

©Ю. В. ЗАПОРОЖЕЦЬ

zaporozhetsy_yvik@tdmu.edu.ua; ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6959-6686>

©А. Д. БЕДЕНЮК

bedenyuk@tdmu.edu.ua; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1649-7886>

©В. В. ТВЕРДОХЛІБ

tverdohlib@tdmu.edu.ua; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3460-5625>

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна

Випадок успішного хірургічного лікування гігантської псевдокісти надниркової залози

Мета роботи: проаналізувати й охарактеризувати клінічний випадок із приводу кісти надниркової залози з власного досвіду.

Псевдокіста надниркової залози – це фіброзна кіста, позбавлена епітеліальної або ендотеліальної оболонки. Хворіють переважно жінки, співвідношення захворюваності, порівняно з чоловіками, становить 3:1. Зазвичай псевдокіста виникає на 3–4-му десятиліттях життя у результаті крововиливу в надниркові залози, які можуть розширюватись, щоби вмістити велику кількість рідини. У роботі описано випадок 49-річної жінки з гіпертонічною хворобою та ожирінням, яка звернулась зі скаргами на дискомфорт, відчуття тяжкості та біль у животі, його збільшення у розмірі упродовж останніх 8-ми років. Після проведеної комп'ютерної томографії органів черевної порожнини, заочеревинного простору і малого таза виявили гіподенсивну ділянку кістоподібної форми.

Ключові слова: надниркова залоза; псевдокіста; знеболювання; пухлина.

Кістозні ураження надниркових залоз є рідкісними, не функціональними та безсимптомними і зазвичай виявляють їх випадково. Псевдокіста надниркової залози – це фіброзна кіста, позбавлена епітеліальної або ендотеліальної оболонки. Серед хворих переважають особи жіночої статі зі співвідношенням захворюваності, порівняно з чоловіками, 3:1. Зазвичай ці псевдокісти виникають на 3–4-му десятиліттях життя у результаті крововиливу в нормальні надниркові залози, які можуть розширюватись, щоби вмістити велику кількість рідини.

Рівень захворюваності коливається від 0,06 до 0,18 %. Псевдокісти надниркової залози є рідкісними, не функціональними та безсимптомними.

У світі, згідно з міжнародними оглядами та результатами аутопсійних досліджень, кісти надниркових залоз бувають у 0,06–0,18 % населення. В США, наприклад, у дослідженні Mayo Clinic (8032 пацієнти) описано, що кісти виявили у 1,2 % осіб при візуалізації. В італійських дослідженнях зазначають, що серед 520 пацієнтів поширеність усіх новоутворень надниркових залоз становить 4,4 %, із них кісти – приблизно 1 %. В Україні, на жаль, офіційна статистика відсутня. За клінічними спостереженнями лікарів, орієнтовно близько 1 % пацієнтів, які проходять візуалізацію черевної порожнини, мають кісти надниркових залоз.

Серед цікавих клінічних випадків щодо кіст – випадок із США (2022). У 27-річної жінки гігантська псевдокіста надниркової залози, розміром 25 см, імітувала пухлину нирки. Видалили за допомогою хірургічного втручання. Випадок у Франції: паразитарна кіста, спричинена ехінококом, – рідкісний випадок, що потребував операційного втручання і антигельмінтної терапії. Випадок у Китаї: функціональна кіста розміром 3 см спричиняла гіпертонічні кризи через секрецію катехоламінів.

Австрійський анатом Грезеліулс уперше описав у 1670 р. кістозне ураження надниркових залоз, що спричинило смерть пацієнта унаслідок розриву більше 4 кг крові та рідинного вмісту з кісти. Відтоді численні серії випадків і звіти описували ці ураження з частотою від 5 до 6 % у зразках хірургічної адреналектомії, що було нижче, ніж в інших серіях аутопсії. Більші ураження традиційно асоціюються з симптомами, які зміщують сусідні органи черевної порожнини. Вони часто проявляються пальпаторним утворенням на боці, шлунково-кишковими симптомами та частіше не визначеним болем у животі.

Великі ураження також мають ризик масивної кровотечі, розриву, інфікування кісти або артеріальної гіпертензії, незважаючи на негативний гар-

мональний статус, що спричинено спотворенням ниркових судин і нейроендокринною / вазоактивною стимуляцією.

