

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

епітелію РЙРМ в порівнянні з РЙЧМ. Їх проявом є наявність фенотипічної гетерогенності епітелію (різні субпопуляції тиреоцитів, ознака кістозної дегенерації, особливі клітинні структури) та низька експресія тиреоїдної пероксидази в епітелії РЙРМ в порівнянні з РЙЧМ. На основі знайдених фенотипічних особливостей тиреоцитів РЙРМ створені методи їх доопераційного прогнозування. Ці прості у виконанні методи допомагатимуть клініцистам досить точно прогнозувати ефективність радіойодтерапії метастазів ПК ЩЗ, виявлених в післяопераційному періоді та обирати оптимальну тактику лікування (радіойодтерапія або їх хірургічне видалення).

Висновки:

1. Вперше проведені комплексні цитоморфологічні та імуноцитохімічні дослідження епітелію пунктів метастазів ПК ЩЗ, знайдених в післяопераційному періоді, виявили існування фенотипічних особливостей епітелію РЙРМ.

2. Ознака фенотипічної гетерогенності популяції тиреоцитів разом з низькою експресією тиреоїдної пероксидази запропоновані в якості цитологічних факторів доопераційного прогнозування радіойодрезистентності метастазів ПК ЩЗ, та дозволяють досить точно прогнозувати ефективність радіойодтерапії.

Результати хірургічного лікування первинного гіперальдостеронізму

**І. В. Зубрик, А. О. Никоненко, О. О. Подлужний, І. В. Русанов,
А. М. Матерухін, А. Л. Макаренков**

**Запорізький державний медичний університет,
Запорізька медична академія післядипломної освіти**

Вступ. В Україні кількість хворих на артеріальну гіпертензію складає близько 41,2% дорослого населення. Серед симптоматичних АГ ендокринного генезу 1 місце в структурі захворюваності займає первинний гіперальдостеронізм (ПГА), який уражує найбільш працездатну категорію населення віком від 30 до 50 років. Лапароскопічна адреналектомія залишається «золотим стандартом» хірургії патології надниркових залоз.

Мета роботи: проаналізувати результати хірургічного лікування хворих на ПГА.

Матеріали та методи: за період 2014 – лютий 2018 рр. обстежено та проліковано 127 пацієнтів з патологією надниркових залоз. ПГА діагностований в 46 хворих, з яких 23 виконане оперативне лікування з використанням ендоскопічних методик. Жінок – 15 (65%), чоловіків – 8 (35%). Середній вік – $52,3 \pm 9,5$ років. Тривалість анамнезу хвороби – 8 років (від 1 міс. до 35 років). Локалізація аденом надниркових залоз (НЗ) мала наступне розташування: правобічне – 10 (43,5%), лівобічне – 7 (30,4%), двобічне – 6 (26,1%). Середній розмір аденом – $18,3 \pm 6,7$ мм. Діагностика ПГА виконувалася згідно клінічних практичних рекомендацій з діагностики та лікування ПГА. Оперативне лікування виконували з використанням ендоскопічних методів: лапароскопічна адреналектомія – 19 (82,7%), лапароскопічна резекція НЗ – 3 (13%), ретроперітонеоскопічна резекція НЗ – 1 (4,3%). Термін спостереження за хворими після оперативного лікування склав від 6 місяців до 4 років. Оцінку результатів оперативного лікування пацієнтів проводили згідно клініко-біохімічним критеріям PASO.

Результати та обговорення: Тривалість операції в середньому склала 150 (120–200) хв. В результаті виконаних оперативних втручань конверсій та летальних випадків не

було. Час перебування хворих у стаціонарі становив $9 \pm 2,1$ діб. В оперативному лікуванні перевагу надаємо виконанню ЛАЕ, а при технічній можливості – резекції НЗ із збереженням центральної вени НЗ. При двобічних аденомах НЗ з двобічною гіперсекрецією, при неможливості виконання резекції, вважаємо за доцільним виконувати ЛАЕ функціонально активнішої залози. При порівнянні середніх значень рівня альдостерона, реніну, показників систолічного та діастолічного артеріального тиску до та після проведення оперативного лікування відмічено статистично достовірне зниження його абсолютних цифр ($p < 0,05$). Між показниками рівня калію та альдостерон–ренінового співвідношення до та після лікування достовірно зниження не встановлено. Повний біохімічний результат хірургічного лікування встановлено у 62,5% пацієнтів, в той час як повний клінічний результат – у 61% хворих. Частковий біохімічний результат спостерігався у 37,5% хворих, а клінічний частковий результат – 39% хворих.

Висновки.

1. Лапароскопічні методики оперативного лікування (адреналектомія та резекція) є методом вибору хворих на первинний гіперальдостеронізм з аденомами НЗ.
2. У хірургічному лікуванні при аденомах НЗ з двобічною гіперсекрецією слід надавати перевагу лапароскопічній резекції НЗ із збереженням центральної надниркової вени.
3. Використання ендоскопічних оперативних методик демонструють статистично доведену ефективність проведеного лікування у хворих на первинний гіперальдостеронізм.

Синдром гіперкортицизму в хірургічній ендокринології: тактика ведення хворих

**А. М. Кваченюк, Ю. М. Тарашенко, П. П. Зінич, О. В. Омельчук,
К. В. Негрієнко, Л. А. Луценко, О. І. Галузинська**

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України

Синдром гіперкортицизму є досить неоднорідний та без специфічного лікування призводить до важкої інвалідизації хворого та до летальних наслідків. З самого початку необхідно провести диференційну діагностику між АКТГ–залежним (центральним синдромом Кушинга) та АКТГ–незалежним (адреналовим синдромом Кушинга). Головним критерієм диференціації є визначення рівня АКТГ в крові: підвищений рівень свідчить про центральний генез захворювання – кортикотропиному гіпофізу чи, вкрай рідше, про АКТГ–ектопану пухлину (APUD–система). При супресованому чи нормальному рівні АКТГ діагностуємо адреналовий синдром гіперкортицизму та проводимо топічну діагностику.

Стандартом диференційної діагностики вважають селективний забір крові з центральних вен НЗ і нижньої порожнистої вени з визначенням альдостерону та кортизолу. Чутливість та специфічність методу, за даними різних авторів, становить 87 – 100%. Проте, дана методика в зв'язку з різними варіантами ангіоархітекτονіки та труднощами при катетеризації правої надниркової вени є технічно складною і використовується рідко.

Кортикостерома становить 5–8% від усіх новоутворень інсіденталом надниркових залоз, являється варіантом ендогенного АКТГ–незалежного гіперкортицизму. Підвищений рівень кортизолу може бути викликаний як високим рівнем АКТГ, так і АКТГ–незалежною гіперсекрецією кортизолу. Клінічна картина маніфестного гіперкортицизму яскрава (нашкірні стрії, крововиливи, остеопороз та ін.), спектр симптомів різноманітний