



А.С. Никоненко, С.Н. Завгородний, А.А. Подлужный, С.О. Вильховой, Е.И. Гайдаржи

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключові слова:** пухлини наднирників, симультанні операції.

**Ключевые слова:** опухоли надпочечников, симультанные операции.

**Key words:** adrenal tumors, simultaneous operations.

У 20-30% пациентов, поступающих в хирургические стационары, диагностируются 2-3 заболевания, требующие оперативного лечения. В статье анализируются случаи одномоментного оперативного лечения 10 больных с опухолями надпочечников и сопутствующей хирургической патологией на базе ЗОКБ. Обсуждаются вопросы выбора доступа и этапности выполнения хирургических вмешательств у данной группы пациентов.

У 20-30% пацієнтів, що надходять у хірургічні стаціонари, діагностуються 2-3 захворювання, що потребують оперативного лікування. У статті аналізуються випадки одночасного оперативного лікування 10 хворих з пухлинами наднирників і супутньою хірургічною патологією на базі ЗОКБ. Обговорюються питання вибору доступу й етапності виконання хірургічних втручань у даної групи пацієнтів.

About 20-30% of the patients, who enter surgical departments, have 2 or 3 diseases, which ought to be operated. We analysed 10 simultaneous operations performed with the patients, who suffered from both adrenal tumor and other kind of surgical disease. The approach choice and the order of stage during the operation are discussed.

Артериальная гипертензия является одной из наиболее актуальных проблем медицины. В настоящее время у 35% пациентов причиной повышения артериального давления является симптоматическая гипертензия (САГ), из них у 15-25% она является следствием эндокринной гипертонии надпочечникового генеза [5]. В то же время своевременная диагностика этих заболеваний и вовремя начатое лечение в большинстве случаев приводит к выздоровлению пациентов [1].

До настоящего времени у 1/3 больных диагноз САГ, обусловленной опухолями надпочечников (ОН), устанавливается не ранее чем через 5 лет [6]. Такое «затягивание» сроков лечения на фоне улучшения диагностических возможностей в современных лечебных учреждениях приводит к тому, что у 20-30% пациентов, поступающих в хирургические стационары, диагностируются 2-3 заболевания, требующие оперативного лечения [4].

Подобная ситуация особенно актуальна для больных с инциденталомиями надпочечников (ИН) – образований, обнаруженных при визуализирующих исследованиях брюшной полости и забрюшинного пространства по поводу, не связанному с патологией надпочечников [2,3,7].

Достижения последних лет в хирургии и анестезиологии создали реальные условия для выполнения симультанных операций (СО), позволяющих одномоментно провести коррекцию нескольких хирургических заболеваний у одного больного. Таким образом, перед хирургом закономерно возникает вопрос о выборе адекватного доступа и оптимальной этапности хирургического вмешательства [1].

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ:** изучить возможность выполнения СО у пациентов с ОН, течение раннего послеоперационного периода; дать рекомендации по поводу выбора хирургической тактики.

### ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В период с 1985 по 2008 г.г. в клинике на обследовании и лечении находились 86 больных с ОН. Среди них 68 женщин и 18 мужчин в возрасте от 23 до 75 лет. Средний возраст составил  $47,9 \pm 12,6$  лет. Все пациенты оперированы. С целью выяснения

гормональной активности ОН в плазме и моче определяли катехоламины и их метаболиты, ДГЭА, кортизол, 17-ОКС, 11-ОКС, 17-КС, АКТГ, эстрогены и андрогены, ренин.

СО выполнены у 10 больных, из которых 9 женщин и 1 мужчина. При морфологическом исследовании ОН обнаружено: 1 альдостерома (10%), 2 миелолипомы (20%), 1 феохромоцитомы (10%), 1 гиперплазия коры Н (10%), 5 аденомы коры Н (50%). Из них инциденталом 50% (2 миелолипомы, 2 аденомы коры Н, 1 гиперплазия коры). Показанием к проведению симультанных операций явилось сочетание ОН с желчнокаменной болезнью, патологией щитовидной и паращитовидной желез, кистой почки. При этом у 8 (80%) пациентов одномоментно проведены оперативные вмешательства по поводу 2-х заболеваний, у 1 (10%) – 3 и у 1 (10%) – 4-х конкурирующих патологий.