Спочатку в 1959 р., а згодом Фостер у 1966 р. на основі серії аутопсій виділив чотири різні типи: псевдокісти (39 %), ендотеліальні кісти (45 %), епітеліальні кісти і паразитарні кісти (7 %). Однак, якщо порівнювати з хірургічною серією із 41 пацієнта в клініці Майо, псевдокісти (78 %) були найчастішими кістозними ураженнями надниркових залоз. І псевдокісти, і ендотеліальні кісти є типами кіст судинного походження, тоді як дві інші є не судинними. Крім того, існує суперечка щодо класифікації кістозних новоутворень, що виникають із кори або мозкової речовини, оскільки деякі автори стверджують, що їх необхідно класифікувати як псевдокісти через те, що внутрішня стінка кісти позбавлена будь-якого вистилання, тоді як інші автори вважають, що вони мають епітеліальне / нейроектодермальне походження.

Мета роботи: проаналізувати й охарактеризувати клінічний випадок із приводу кісти надниркової залози з власного досвіду.

Опис клінічного випадку. У відділення хірургії № 2 КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради 04.03.2025 р. звернулася 49-річна жінка з гіпертонічною хворобою та ожирінням зі скаргами на дискомфорт, відчуття тяжкості та біль у животі, його збільшення в розмірі упродовж останніх 8 років. Біль носить тупий характер, походить із лівої верхньої частини живота. Травм та злоякісних новоутворень в анамнезі не було. Під час обстеження у неї було виявлено утворення у верхньому лівому квадранті, при перкусії визначався тупий перкуторний звук. Біохімічний профіль показав нормальний розгорнутий аналіз крові, тести функції нирок і печінки. Сироваткові амілаза і ліпаза становили 63 і 88 відповідно. Гормональний статус також у нормі. Після проведеного УЗД органів черевної порожнини виявили пухлиноподібне рідинне утворення зліва над ниркою 128х181 мм об'ємом 2211 см³. Потім виконали КТ органів черевної порожнини, заочеревинного простору, малого таза і виявили у проекції медіальної ніжки лівої надниркової залози гіподенсивну ділянку кістоподібної форми розміром 82х67х91 мм, із вмістом рідинної щільності, без ознак контрастного підсилення, чіткими внутрішніми контурами та візуалізацією периферійно розташованого (у капсулі) гіперденсивного нодулярного включення розміром 2 мм. Ця кіста зміщує підшлункову залозу донизу. Ліва нирка була опущена донизу, а її вісь – повернута латерально.

Мультидисциплінарна команда пацієнта обговорила та сформувала план видалення по серединній лінії через ризик злоякісності, пов'язаний із масивним розміром кісти. Це операційне втручання проводили під загальним наркозом, лежачи на спині. Зробили серединний лапаротомічний розріз, інтраопераційні результати виявили величезну кістозну масу в лівій частині живота від епігастральної ділянки до тазової, яка перетинає середню лінію. Кіста виходила з лівої надниркової залози (рис 1). З новоутворення було аспіровано близько 7 л серозної каламутної рідини, проведено енуклеацію кісти без виконання адреналектомії. Рідину та кісту відправили на цитологію та гістопатологію (рис. 2).

Кістозна рідина була негативною на злоякісні клітини. При гістологічному дослідженні зрізів виявили сполучнотканинну стінку кісти. Після операційний період перебігав без ускладнень.

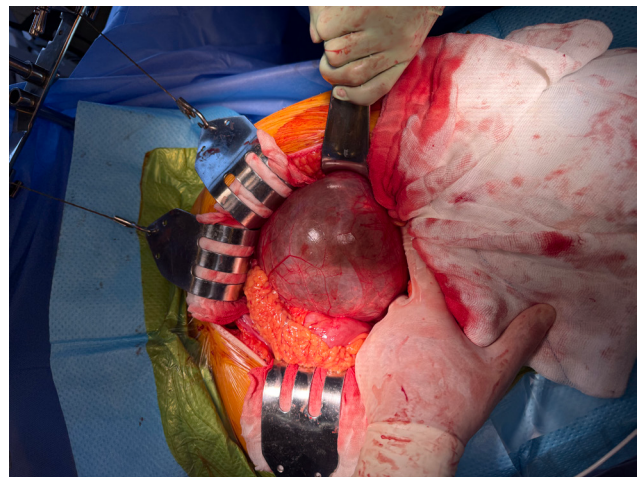


Рис. 1. Псевдокіста надниркової залози.

