

intestinal anastomosis and formation of laparostoma in decompensated patients or in case of some doubts as to the vitality of intestinal segments are the most optimal operative interference, which gives a chance of life saving.

**Key words:** acute bowel infarction, delayed intestinal anastomosis.

<sup>1</sup>Krasyliv District Central Hospital (Khmelnyskyi Region)

<sup>2</sup>Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

<sup>3</sup>M.I. Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Рецензент – проф. Ф.В. Гринчук

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 2 (74). – P. 240-245

Надійшла до редакції 17.03.2015 року

© В.П. Кабиш, А.А. Ружицький, Д.С. Дудко, В.І. Петров, Ю.С. Бачинський, В.Ю. Бодяка, І.О. Козак, А.В. Ковтуняк, В.В. Стельмашук, І.Р. Ілик, 2015

УДК 616.43/.45-006-02-036.1-07

*Р.П. Ляшук<sup>1</sup>, Н.І. Станкова<sup>2</sup>, І.В. Сходницький<sup>3</sup>*

## ВИПАДОК АНДРОСТЕРОМИ

<sup>1</sup>Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

<sup>2</sup>Чернівецький обласний ендокринологічний центр

<sup>3</sup>Коледж Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Резюме.** Наведено випадок андростероми, яка клінічно проявилася вірильним і гіпертензивним синдромами, порушенням менструального циклу та низьким хрипким голосом. Оперативне лікування призвело до видужання.

**Ключові слова:** андростерома, вірильний і гіпертензивний синдроми, менструація, аденалектомія.

Андростерома – гормонально активна пухлина сітчастої зони кори надниркових залоз, що продукує надлишкову кількість андрогенів: дегідроепіандростерон (ДГЕА), андростерон (А) і тестостерон (Т) [9,11]. На периферії відбувається конверсія ДГЕА в А і Т. Вони сумарно призводять до реалізації свого маскулінізуючого впливу. У чоловіків гіперандрогенія мало помітна, а в жінок вона визначає структуру тіла та розвиток вірильного синдрому. У деяких випадках пухлина може продукувати певну кількість глюкокортикоїдів, що сприяє виникненню помірної артеріальної гіпертензії [6]. Надлишок андрогенів призупиняє виділення гонадотропінів і порушує циклічні процеси в яєчниках [4, 9, 10] – розвивається порушення менструального циклу та репродуктивної функції [5, 7, 8].

Андростерому деякі автори вважають пухлинною формою адреногенітального синдрому, в основі якого лежить дифузна природжена гіперплазія кори надниркових залоз [1, 2, 7].

Лікування андростероми хірургічне – аденалектомія. Якщо пухлина є злоякісною, то операцію проводять у розширеному обсязі з подальшою хіміо- та дистанційною променевою терапією [6].

Наводимо наше спостереження.

Хвора К., віком 24 роки, протягом двох років безуспішно лікувалася у ЛОР-лікарів з приводу низького хрипкого голосу; останнім часом – у гінеколога з причини порушення менструального циклу та безпліддя. Направлена до ендокринолога для дообстеження.

*Об'єктивно.* Статура з інтерсексуальними ознаками: широкі плечі, звужений таз, молочні залози гіпопластичні. Гірсутизм І-ІІ ступеня за шкалою Ферромана – Галлвея [3] з множинними вугрями на обличчі. АТ = 140/80 – 150/85 мм рт. ст. Терапевтичний статус без особливостей.

Гормони плазми крові: ДГЕА-сульфат – 720,3 мкг/дл (норма 95,8-511,7), А – 5,6 нг/мл (норма 0,3-3,3), Т вільний – 2,8 нг/мл (норма 0,70-1,48), фолітропін – мМО/мл (норма 3,85-8,78), лютропін – 2,0 мМО/мл (норма 2,39-6,6), кортизол – 23,4 мкг/дл (норма 6,7-22,6).

КТ заочеревинного простору: виявлено об'ємне утворення правої надниркової залози розміром 14x12x11 мм, щільність – 20 УН (аденома).

Таким чином, усі клінічні прояви захворювання зумовлені пухлинною гіперандрогенією, під впливом якої настало розширення гортані, стовщення голосових зв'язок і, як наслідок, низький хрипкий голос [6].

В Українському науково-практичному центрі ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України 18 грудня 2012 р. хворій проведена правобічна лапароскопічна аденалектомія. При гістологічному дослідженні препарату виявлена мономорфна темноклітинна аденома, яка за архітекtonікою нагадує сітчасту зону кори надниркової залози.

