

**Василевич А. П., Кондратенко Г.Г**

1-я кафедра хирургических болезней БГМУ,  
г. Минск

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ.**

Количество выявляемых новообразований надпочечников (НН) значительно возросло и составляет в настоящее время 15-27 случаев на 100 000 населения в год. Гормональная активность большинства новообразований надпочечников приводит к развитию стойкой артериальной гипертензии, тяжелым сосудистым осложнениям, сердечной и почечной недостаточности. Своевременное удаление пораженного надпочечника вместе с опухолью – единственный радикальный метод их лечения, позволяющий сделать пациента практически здоровым, предотвратить его инвалидизацию, а порой и летальный исход.

**Цель.** Изучить результаты применения традиционной открытой и ретроперитонеоскопической адреналэктомии у пациентов с доброкачественными гормонально-активными НН, оценить преимущества и недостатки каждой из них для дальнейшего совершенствования хирургического вмешательства у этой сложной категории больных.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 115 пациента с доброкачественными, гормонально-активными НН в хирургических отделениях УЗ «10-я ГКБ» г. Минска за период с 1988 по 2014 годы. В зависимости от вида хирургического вмешательства пациенты были разделены на две группы сравнения. Первую (контрольную) группу (КГ) составили 65 пациентов, которым адреналэктомия выполнялась открытым люмботомическим доступом в XI-м межреберье. Пациентам (n=50) второй (опытной) группы (ОГ) сравнения выполняли эндовидеохирургическую ретроперитонеоскопическую адреналэктомию задним доступом. При оценке результатов лечения учитывали следующие критерии: продолжительность операции, частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений, объем кровопотери; средние сроки антибактериальной терапии;

длительность приема обезболивающих средств; средние сроки активизации (двигательная активность и самообслуживание); средние сроки сохранения температурной реакции и лейкоцитоза в сыворотке крови; длительность послеоперационного пребывания в стационаре.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи прикладных компьютерных программ «Microsoft Office Excel» и «Statistica 6,0».

**Результаты и обсуждения.** Две группы сравнения пациентов по полу и возрасту были сопоставимы. В КГ средний возраст составил  $40 \pm 13,8$  лет, в ОГ -  $47 \pm 14$  ( $p > 0,05$ ). Женщин в первой группе было 67,7%, мужчин – 32,3%, во второй – 76% и - 24% соответственно ( $p > 0,05$ ). Группы оказались сопоставимы и по клинко-морфологическим формам заболевания с преобладанием кортикостером в КГ и альдостером в ОГ. Пациенты с феохромоцитомами в КГ составили 32,3%, в ОГ- 28% ( $p > 0,05$ ). Они были также сопоставимы и по локализации гормонально-активных НН с правосторонним преобладанием в каждой группе.

Продолжительность оперативного вмешательства в КГ составила  $95 \pm 20$  минут, а в ОГ это время была на порядок большим –  $158 \pm 57$  минут ( $p < 0,05$ ).

Объем кровопотери в ОГ был незначительным - менее 150 мл у 96% случаев и только у 2(4%) пациентов он превысил 300 мл., что значительно меньше, чем в КГ, где этот показатель составил  $665 \pm 75$ мл ( $p < 0,05$ ). В 20% случаях после выполнения открытой адреналэктомии возникла необходимость в гемотрансфузии до 1000мл эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы.

При выполнении видеоэндоскопической операции у 4(8%) пациентов развился пневмоторакс, что потребовало дополнительного дренирования плевральной полости во время операции. В КГ пневмоторакс был отмечен в 2(3%) случаях, но не во время операции, а в раннем послеоперационном периоде.

После открытой адреналэктомии у 11 (16,9%) пациентов развились осложнения со стороны операционной раны. Это были: гематомы (4), гнойное воспаление (4), лигатурные свищи (2), серома (1). Релаксация передней брюшной стенки была отмечена у 8(12,3%) пациентов из КГ, в то время как в ОГ только у 1 (2%) пациента имел место локальный парез мышц живота. У 15(23%) пациентов из КГ в первые двое суток после операции возник парез кишечника, что подтверждает травматичность хирургического метода.

Послеоперационный период у пациентов, которым выполнялось малоинвазивное вмешательство, протекал значительно легче, чем у пациентов после открытой адреналэктомии. Это проявлялось в первую очередь более быстрой активизацией пациентов и комфортным общим состоянием, отсутствием выраженного болевого синдрома и осложнений со стороны операционной раны, нормализацией показателей крови и температуры тела в течение 3 дней против 6 в КГ ( $p < 0,05$ ). Длительность периода назначения анальгетиков после адреналэктомии был достоверно короче у пациентов ОГ-  $4 \pm 2$  дня, чем у пациентов КГ-  $8,7 \pm 3,8$  дня ( $p < 0,05$ ). Антибактериальная терапия в ОГ сводилась к однократному профилактическому введению цефалоспоринов 2-го поколения за 2 часа до операции у 15(30%) пациентов, у остальных - 35(70%) она продолжалась  $4 \pm 1,8$  дней против  $11 \pm 4,4$  дней в КГ ( $p < 0,05$ ). Средние сроки стационарного лечения в послеоперационном периоде в группах сравнения также имели существенное различие и составили в КГ –  $16,7 \pm 4,2$  дней, а в ОГ только -

7+3 дней ( $p < 0,05$ ).

### **Выводы.**

1. При традиционной люмботомической адреналэктомии наиболее частыми осложнениями явились интраоперационные кровотечения (средний объем кровопотери -  $665 \pm 75$ мл), парез кишечника у 23% пациентов, воспалительные изменения со стороны операционной раны и релаксации передней брюшной стенки 22,9%.
2. При ретроперитонеоскопической методике отмечено более благоприятное течение послеоперационного периода, проявившееся отсутствием выраженного болевого синдрома и осложнений со стороны операционной раны, ранней физической активизацией пациента, быстрой нормализацией температуры тела и показателей крови, сокращением сроков стационарного лечения на 9,7 дней.
3. Из недостатков малоинвазивной адреналэктомии можно отметить более длительное время, затраченное на проведение операции (158+57) мин и развитие у 4(8%) пациентов пневмоторакса во время операции. По мере совершенствования техники данной операции, длительность адреналэктомии сократилась до 1,5-2 часов, а развитие пневмоторакса в течение последних трех лет мы не наблюдали.