

Многообразие способов лечения ВБНК диктует необходимость определения четких показаний для каждого из них и требует индиви-

дуального подхода к пациенту, что определяет успех в лечении данной распространенной патологии.



УДК 616.45-006.03-089

А.Б. Кутовой¹,
Э.В. Жмуренко¹,
И.В. Дейнеко²

ОПЕРАЦИИ МАЛЫХ ДОСТУПОВ В ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹

ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина

КП «Днепропетровская областная больница им. И.И. Мечникова»²
пл. Соборная, 14, Днепр, 49005, Украина

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

ME «Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital I.I. Mechnikov»²

Soborna sq., 14, Dnipro, 49005, Ukraine

Технические вопросы адреналэктомии изменяются в соответствии с разработкой и внедрением новых технологий. Приоритетом в настоящее время является лапароскопическая адреналэктомия, при этом не теряют своего значения традиционные малоинвазивные вмешательства. Одними из определяющих факторов при выборе метода адреналэктомии являются тип опухоли, её гормональная активность, размеры и плотность. Выполнение адреналэктомий посредством малых доступов представляет особый интерес, так как данный метод сочетает в себе преимущества традиционной и эндоскопической методик.

Цель – сравнить результаты лечения больных с новообразованиями надпочечников в зависимости от метода хирургического вмешательства.

С 2009 по 2011 год на базе отделения эндоскопической хирургии ОКБМ нами прооперировано 135 больных с новообразованиями надпочечников, из них доброкачественные опухоли были выявлены у 115 пациентов, злокачественные – у 20. Средний возраст пациентов составил 54,5±2,6 года. У большинства больных применялась мануально ассистированная адреналэктомия (hand assistant laparoscopic adrenalectomy (HALS)) – у 110 (81,5%), лапароскопическая адреналэктомия (ЛА) выполнена у 10 (7,4%), традиционная – у 15 (17,8%).

Длительность операции при HALS в среднем составила 63,4±2,5 мин., при ЛА – 81±4 мин., при традиционной – 98,8±9,1 мин. Размер опухоли, удаленной по методике HALS, достигал 4,48±0,1 см при доброкачественных опухолях (104 (77,0%)) и 5,4±0,2 см при злокачественных (6 (4,4%)), при ЛА – 2,75±0,4 см при доброкачественных (7 (5,2%)) и 3,1±0,1 см при злокачественных (3 (2,2%)), при традиционной – 3,63±0,4 см при доброкачественных опухолях (6 (4,4%)) и 7,3±0,3 см при злокачественных (9 (6,7%)). В ходе лапароскопической адреналэктомии в 4 (2,9%) случаях была выполнена конверсия, в связи с прорастанием злокачественной опухоли за пределы надпочечниковой железы, поражением близлежащих органов и тканей и как следствие необходимостью в расширении объема вмешательства. При выполнении HALS потребовалась конверсия в 3 (2,2%) случаях в связи с кровотечением из нижней полой вены и нижней диафрагмальной артерии.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов после HALS и эндоскопической адреналэктомии наблюдался менее выраженный болевой синдром, происходила быстрая активизация и восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника по сравнению с

традиційними вмешательствами, в середньому на $1,8 \pm 0,4$ і $3,7 \pm 0,1$ сутки відповідно.

ВИВОДИ

HALS адреналектомія дозволяє удалити опухоль більше 4 см вне зависимости от гистоло-

гической структуры при отсутствии признаков распространения злокачественного процесса.

Методика HALS расширяет возможности хирурга, облегчает выполнение основного этапа операции и ликвидацию возникающих осложнений.



УДК 616.366.-003.7-07-089

**О.Б. Кутовий,
К.О. Денисова,
Д.В. Балик**

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ ПЕРИАМПУЛЯРНОЇ ЗОНИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Днепр, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Захворюваність на рак підшлункової залози неухильно зростає і становить близько 9,5-11 на 100 тис. населення на рік.

Мета роботи – оцінка безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування пухлин периапулярної зони.

Нами проведено аналіз результатів 92 ПДР, виконаних за період з 2008, у клініці хірургії № 2 на базі Дніпровської обласної лікарні ім. І.І. Мечникова. Серед хворих було 49 (53,2%) чоловіків і 43 (46,8%) жінки у віці від 24 до 81 року. Середній вік пацієнтів – $58,5 \pm 7,9$ року. У гістологічній структурі пухлин аденокарцинома головки підшлункової залози становила – 74,6%, псевдотуморозний панкреатит – 12,0%, аденома підшлункової залози – 3,6%, скіррозний рак – 3,6%, нейроендокринні пухлини – 2,4%, ГІСТ – 1,2%, ацинарний паренхіматозний рак – 1,2%, протоковий рак – 1,2%. При цьому у 80 (86,9%) випадках пухлина виходила з головки підшлункової залози, у 7 (7,6%) – з великого дуоденального сосочка, у 5 (5,4%) – з холедоха. За наявності жовтяниці легкого або середнього ступеня тяжкості хірургічне втручання виконували одним етапом. У випадку наявності жовтяниці важкого ступеня був реалізований двоетапний підхід до лікування. Першим етапом проводили деком-

пресію жовчних шляхів (черезшкірно – через печінкове дронування жовчних проток). Після зовнішнього дронування повертали жовч до шлунково-кишкового тракту та проводили гепатотропну терапію. Жовч повертали перорально, призначаючи антисекреторні та обволікуючі засоби для захисту слизової стравоходу та шлунка. Для нейтралізації гірких властивостей жовчі її розводили з напоями, що містили лимонну кислоту, таким чином виключаючи появу печії та нудоти. Проміжок часу між першим та другим етапами лікування становив $29 \pm 9,4$ доби. Критерієм виконання хірургічних втручань другого етапу був рівень білірубінемії нижче 50 мкмоль/л. 62 (67,3%) хворим панкреатодуоденальна резекція була виконана другим етапом лікування, 30 (32,6%) хворим – першим. Виділення і видалення органокмлексу проводили стандартним шляхом у 47 (51,0%) пацієнтів, за "no-touch" технологією – у 45 (48,9%). Пілорозберігаюча ПДР виконана в 12 (13,0%) випадках. Відновлювальний етап ПДР здійснювався за Whipple. Вибір методу панкреатоєюноанастомозу залежав від поперечних розмірів перешийка і тіла підшлункової залози, діаметра Вірсунгової протоки. У 18 (19,5%) випадках проведена вірсунгоєюностомія, у