



Э. В. Жмуренко

ГУ «Днепропетровская
медицинская академия»,
г. Днепр, Украина

© Жмуренко Э. В

НАБЛЮДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЕДИНСТВЕННОГО НАДПОЧЕЧНИКА СПРАВА

Актуальность. Хирургическое вмешательство является основным радикальным и эффективным методом лечения доброкачественных опухолей надпочечников. Особый интерес представляет возможность выполнения органосберегающих операций у больных с опухолью контралатерального надпочечника более 3 см после ранее перенесенной адреналэктомии.

Цель работы: оценить результаты субтотальной резекции единственного надпочечника справа по поводу доброкачественной опухоли.

Результаты: В данном разделе статьи приведено подробное описание жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных методов исследований пациентки до и после хирургического вмешательства.

Выводы. 1) Удаление опухоли единственного надпочечника с центральным его сегментом и перевязка его центральной вены не привели к нарушению гормональной функции железы в период наблюдения до 2 месяцев после хирургического вмешательства.

2) После выполненной резекции единственного надпочечника показатели артериального давления стойко снизилось, что сопровождалось снижением доз антигипертензивных препаратов.

Ключевые слова: надпочечники, адреналэктомия, резекция, опухоль, хирургическое лечение.

Введение

Хирургическое вмешательство является основным радикальным и эффективным методом лечения доброкачественных опухолей надпочечников [1, 4]. На сегодняшний день предложено более 50 методик различных доступов к этим железам, каждая из которых имеет свои преимущества и недостатки [7, 9, 11]. В большинстве ведущих клиник при выявлении новообразований надпочечниковых желез стандартным объемом операции считается адреналэктомия [2, 3]. Наблюдение за пациентами, перенесшими данную операцию, показало, что в 14,5 % случаев в отдаленном периоде развивается гиперплазия ткани оставшейся железы, в 4,3 % в ней выявляется опухоль, причём чаще в случае удаления гормональноактивного новообразования [1, 6, 8]. Использование при этом повторного стандартного вмешательства впоследствии приводит к необходимости в пожизненном приеме заместительной гормональной терапии. Поэтому особый интерес представляет возможность выполнения органосберегающих операций у больных в подобных случаях [5, 10].

Цель работы

Оценить результаты субтотальной резекции единственного надпочечника справа по поводу доброкачественной опухоли.

Материалы и методы исследований

Больная Р., 1948 г. р. № и/б ЭА 13143 поступила в отделение эндокринной хирургии Днепропетровской областной клинической больницы им. И. И. Мечникова с жалобами на боли в пояснице, крупных суставах конечностей, повышение артериального давления (АД) от 160/90 до 190/120 мм рт. ст., общую слабость. Из анамнеза известно, что в 2010 году больной была выполнена тотальная адреналэктомия слева по поводу кортикостеромы надпочечника. В 2017 году пациентка перенесла радикальную мастэктомию по Маддену слева в связи с тубулярным раком левой молочной железы.

После адреналэктомии у больной ежегодно производился контроль кортизола мочи и адренкортикотропного гормона (АКТГ). В апреле 2018 года пациентке выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ) без контрастирования с целью диагностики патологии позвоночника. При этом в области правого надпочечника было обнаружено округлое образование 32×19 мм, плотностью +33 НУ. Левый надпочечник не визуализировался.

В качестве сопутствующей патологии у пациентки выявлены ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II ст 3 ст, риск 4, кроме того, остеохондроз, деформирующий спондилез, спондилоартроз

поясничного отдела позвоночника, дегенеративно – дистрофические изменения дисков, дегенеративный ретролистез L₃, стеноз позвоночного канала на уровне L₁ – L₂ – L₃ – L₄ – L₅. Больная принимала блокаторы кальциевых каналов (амлодипин 20 мг на ночь), нетиазидный диуретик (индапамид 2,5 мг утром), сартан (лозартан 100 мг в обед) и комбинированный препарат – блокатор альфа- и бета-рецепторов (карведилол 12,5 вечером).

По результатам гормональных исследований в описанный период значимых отклонений от нормальных показателей (референсных значений (р.з.)) не выявлено: кортизол мочи – 150 (р. з. 50-193), АКТГ – 12 (р.з. до 46), альдостерон крови – 45 (р. з. 25,1-191,6), альдостерон-рениновое соотношение (АРС) – 2 (р.з. 3,5-7,0), общий метанефрин мочи – 130 (р.з. 120-320). Учитывая размеры образования и нормальные показатели гормонов сыворотки крови и мочи принято решение о динамическом наблюдении за пациенткой и повторении СКТ с внутривенным контрастированием, а также об определении функции пораженного надпочечника через 6 месяцев.

