



може бути причиною хронічного запалення, а зниження активності PRRs призводить до підвищеної схильності до інфекційних вражень.

Регуляція активності PRRs шляхом використання їх агоністів чи блокаторів може бути одним з ключів до розв'язання проблеми профілактики та лікування ряду захворювань жіночої репродуктивної сфери.

**Ляшук Р.П.**

### **АНДРОСТЕРОМА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Андростерома – гормонально активна пухлина сітчастої зони кори надниркових залоз (НЗ), що продукує надлишкову кількість андрогенів: дегідроепіандростерону(ДГЕА), андростерону(А) і тестостерону(Т) (Дедов И.И., Azziz R.). Вони сумарно призводять до реалізації свого маскулінізуючого впливу. В жінок гіперандрогенія визначає структуру тіла та розвиток вірильного синдрому. В деяких випадках пухлина може продукувати певну кількість глюкокортикоїдів, що сприяє виникненню помірної артеріальної гіпертензії (Рибаков С.Й.). Надлишок андрогенів призупиняє виділення гонадотропінів і порушує циклічні процеси в яєчниках (Дедов И.И.) – розвивається порушення менструального циклу (МЦ) та репродуктивної функції (Пищулин А.А.). Андростерому вважають пухлинною формою адреногенітального синдрому (АГС). Лікування андростероми хірургічне – адреналектомія.

Наводимо наше спостереження: хвора К., віком 24 роки, впродовж двох років безуспішно лікувалася у ЛОР-лікарів з приводу низького хрипкого голосу; у гінеколога з причини порушення МЦ та безплідності. Направлена до ендокринолога для дообстеження.

Статура з інтерсексуальними ознаками: широкі плечі, звужений таз, молочні залози гіпопластичні. Гірсутизм I-II ступеня за шкалою Ферромана–Галлвея 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, А – 5,6 нг/мл, Т вільний – 2,8 нг/мл, фолітропін – 3,85 мМО/мл, лютропін – 2,0 мМО/мл, кортизол – 23,4 мкг/дл. КТ заочеревинного простору: виявлено об'ємне утворення правої надниркової залози розміром 14×12×11 мм, щільність – 20 УН (аденома).

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

В Українському науково-практичному центрі ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України хворій проведена правобічна лапароскопічна адреналектомія. Виявлена мономорфна темноклітинна аденома. Поступово настала нормалізація гормонального статусу, інволюція проявів вірильного синдрому, нормалізувався МЦ. Через 21 міс. після оперативного втручання пацієнтка народила здорову дитину.

У наведеному випадку хірургічне лікування андростероми призвело до практичного видужання. Усі клінічні прояви захворювання були зумовлені гіперандрогенією. Під її впливом настало розширення гортані й стовщення голосових зв'язок і низький хрипкий голос. У разі двобічної гіперплазії сітчастої зони кори надниркових залоз, оперативне лікування не показане, для корекції застосовують глюкокортикоїдні препарати під контролем рівня андрогенів крові, оральні контрацептиви, верошпірон.