Адреналэктомии проводили традиционным (люмботомия, лапаротомия) и миниинвазивными доступами (лапароскопия). Всего проведено 3 (30%) лапароскопических адреналэктомии (ЛАЭ), при этом 2 левосторонние в сочетании с паратиреоидэктомией и резекцией щитовидной железы и 1 правосторонняя в сочетании с лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ).

В 4 случаях (40%) использован лапаротомный доступ при поражении правого Н в сочетании с ЖКБ, в 2 случаях (20%) – люмботомия по 10 межреберью при опухоли левого Н и ЖКБ соответственно, в 1 случае (10%) – торакофренолюмботомия при опухоли правого Н и резекции кисты почки.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.** Средняя продолжительность операции составила  $149 \pm 34,55$  мин, что зависит от опыта и техники хирурга, а также адекватно выбранного хирургического доступа. Средняя продолжительность послеоперационного периода была  $10 \pm 3,71$ .

При выставлении показаний к проведению симультанных операций в обязательном порядке проводилась оценка операционного риска. Считаем, что у пациентов с высоким уровнем операционного риска СО можно проводить только по жизненным показаниям. На этапе подготовки больных к



операции лечебные мероприятия предусматривали: коррекцию АД и лечение сердечной патологии, компенсацию углеводного и электролитного обменов, лечение сопутствующих заболеваний и санацию хронических очагов инфекции.

У 3-х пациентов (30%) с хроническим калькулезным холециститом и ОН справа выполнена лапаротомия по Федорову. Первым этапом проводили типичную холецистэктомию. После вскрытия париетальной брюшины визуализировали нижнюю полую вену, правый надпочечник. После перевязки центральной вены надпочечника удаляли опухоль с окружающей клетчаткой. Эти операции являлись исключениями, так как холецистэктомию выполняли перед адреналэктомией, что обусловлено выбранным доступом. Несмотря на то, что при СО желательнее в первую очередь выполнять максимально «чистый» и наиболее сложный этап операции, осложнений в послеоперационном периоде не было. В остальных случаях определяющими факторами очередности хирургического вмешательства являлись соблюдение принципов асептики, антисептики и абластики.

При включении в состав СО лапароскопического этапа, операцию начинали именно с лапароскопического доступа. Это связано с необходимостью наложения пневмоперитонеума и повышением внутрибрюшного давления, что крайне нежелательно после проведения операций на органах брюшной полости, а также с организационными сложностями (подключение лапароскопической стойки между этапами). У 1 пациента (10%) с сопутствующим хроническим калькулезным холециститом и ОН слева в порядке исключения первым этапом выполнена адреналэктомия из люмботомического доступа, так как дооперационно предполагалась феохромоцитома Н, что подтвердилось при морфологическом исследовании.

У 1 пациента после попытки лапароскопической правосторонней адреналэктомии обнаружена ОН, размерами больше 8 см в диаметре. Принято решение о конверсии путем верхнесрединной лапаротомии. Удалена ОН справа, после чего выполнена холецистэктомия, а также дренирование холедоха по Пиковскому в связи с холангитом.

При лапароскопическом удалении ОН и желчного пузыря первый этап операции начинали с адреналэктомии независимо от стороны поражения надпочечника. При этом СО правосторонней лапароскопической адреналэктомии и холецистэктомии проводились из стандартного для лапароскопической правосторонней адреналэктомии доступа.

