкоцитарной опухолью.

Иммуногистохимически (ИГХ) определяется отсутствие реакции с антителами S-100 и хромогрином. Признано, что опухоли позитивны в реакциях с антителами к цитокератину и антимитохондриальными антителами.

Мы наблюдали редкий случай онкоцитомы у женщины 43 лет, сопровождающийся синдромом АКТГ-независимого субклинического гиперкортицизма и одновременным повышением андрогенов и эстрогенов.

В августе 2014 г. в клинику им. Э.Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И.И. Мечникова обратилась пациентка с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, нарушение менструального цикла, периодические головные боли. По данным КТ: В области левого надпочечника определяется образование размерами 10×85×86 мм, неправильной формы, с достаточно ровными контурами, неоднородной структуры. Новообразование интимно прилегает к близлежащим органам. При нативном исследовании плотность составила +5+55НУ. В артериальную фазу +11+90НУ, в паренхиматозную фазу +13+96НУ и отсроченную фазу (10 мин.) +11+53 НУ.

Лабораторные исследования. Клинические анализы крови и мочи в пределах нормы. Дегидроэпиандростерон-сульфат плазмы 9,8 мкг/мл (норма: 0,35–4,3). Кортизол плазмы 405 нмоль/л (норма 138–690), ночная проба с дексаметазоном 1 мг – подавления кортизола нет.

Стероидный профиль мочи представлен в таблице.

04.09.2014 г. пациентке была выполнена лапаротомия, левосторонняя адреналэктомия.

Патоморфологическое исследование: макроскопически опухоль весом 240 г, инкапсулирована, солидного типа, на разрезе гетерогенна, махагонного цвета с множественными очагами некрозов. При микроскопии: опухоль состоит из клеток с богатой эозинофильной цитоплазмой, крупными полиморфными ядрами. При ИГХ-исследовании: определяется диффузно позитивная реакция на мелан-А, синаптофизин и альфа-ингибин. реакции на S-100 и хромогранин А отрицательны.

Стероидный профиль мочи

Показатели	мкг/24 час	Норма LQ-HQ, мкг/24 час
Этиохоланолон	8665	200-1500
Андростерон	4521	200-1700
17β-андростендиол	1959	15-108
Дегидроэпиандростерон	72637	25-235
16α-ОН-дегидроэпандростерон	14207	33-205
Андростенриол	8339	115-502
16-оксо-андростендиол	533	–
Прегнантриол (P3)	4967	280-500
11-оксо-прегнантриол (11-оксо-P3)	676	10-20
Прегнендиол (dP2)	4984	60-300
Прегнентриол -3α (3αdP3)	13949	50-400
Прегнентриол -3β (3βdP3)	1946	–
16-гидроксипрегнендиол-3α (16dP2- 3α)	1043	25-180
16-гидроксипрегнендиол-3β (16dP2- 3β)	694	–
Тетрагидро-11-дезоксикортизол	8233	10-50
Гексагидро-11-дезоксикортизол	2626	менее 10
21-прегненолон	309	–
11-гидроксипрегнентриол	2276	–
(THF+alloTHF+THE)/THS	0,9	более 100
(THF+alloTHF+THE)/11-оксо-P3	11,1	более 100
(THF+alloTHF+THE)/P3	1,5	более 3,0
16dP2- 3α / 16dP2- 3β	1,1	–
3αdP3 / 3βdP3	7,2	–

В нашем наблюдении при исследовании стероидного профиля мочи получены следующие признаки злокачественности опухоли коры надпочечника:

1. Увеличение экскреции с мочой ДЭА и его метаболитов (17β-андростендиола, 16-ДЭА, андростендиола), прегнендиола, прегнентриола, прегнантриола, тетрагидро-11-дезоксикортизола;

2. Соотношения 16-гидроксипрегнендиола-3α/16-гидроксипрегнендиола-3β и 3α-прегнентриол/3β-прегнентриол меньше 9;

3. Определены 16-оксо-андростендиол и 5-ен-прегнены, не выявляемые у здоровых лиц;

4. Соотношение (THF+alloTHF+THE)/ THS меньше 20, что свидетельствует о недостаточности 11β-гидроксилазы;

5. Соотношения (THF+alloTHF+THE)/P3 меньше 3 и (THF+alloTHF+THE)/11-оксо-P3 меньше 30, которые являются специфичными критериями недостаточности 21-гидроксилазы.

На наш взгляд, учитывая злокачественный потенциал онкоцитарной опухоли надпочечника, целесообразно выполнять адреналэктомию лапаротомным доступом.