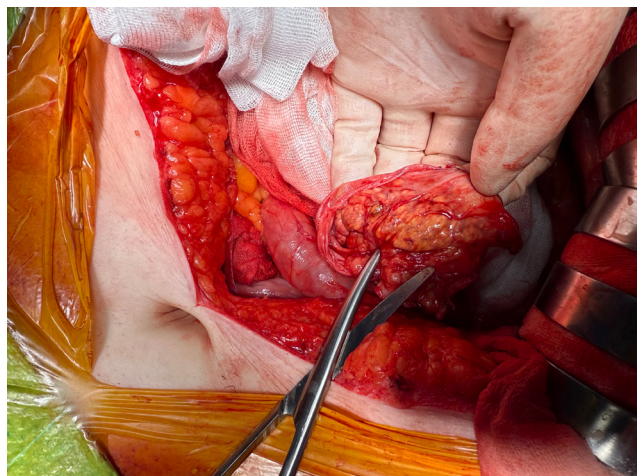


Рис. 2. Вміст із псевдокісти після інтраопераційного розкриття.

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

За даними лабораторних та інструментальних обстежень патологічних змін не виявлено.

08.03.2025 р. у задовільному стані хвору випустили зі стаціонару.

Через 3 місяці спостереження пацієнтка скарг не пред'являла. Перебуває під спостереженням ендокринолога.

СПИСОК БІБЛІОГРАФІЧНИХ ПОСИЛАНЬ

1. Adrenal Cystic Lesions: Clinical Features and Management / J. Zhang et al. *Cureus*. 2022. PMC9380426.
2. Adrenal cysts: an emerging condition / J. Calissendorff et al. *Nature Reviews Endocrinology*. 2023. No. 19 (7). P. 398–406.
3. Yu N., Du J., Zheng G., Zheng Y. Giant adrenal cyst: a case report. *Cureus*. 2023. No. 15 (4).
4. American Association of Clinical Endocrinologists. AACE / ACE Guidelines for Adrenal Incidentalomas. 2021.
5. CT scanning for adrenal incidentaloma: prevalence and characteristics / L. Petramala et al. *Horm Metab Res*. 2006.
6. Експертні думки українських ендокринологів. *Клінічні спостереження*. 2022–2024.

REFERENCES

1. Zhang J et al. Adrenal Cystic Lesions: Clinical Features and Management. *Cureus*. 2022; PMC9380426.
2. Calissendorff J, Juhlin CC, Sundin A, Bancos I, Falhammar H. Adrenal cysts: an emerging condition. *Nature Reviews Endocrinology*. 2023; 19(7):398-406.
3. Yu N, Du J, Zheng G, Zheng Y. Giant adrenal cyst: a case report. *Cureus*. 2023; 15(4).
4. American Association of Clinical Endocrinologist. AACE/ACE Guidelines for Adrenal Incidentalomas. 2021.
5. Petramala L et al. CT scanning for adrenal incidentaloma: prevalence and characteristics. *Horm Metab Res*. 2006.
6. Ekspertni dumky ukrayins'kykh endokrynolohiv [Expert opinions of Ukrainian endocrinologists]. *Klinichni sposterezhennya*. 2022–2024. Ukrainian.

Отримано 01.05.2025

Електронна адреса для листування: zaporozhetsy_yvik@tdmu.edu.ua

Y. V. ZAPOROZHETS, A. D. BEDENIUK, V. V. TVERDOCHLIB

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

A CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF A GIANT ADRENAL PSEUDOCYST

The aim of the work: to analyze and characterize a clinical case of an adrenal cyst from the own experience.

An adrenal pseudocyst is a fibrous cyst devoid of an epithelial or endothelial lining. It affects mainly women, with a 3:1 incidence ratio compared to men. Typically, a pseudocyst occurs in the 3rd–4th decade of life as a result of hemorrhage into normal adrenal glands and can expand to accommodate a large amount of fluid. The work describes the case of a 49-year-old woman with hypertension and obesity, who complained of discomfort, a feeling of heaviness and pain in the abdomen, its increase in size over the past 8 years. After a computed tomography scan of the abdominal cavity, retroperitoneal space and pelvis, a hypodense area of a cyst-like shape was found.

Key words: adrenal gland; pseudocyst; analgesia; tumor.