

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Кутовой А.Б.², Жмуренко Э.В.², Меренкова С.П.¹

¹КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова» ДООС, г.Днепр, Украина.
²Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины

С 2011 по 2016 г.г. в КУ «ОКБМ» ДООС пролечено 102 пациента с новообразованиями надпочечников: из них вмешательства лапаротомным доступом произведены у 16 больных, мануально ассистированные лапароскопические операции (МАЛ) - у 86. Пациенты, перенесшие МАЛ были разделены на 2 группы: контрольную (n = 44), которым выполнена тотальная адrenaлэктомия и основную (n = 42) – после субтотальной резекции. По результатам окончательного патоморфологического исследования наиболее часто диагностирована аденома (52,9 %).

Показано, что МАЛ адrenaлэктомия является эффективным методом лечения как доброкачественных, так и злокачественных опухолей надпочечников при условии отсутствия регионарных и отдаленных метастазов. Выполнение субтотальных резекций при доброкачественных образованиях надпочечниковых желез позволило уменьшить количество ранних и отдаленных послеоперационных осложнений.

Выбор метода хирургического лечения злокачественных поражений надпочечников представляет проблему и определяется локализацией, размерами и степенью распространения опухоли.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мануально ассистированная лапароскопическая адrenaлэктомия, тотальная, субтотальная адrenaлэктомия.

На сегодняшний день вопросу хирургического лечения опухолей надпочечников посвящено большое количество работ. Адrenaлэктомия у пациентов с новообразованиями надпочечников является единственным методом радикального лечения. Ввиду особенностей топографической анатомии органов и развития современных технологий в хирургии разработано около 50 модификаций доступов к надпочечниковым железам. Внедрение в клиническую практику эндовидеохирургических методов позволило улучшить ближайшие и отдаленные результаты адrenaлэктомии, однако не исключает вероятность развития интраоперационных осложнений.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить результаты хирургического лечения опухолей надпочечников.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

С 2011 по 2016 г.г. в КУ «ОКБМ» ДООС находились на лечении 102 пациента с новообразованиями надпочечников: из них вмешательства лапаротомным доступом произведены у 16 больных, мануально ассистированные лапароскопические операции (МАЛ) - у 86. Пациенты после МАЛ были разделены на 2 группы: контрольную (n = 44), которые перенесли тотальную адrenaлэктомия и основную (n = 42) - субтотальные ре-

зекции. Средний возраст больных составил $52,5 \pm 1,1$ лет, женщин было 67 (77,9 %), мужчин - 19 (22,1 %).

Всем пациентам с образованиями надпочечников проводили стандартные лабораторные исследования, включающие определение электролитного состава крови, уровня альдостерона, дегидроэпиандростерон - сульфата, ренина и адренкортикотропного гормона крови, альдостерон - ренинового соотношения, 17-оксипрогестерона, тестостерона, эстрадиола, экскрецию кортизола, метанефрина суточной мочи, уровень кортизола слюны. Кроме того выполняли УЗИ и КТ с контрастированием органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

В случае злокачественной опухоли надпочечника показанием к МАЛ адреналэктомии было отсутствие поражения близлежащих органов, прорастания в капсулу железы, и отсутствие отдаленных метастазов опухоли.

Статистический анализ результатов исследования выполнили с помощью программы Statistica 6.0, Microsoft Excel. За критический уровень значимости принималось значение $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

По результатам окончательного патоморфологического исследования аденома диагностирована в 54 случаях (52,9 %), альдостерома – в 5 (4,9 %), кортикостерома – в 8 (7,8 %), гиперплазия коры - в 3 (2,9 %), лимфангиома – в 1 (0,98 %), миелолипома – в 1 (0,98 %), ганглионеврома – в 1 (0,98 %), феохромоцитома – у 6 (5,9 %), тестостерома – у 1 (0,98 %), киста – у 1 (0,98 %), гематома – у 1 (0,98 %), липома – у 1 (0,98 %), гемангиома – у 1 (0,98 %), нейрофиброма – у 1 (0,98 %), адренкортикальный рак – у 7 (6,8 %), низкодифференцированный рак – у 3 (2,9 %), метастаз рака иной локализации – у 4 (3,9 %), мезенхимальная саркома – у 1 (0,98 %), злокачественная феохромоцитома – у 2 (2,0 %).