Спустя 7 месяцев произведена СКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием, при которой справа в теле правого надпочечника с распространением на медиальную ножку выявлено новообразование 37×30×27 мм, интимно прилегающее к нижней полой вене, неоднородной структуры с гиперденсивными включениями плотностью — 7+16 НУ, в артериальную фазу — +25 +35 НУ, в венозную — +12-14 НУ, скорость вымывания контраста – 55 %. В качестве дополнительной информации у больной была обнаружена киста левой почки 31×24×26 мм.

Проведенные гормональные исследования также не выявили значимых отклонений от соответствующих референсных значений: кортизол мочи – 147,15 (р. з. 50-190), АКТГ – 13 (р. з. до 45), альдостерон – 55 (р. з. 25,1-191,6), метанефрин – 30 (р. з. 10-70,5), норметанефрин – 158 (р. з. 25,1-191,6), 3-метокситирамин крови – 5,2 (р. з. до 18,3).

Исследуемые показатели электролитов крови также косвенно не отражали значимых гормональных сдвигов: натрий – 147 (р. з. 136-145 ммоль/л), калий – 4,4 (р.з. 3,5-5,1 ммоль/л), хлор – 106 (р. з. 98-107 ммоль/л).

Учитывая продолжающийся рост опухоли, не смотря на отсутствие гормональных нарушений, возраст пациентки и наличие онкологического анамнеза, были выработаны показания к хирургическому вмешательству.

Результаты исследований и их обсуждение

05.12.2018 года под комбинированным внутривенным обезболиванием с искусственной вентилацией легких выполнена операция: видеоасси-

стированная субтотальная резекция правого надпочечника. Во время операции при пальпации и визуальной оценке пораженного надпочечника в центральном сегменте железы обнаружено образование 35×40 мм. Опухоль после поэтапного клиппирования паренхимы надпочечника была удалена в пределах здоровых тканей, при этом возникла необходимость в пересечении его центральной вены.

После пересечения центральной вены снижения показателей гемодинамики не наблюдалось. (АД на протяжении всей операции колебалось от 110/60 мм рт. ст. до 115/70 мм рт. ст.). Тем не менее, периоперационно больной было введено 300 мг гидрокортизона (в дополнение к 100 мг гидрокортизона в качестве премедикации). Макроскопически новообразование было в капсуле, гомогенной структуры, мягко-эластичной консистенции, желтого цвета без визуальных признаков злокачественности (рис.1). По результатам экспресс-диагностики опухоли получено заключение: аденома коры надпочечника. Длительность операции составила 80 минут, кровопотеря 100 мл.

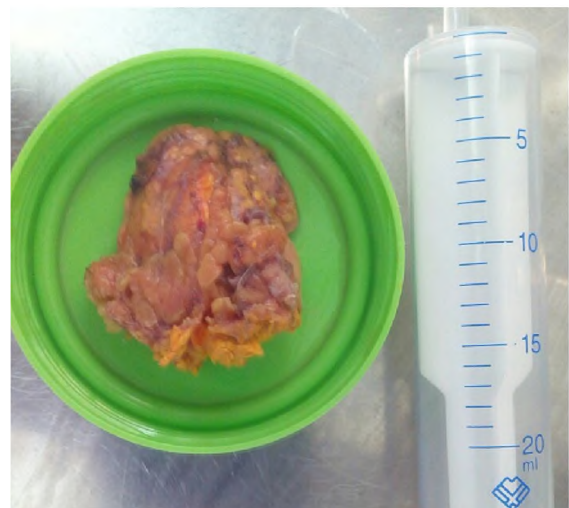


Рис. 1. Удалённая опухоль надпочечника с частью ткани железы

В течение первых суток после хирургического вмешательства показатели АД у пациентки колебались от 110/60 до 150/80 мм рт. ст., пульс – от 66 до 72 ударов в минуту. На вторые сутки возникла необходимость в заместительной терапии (введен гидрокортизон 100 мг), в связи со снижением систолического АД ниже 100 мм рт. ст. На 5 сутки после операции отмечался подъем АД до 175/85 мм рт. ст. против 140/70 мм рт. ст. в течение раннего послеоперационного периода. После выполненного хирургического вмешательства доза диуретика и блокатора кальциевых каналов была снижена на половину и отменён сартан.

При выписке и спустя 2 месяца отклонения показателей гормональной активности отсут-



ствовавали: кортизол мочи соответственно составлял 130 и 133,4 мкг/24 часа (р.з. 50-190), K^+ – 4,7 и 4,4 (р.з. 3,5-5,1), Na^+ – 142 и 144 (р.з. 140-45), Cl^- – 103 и 101 (р.з. 98-108). Уровень АД сист. составляет 134,8 мм рт. ст. (ДИ 95 % 123-145).

Выводы

1. Удаление опухоли единственного надпочечника с центральным его сегментом и перевязка

его центральной вены не привели к нарушению гормональной функции железы в период наблюдения до 2 месяцев после хирургического вмешательства.