У 2-х больных (20%) с узловым зобом, гиперпаратиреозом и ОН, первым этапом выполняли лапароскопическую адреналэктомию – наиболее сложный этап как для хирурга, так и для анестезиолога. У больной с кистой почки и ОН был выбран торакофренолюмботомический доступ. Он позволяет обнажить надпочечник под прямым углом, отсутствует необходимость в мобилизации соседних органов, прилежащие органы четко дифференцируются в ране.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие

#### **Сведения об авторах:**

Никоненко А.С., член-корр. НАН Украины, д.мед.н., профессор, ректор ЗМАПО, зав. каф. госпитальной хирургии ЗГМУ.  
Завгородний С.Н., д.мед.н., профессор, зав. каф. трансплантологии и эндокринной хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ЗМАПО.  
Подлужный А.А., магистрант кафедры госпитальной хирургии ЗГМУ.  
Вильховой С.О., к.мед.н. ассистент кафедры госпитальной хирургии ЗГМУ.  
Гайдаржи Е.И., аспирант каф. госпитальной хирургии ЗГМУ, магистр хирургии.

#### **Адрес для переписки:**

69000, г. Запорожье, бул. Строителей, 21, кв. 56, тел. дом.: (061) 2739404, тел.раб.: 0(612) 99-54-40, тел. моб.: (066) 121-81-99.

осложнения: нагноение послеоперационной раны после люмботомического доступа у одного пациента и кровотечение из хронической язвы ДПК у второго больного, что повлияло на продолжительность пребывания в стационаре.

В настоящее время принято считать, что ГНОН размерами до 3 см могут быть подвержены динамическому наблюдению. По нашему мнению, целесообразным является удаление ГНОН независимо от их размеров, если пациенту предстоит хирургическое вмешательство на органах брюшной полости и забрюшинного пространства.

Опыт применения симультанных операций у больных с ОН свидетельствует о возможности успешного лечения нескольких хирургических заболеваний одновременно, так как это не приводит к значительному увеличению длительности операции, росту числа интра- и послеоперационных осложнений, длительности пребывания пациента в стационаре. Современные достижения анестезиологии позволяют уйти от утверждения «один наркоз – одна операция», что позволяет снизить экономические затраты на проведение каждой операции в отдельности, а также устранить риск повторных операций и связанных с ними осложнений.

#### **ВЫВОДЫ**

1. У больных с ОН и сопутствующей хирургической патологией возможно проведение симультанных операций, при этом обязательным условием их выполнения должна быть оценка операционного и анестезиологического риска до операции.

2. При оперативном вмешательстве на органах брюшной полости и забрюшинного пространства у больного с ГНОН целесообразно выполнять операцию на надпочечнике, при этом адреналэктомия должна выполняться первым этапом.

3. Этапность выполнения хирургического вмешательства является важным фактором успешного одномоментного лечения нескольких патологий у больных с ОН.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аристархов В.Г., Гадзыра А.Н., Бирюков С.В. Симультанные операции у больных с патологией надпочечников // *Анналы хирургии*. – 2007. - № 3. – С.72-77.
2. Белошицкий М.Е. Алгоритм дооперационного обследования больных с инцидентальными надпочечниками // *Анналы хирургии*. – 2007. - № 3. – С. 58-63.
3. Ветшев П.С., Инполитов Л.И., Ветшев С.П., Коваленко Е.И. Спорные вопросы и негативные тенденции в диагностике и хирургическом лечении случайно выявленных опухолей надпочечников // *Хирургия*, 2005. - №6. – С. 11-14.
4. Ветшев П.С., Инполитов Л.И., Полуниин Г.В. Одномоментные сочетанные операции на надпочечниках и других органах // *Современные технологии в общей хирургии: Материалы конференции*. – М., 2001. – С. 121-122.
5. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Кондрашин С.А. Случайно выявленные опухоли надпочечников. Хирургическое лечение или динамическое наблюдение? // *Хирургия*. – 1999, № 5. – С. 4 -10.
6. Гогин Е.Е. Основные тенденции совершенствования диагностики и возрастающее значение инвазивных методов исследования // *Терапевтический архив*. – 2003. - Т. 75, № 4. – С. 5.
7. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. Хирургическая эндокринология (руководство) // Питер, 2004 г. – С. 561-568.