Поступово настала нормалізація гормонального статусу, інволюція проявів вірильного синдрому, нормалізувався менструальний цикл. Збереглися лише помірний гірсутизм і низькуватий

голос. Через 21 місяць після оперативного втручання пацієнтка народила доношену здорову дитину.

### Висновок

У наведеному випадку хірургічне лікування андростероми призвело до практичного видужання.

### Дискусія

Усі основні клінічні прояви захворювання у пацієнтки були зумовлені гіперандрогенією (андростеромою). Під впливом останньої настало розширення гортані й стовщення голосових зв'язок і, як наслідок, низький хрипкий голос [6], з приводу чого вона довготривало лікувалась у ЛОР-лікарів. Інволюція проявів гіперандрогенії після видалення андростероми відбувається протягом 1-1,5 року. У разі гіперандрогенії, спричиненої гіперплазією сітчастої зони кори надниркових залоз, оперативне лікування не показано, а для корекції гормональної функції надниркових залоз застосовують глюкокортикоїдні препарати під контролем рівня андрогенів крові, оральні контрацептиви (діане-35, жанін), верошпірон [1].

### Література

1. Аденогенітальний синдром у жінок / А.А. Люшина, П.М. Ляшук, О.В. Проценко [та ін.] // Клін. та експерим. патол. – 2014. – № 1. – С. 173-177.
2. Комаров Е.К. Формы надпочечниковой гиперандрогении и значение корригирующей терапии в восстанов-

лении нарушенной репродуктивной функции у женщин / Е.К. Комаров, Т.П. Беспалова // Вестн. росс. ассоциации акуш.-гинекол. – 2003. – № 3. – С. 106-109.

3. Надмірна волосатість у жінок / П.М. Ляшук, Н.В. Пашковська, Р.П. Ляшук [та ін.] // Клін. та експерим. патол. – 2013. – № 1 (43). – С. 206-210.
4. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников / Т.А. Назаренко. – Москва: МЕДпрессинформ, 2005 – С. 1-184.
5. Пищулин А.А. Синдром овариальной гиперандрогении неопухолового генеза / А.А. Пищулин, А.В. Буттов, О.В. Удовиченко (обзор литературы) // Пробл. репродукции. – 1999. – № 3. – С. 6-16.
6. Рибаків С.Й. Пухлини кіркової речовини надниркових залоз / С.Й. Рибаків // Ендокринологія; за ред. А.С. Єфімова. – К.: Вища школа, 2004. – С. 299-329.
7. Семенов Л.М. Гіперандрогенія як чинник репродуктивних втрат / Л.М. Семенов // Клін. ендокринолог. та ендокр. хірургія. – 2013. – № 1 (42). – С. 71-79.
8. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. – М.: ММИА, 2010. – 534 с.
9. Синдром гиперандрогении у женщин: Методическое пособие для врачей / И.И. Дедов, Е.Н. Андреева, А.А. Пищулин [и др.] – М., 2006. – С. 3-40.
10. Тихомиров А.Л. Синдром поликистозных яичников: факты, теории, гипотезы / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин // Фарматека. – 2003. – № 11. – С. 8-19.
11. Androgen excess in women: experience with over 1000 consecutive patients / R. Azziz, L.A. Sanchez, E.S. Knochenhauer [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2004. – Vol. 89, № 2 – P. 453-462.

## СЛУЧАЙ АНДРОСТЕРОМЫ

*Р.П. Ляшук, Н.И. Станкова, И.В. Сходницький*

**Резюме.** Приведен случай андростеромы, которая клинически проявилась вирильным и гипертензивным синдромом, нарушением менструального цикла и низким хриплым голосом. Оперативное лечение привело к выздоровлению.

**Ключевые слова:** андростерома, вирильный и гипертензивный синдромы, менструация, адrenaлэктомия.

## A CASE OF ANDROSTEROMA

*R.P. Liashuk<sup>1</sup>, N.I. Stankova<sup>2</sup>, I.V. Skhodnytskyi<sup>3</sup>*

**Abstract.** A case of androsteroma is presented, which clinically manifested itself with virial and hypertensive syndromes, menstrual irregularities and deep hoarse voice. Surgical treatment led to recovery.

**Key words:** androsteroma, virial and hypertensive syndrome, menstruation, adrenalectomy.

<sup>1</sup>Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

<sup>2</sup>Regional Endocrinology Center (Chernivtsi)

<sup>3</sup>College of Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І. Федів

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 2 (74). – P. 245-246

Надійшла до редакції 04.02.2015 року