Использование мануальной ассистенции при лапароскопической резекции надпочечника облегчало определение локализации опухоли, ее формы, связи с окружающими органами, упрощало выделение надпочечника и сосудов, отделение опухоли от окружающих тканей и органов, что особенно важно при левостороннем патологическом процессе.

Длительность хирургического вмешательства в контрольной группе в среднем составила – $65,9 \pm 1,2$ мин, в основной – $49,8 \pm 0,9$ мин, $p < 0,05$; объем кровопотери у пациентов контрольной группы $101,3 \pm 2,1$ мл, основной – $67,8 \pm 1,4$ мл, $p < 0,01$, средний размер опухоли в контрольной группе - $44,1 \pm 0,98$ мм, основной - $36,2 \pm 0,82$ мм, $p < 0,05$.

Полученные результаты после субтотальных адреналэктомий выгодно отличались по большинству показателей, характеризующих не только ход операции, но и частоту развития послеоперационных осложнений.

К интраоперационным осложнениям относились: в 1 случае кровотечение из паренхимы железы при субтотальной адреналэктомии, повреждение нижней полой (1

больной) и веток нижней диафрагмальной вены (1 больной) при тотальной.

К ранним послеоперационным осложнениям относились: наличие гематомы на месте удаленной опухоли (у 5 пациентов после тотальной адреналэктомии, у 2 - после субтотальной), серома послеоперационного рубца (у 2 больных после тотальной адреналэктомии), явления НН (у 2 пациентов с кортикостеромой после субтотальной резекции, в 4 случаях - после тотальной адреналэктомии).

В результате контроля показателей гормонального фона и общего состояния 52 больных после проведенного хирургического лечения в течение 2 - 36 месяцев было установлено, что после тотальных адреналэктомий в 4 случаях имели место грыжи послеоперационного рубца, в 2 - опухоли контралатерального надпочечника, в 3 - симптомы НН, у 3 пациентов - повышение уровня кортизола на $23 \pm 1,5$ ед., у 1 - дофамина без признаков органической патологии оставшейся железы. После субтотальных адреналэктомий по поводу кортикостеромы через 6 месяцев клинически отмечено улучшение общего состояния в виде нормализации цифр АД, уровня гликемии, восстановления состояния кожных покровов, снижение массы тела и восстановление менструального цикла, но в 2 случаях сохраняется необходимость в приеме заместительной терапии.

После проведенного хирургического лечения всем больным с различными формами рака рекомендована дистанционная гамма - терапия (СОД 60-80 Гр). В случае аденокортикального рака рецидив опухоли отмечался у 3 больных (III-IV стадии), двое из них умерло в сроки 2 лет после операции. У 4 больных с метастазами опухоли иной локализации (светлоклеточный рак почки, умеренно- и низкодифференцированный рак, лимфосаркома) были также назначены курсы полихимиотерапии с учетом их чувствительности. Показатели 3-х летней выживаемости этих пациентов составили около 25%.

ВЫВОДЫ:

Показано, что мануально ассистированная лапароскопическая адреналэктомия является эффективным методом лечения как доброкачественных, так и злокачественных опухолей надпочечников при условии отсутствия регионарных и отдаленных метастазов. Выполнение субтотальных резекций при доброкачественных образованиях надпочечниковых желез позволило уменьшить количество ранних и отдаленных послеоперационных осложнений.

Выбор метода хирургического лечения злокачественных поражений надпочечников представляет проблему и определяется локализацией, размерами и степенью распространения опухоли.