2. После выполненной резекции единственного надпочечника показатели артериального давления стойко снизилось, что сопровождалось снижением доз антигипертензивных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быкова Н. М. и др. Динамика размеров опухолей при длительном наблюдении за больными с инциденталомами надпочечников //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 97. – №. 6.
2. Енгальчев Ф. Ш. и др. Опыт применения лапароскопической трансперитонеальной адреналэктомии. Сравнительный анализ «Открытых» и лапароскопических адреналэктомии //Поволжский онкологический вестник. – 2016. – №. 2 (24).
3. Котельникова Л. П., Федачук А. Н., Мокина Г. Ю. Эндохирургические вмешательства при опухолях надпочечников //Пермский медицинский журнал. – 2016. – Т. 33. – №. 4.
4. Курганов И. А. и др. Являются ли большие размеры новообразования надпочечника техническим ограничением к выполнению лапароскопической адреналэктомии //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2018. – №. 12. – С. 100-105.
5. Пилипчук В. І. Результати хірургічного лікування об'ємних новоутворень наднирників // Клінічна хірургія. – 2018. – Т. 85. – №. 8. – С. 68-71.
6. Садриев О. Н., Маризоева М., Кодиров А. Р. Хирургические доступы для адреналэктомии //Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2017. – Т. 5. – №. 1.
7. Семенов Д. Ю. и др. Сравнительная оценка различных объемов операций при опухолевых заболеваниях надпочечников //Эндокринная хирургия. – 2016. – Т. 10. – №. 2.
8. Харнас С. С. и др. Выбор оптимального оперативного доступа для адреналэктомии //Успенские чтения. – 2015. – С. 165-165.
9. Fassnacht M. et al. Management of adrenal incidentalomas: European society of endocrinology clinical practice guideline in collaboration with the European network for the study of adrenal tumors //European Journal of Endocrinology. – 2016. – Т. 175. – №. 2. – С. G1-G34. <https://doi.org/10.1530/EJE-16-0467>
10. Kerkhofs T. M. et al. Adrenal tumors with unexpected outcome: a review of the literature //International journal of endocrinology. – 2015. – Т. 2015. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/710514>
11. Melnichenko G. A. et al. Clinical guidelines synopsis Primary hyperaldosteronism: diagnosis and treatment. A new look at the problem. According to the materials of the Russian Association of Endocrinologists clinical guidelines for primary hyperaldosteronism diagnosis and treatment //CONSILIUM MEDICUM. – 2017. – Т. 19. – №. 4. – С. 75.



СПОСТЕРЕЖЕННЯ
РЕЗУЛЬТАТІВ
СУБТОТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ
ЄДИНОЇ НАДНИРКОВОЇ
ЗАЛОЗИ СПРАВА

Е. В. Жмуренко

Актуальність. Хірургічне втручання є основним радикальним і ефективним методом лікування доброякісних пухлин надниркових залоз. Особливий інтерес представляє можливість виконання органозберігаючих операцій у хворих з пухлиною контралатеральної надниркової залози більше за 3 см після раніше перенесеної адреналектомії.

Мета роботи: оцінити результати субтотальної резекції єдиної надниркової залози справа з приводу доброякісної пухлини.

Результати: у даному розділі статті наведено докладний опис скарг, анамнезу, результатів лабораторних та інструментальних методів досліджень пацієнтки до і після хірургічного втручання.

Висновки. 1) Видалення пухлини єдиної надниркової залози з центральним її сегментом і перев'язка її центральної вени не привели до порушення гормональної функції залози в період спостереження до 2 місяців після хірургічного втручання.

2) Після виконаної резекції єдиної надниркової залози показники артеріального тиску стійко знизилося, що супроводжувалося зниженням доз антигіпертензивних препаратів.

Ключові слова: наднирникові залози, адреналектомія, резекція, пухлина, хірургічне лікування.

OBSERVATION
OF THE RESULTS OF THE
SUBTOTAL RESECTION
OF THE ONLY ADRENAL
TO THE RIGHT

E. V. Zhmurenko

Relevance. Surgical intervention is the main radical and effective treatment for benign adrenal tumors. Of particular interest is the possibility of performing organ-saving operations in patients with a tumor of the contralateral adrenal gland more than 3 cm after previously undergoing adrenalectomy.

Objective: to evaluate the results of the subtotal resection of the only adrenal gland on the right regarding a benign tumor.

Results. This section of the article provides a detailed description of complaints, anamnesis, results of laboratory and instrumental methods of research of the patient before and after surgery.

Conclusions. 1) Removal of a tumor of a single adrenal gland with its central segment and ligation of its central vein did not lead to disruption of the hormonal function of the gland during the observation period up to 2 months after surgery.

2) After a single adrenal gland resection was performed, blood pressure indices steadily decreased, which was accompanied by a decrease in doses of antihypertensive drugs.

Key words: adrenal glands, adrenalectomy, resection, tumor, surgical treatment.