

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*Василевич А. П., Кондратенко Г. Г., Игнатович И. Н.,
Кузьменкова Е. И.*

*1-я кафедра хирургических болезней,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
10-я городская клиническая больница,
Республиканский центр эндокринологии,
г. Минск, Республика Беларусь*

В хирургических стационарах 10-й ГКБ г. Минска за период с 1987 по 2015 гг. с новообразованиями надпочечников (НН) пролечено более

1000 пациентов, из них оперировано 526. У 292 (55,6 %) обнаружены гормонально-активные опухоли: кортикостерома у 95 (32,5 %) пациентов, альдостерома – у 107 (36,3 %), феохромоцитомы – у 89 (30,5 %) и андростерома – у 2 (0,7 %).

Кортикостерома – кортизол продуцирующая опухоль коры надпочечников, клинически проявлялась синдромом Иценко-Кушинга. Характеризовалась односторонним поражением, имела округлую форму, желто-коричневый цвет, размером $4,1 \pm 1,4$ см (от 2,8 до 6,8 см). Капсула вокруг опухоли тонкая, имелась атрофичность контралатерального и пораженного надпочечника.

Альдостерома – альдостерон секретирующая опухоль клубочковой зоны коры надпочечников, клинически проявлялась гипернатриемической АГ, нейромышечными нарушениями и почечными расстройствами – синдромом Конна. Альдостерома определялась как округлое гомогенное образование с четкими, ровными контурами, размером $1,6 \pm 0,6$ см (от 0,8 до 2,5 см) на разрезе охряно-желтого цвета с гладкой поверхностью.

Феохромоцитомы – опухоль нейроэктодермального происхождения из хромоаффинных клеток мозгового вещества надпочечников, продуцирующих катехоламины. Поэтому основным ее симптомом являлась АГ с характерными гипертоническими кризами. Макроскопически опухоль имела округлую форму, иногда была бугристой, с плотной фиброзной капсулой, размером – $5,2 \pm 2,6$ см (от 2,5 до 12,5 см). На разрезе – пятнистая, буровато-коричневой окраски с участками некроза, кровоизлияний и обызвествления.

Классическая люмботомия считалась методом выбора в хирургии опухолей надпочечников в течение почти 80 лет. Этот метод травматичен, так как используется разрез с рассечением большого мышечного массива, резекцией ребер, вскрытием плевральных синусов. С 2001 г. в нашей клинике малоинвазивные вмешательства стали основным стандартом в лечении доброкачественных новообразований надпочечников.

Цель. Изучить результаты применения традиционной открытой и ретроперитонеоскопической адrenaлэктомии у пациентов с доброкачественными гормонально-активными НН (ДГАНН), оценить преимущества и недостатки каждой из них для дальнейшего совершенствования хирургического вмешательства у этой сложной категории больных.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 115 пациента с ДГАНН. В зависимости от вида хирургического вмешательства пациенты были разделены на две группы сравнения. Первую (контрольную) группу (КГ) составили 65 пациентов, которым адrenaлэктомия выполнялась открытым люмботомическим доступом в XI-м межреберье. Пациентам ($n=50$) второй (опытной) группы (ОГ) сравнения выполняли ретроперитонеоскопическую адrenaлэктомию задним доступом.

Результаты и обсуждения. В КГ средний возраст составил $40 \pm 13,8$ лет, в ОГ - 47 ± 14 ($p > 0,05$). Женщин в первой группе было 67,7 %, мужчин – 32,3 %, во второй – 76 % и 24 % соответственно ($p > 0,05$). Продолжительность оперативного вмешательства в КГ составила 95 ± 20 минут, а в ОГ это время было почти в 2 раза большим – 158 ± 57 минут ($p < 0,05$). Объем кровопотери в ОГ был незначительным – менее 150 мл у 96 % случаев и только у 2 (4 %) пациентов он превысил 300 мл, что значительно меньше, чем в КГ, где этот показатель составил 665 ± 75 мл ($p < 0,05$). В 20 % случаях после выполнения открытой адrenaлэктомии возникла необходимость в гемотрансфузии. При выполнении видеоэндоскопической операции у 4 (8 %) пациентов развился пневмоторакс, что потребовало дренирования плевральной полости во время операции. В КГ пневмоторакс был отмечен в 2 (3 %) случаях.

После открытой адrenaлэктомии у 11 (16,9 %) пациентов развились осложнения со стороны операционной раны. Это были: гематомы (4), гнойное воспаление (4), лигатурные свищи (2), серома (1). Релаксация передней брюшной стенки была отмечена у 8 (12,3 %) пациентов из КГ, в то время как в ОГ только у 1 (2 %) пациента имел место локальный парез мышц живота.

Послеоперационный период у пациентов, которым выполнялось малоинвазивное вмешательство, протекал значительно легче, чем у пациентов после открытой адrenaлэктомии. Это проявлялось в первую очередь более быстрой активизацией пациентов и комфортным общим состоянием, отсутствием выраженного болевого синдрома и осложнений со стороны операционной раны, нормализацией показателей крови и температуры тела в течение 3 дней против 6 в КГ ($p < 0,05$). Длительность периода назначения анальгетиков после адrenaлэктомии был достоверно короче у пациентов ОГ- 4 ± 2 дня, чем у пациентов КГ- $8,7 \pm 3,8$ дня ($p < 0,05$). Антибактериальная терапия в ОГ сводилась к однократному профилактическому введению цефалоспоринов 2-го поколения за 2 часа до операции у 15 (30 %) пациентов, у остальных – 35 (70 %) она продолжалась $4 \pm 1,8$ дней против $11 \pm 4,4$ дней в КГ ($p < 0,05$). Средние сроки стационарного лечения в послеоперационном периоде в группах сравнения также имели существенное различие и составили в КГ – $16,7 \pm 4,2$ дней, а в ОГ только 7 ± 3 дней ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, сравнительный анализ двух методик адrenaлэктомии у пациентов с ДГАНН выявил безусловное преимущество малоинвазивного вмешательства над традиционной открытой операцией. По мере совершенствования техники данной операции, длительность адrenaлэктомии сократилась до 1,5–2 часов, а развитие пневмоторакса в течение последних 4 лет мы не наблюдали.

В заключении мы хотим подчеркнуть, что хирургическое лечение пациентов с НН должно проводиться в специализированных клиниках, где доступны современные методы лабораторной гормональной и лучевой топической (КТ, МРТ) диагностики, имеется необходимое оснащение и подготовленные специалисты.