Литература

1. Argyriou P. Adrenocortical oncocyctic carcinoma with recurrent metastases: a case report and review of the literature / P. Argyriou, C. Zisis, N. Alevizopoulos [et al.] // World J. Surg. Oncol. – 2008. – Vol. 6. – P. 134-139.

2. Bégin L.R. Adrenocortical oncocytoma: case report with immunocytochemical and ultrastructural study / L.R. Bégin // Virchows Arch. A Pathol. Anat. Histo-pathol. – 1992. – Vol. 421. – P. 533-537.

3. Bisceglia M. Adrenocortical oncocyctic tumors: report of 10 cases and review of the literature / M. Bisceglia, O. Ludovico, A. Di Mattia [et al.] // Int. J. Surg. Pathol. – 2004. – Vol. 12 – P. 231-243.

4. Botsios D. Adrenocortical oncocytoma – a rare tumor of undefined malignant potential: report of a case / D. Botsios, K. Blouhos, K. Vasiliadis [et al.] // Surg. Today. – 2007. – Vol. 37. – P. 612-617.

5. Lin B.T. Oncocytic adrenocortical neoplasms: a report of seven cases and review of the literature / B.T. Lin, S.M. Bonsib, G.W. Mierau [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. – 1998. – Vol. 22. – P. 603-614.

6. Sangoi, R.S. A tissue microarray-based comparative analysis of novel and traditional immunohistochemical markers in the distinction between adrenal cortical lesions

and pheochromocytoma / R.S. Sangoi, J.K. McKenney // Am J. Surg. Pathol. – 2010. – Vol. 32. – P. 423-432.

7. Wong, D.D. Oncocytic adrenocortical neoplasms – a clinicopathologic study of 13 new cases emphasizing the importance of their recognition / D.D. Wong, D.V. Spagnolo, M. Bisceglia [et al.] // Hum. Pathol. – 2011. – Vol. 42. – P. 489-499.

Координаты для связи с авторами: Лисицын Александр Александрович – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова; Земляной Вячеслав Петрович – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова; Великанова Людмила Иосифовна – д-р мед. наук, профессор, зав. НИЛ хроматографии и лабораторией гормональных исследований СЗГМУ им. И.И. Мечникова; Нахумов Михаил Михайлович – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова; Шафигуллина Зульфия Рифгатовна – канд. мед. наук, зав. эндокринологическим отделением клиники им. Э.Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И.И. Мечникова; Несвит Евгения Михайловна – клинический ординатор кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова.



УДК 616.1-089:311(571.620) «2013/2014»

И.В. Пчелина^{1,2}, В.Ю. Бондарь^{1,2}

КАРДИОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В 2014 ГОДУ

¹Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, 680009, ул. Краснодарская, 2в, тел. 8-(4212)-78-06-67;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Представлены показатели общей заболеваемости и смертности при болезнях системы кровообращения в Дальневосточном федеральном округе. Подведены итоги работы медицинских учреждений Дальневосточного региона по оказанию специализированной медицинской помощи населению в разделе «Сердечно-сосудистая хирургия» в 2014 году в сравнении с 2013 годом.

Ключевые слова: кардиохирургия, эндоваскулярная хирургия, сосудистая хирургия, дальневосточный федеральный округ.

I.V. Pchelina^{1,2}, V.Yu. Bondar^{1,2}

CARDIAC SURGERY IN THE FAR EAST REGION IN 2014

¹Federal Center for Cardiovascular Surgery;

²Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The indicators of general morbidity and mortality in diseases of the circulatory system in the Far Eastern Federal District were presented. The results of the activity of medical establishments of the Far Eastern region in the aim to provide specialized medical care to the population in the section of «Cardiovascular Surgery» in 2014 to compare with results in 2013.

Key words: cardiac surgery, endovascular surgery, vascular surgery, the Far Eastern Federal District.

По данным официальных источников в 2014 г. уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения (БСК) в сравнении с 2013 г. в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) снизился на 1,4 % (18574,6/100 тыс. населения). Самый низкий уровень заболеваемости отмечается в Магаданской области (12 148,2) [2]. БСК по-прежнему занимают

в России первое место в структуре причин смерти – 50,1 % или 653,9/100 тыс. населения (снижение на 6,3 %), в ДФО – 638,5/100 тыс. населения (снижение на 4,5 %). Наибольшее снижение смертности наблюдается в Амурской области (-17,2 %), высокий уровень смертности – в Еврейской автономной области 814,2/100 тыс. населения (рост на 5,1 %) [3]. Сове-