

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів I та II груп за інтраопераційними показниками

Показник	Група I (перших 32 випадки)	Група II (останніх 96 випадків)
Сторона	Проворуч: 18 Лівобіч: 14	Праворуч: 54 Лівобіч: 42
Середній розмір каменя	12,5±3,1	13±3,5
Середній термін пошуку сечоводу	15±5 хв	5,6±2,3 хв
Середній час встановлення стента	20 ±6,6	10± 3,2
Середній час ушивання сечоводу	21± 5,0	10± 4,2
Середній час операції	100 ±9,5	50± 8,5
Об'єм крововтрати	100 ± 30,5	50 ±10,2
Ліжкодні	6,5	4,3

вірогідність розвитку ускладнень, як, наприклад, пошкодження кишечника, перитоніт, кишкова непрохідність та спайкова хвороба. У випадку підтікання сечі в заочеревинний простір останній легко дренирується, що запобігає потраплянню сечі в черевну порожнину.

#### ВИСНОВКИ

Ендовідеохірургічна уретеролітотомія рекомендована нами у таких випадках:

1. Конкремент сечоводу більше 12 мм, що розташований нижче нижнього полюсу нирки.
2. Нефективність попередньо застосованої екстракорпоральної літотрипсії або уретерореноскопії.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Боржієвський А.Ц. Оптимізація ендоскопічних методів лікування і реабілітації хворих з каменями нирок та сечоводів (клініко-експериментальне дослідження): Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.06 / А.Ц. Боржієвський; Ін-т урології АМН України. – К., 2004. – 32 с.
2. Tianyong Fan, Peng Xian, Lu Yang, Yong Liu et al. Experience and learning curve of retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for upper ureteral calculi. Journal of endourology. – 2009. – V. 23, N 11. – P. 1867–1870.
3. El-Moula MG, Abdallah A, El-Anany F, et al. Laparoscopic ureterolithotomy: Our experience with 74 cases. J.Urol. – 2008. – V. 15. – P. 593–597.

УДК 616.45-006-089

## Лапароскопічна адреналектомія в лікуванні пухлин надниркових залоз

**О.О. Підмурняк, С.А. Собчинський, В.В. Войцешин, К.С. Собчинський, В.М. Монастирський, О.А. Алешко, В.В. Боюк, В.А. Добровольський**  
Хмельницька обласна лікарня

У статті наведений приклад діагностики пухлин надниркових залоз. Після встановлення діагнозу хворим виконана лапароскопічна адреналектомія. У надниркових залозах діагностовано пухлини як кіркової, так і мозкової речовини (альдостерома – 5 випадків, кортикостерома – 4 випадки, феохромоцитома – 5 випадків, гормонально неактивна адреналектомія – 8 випадків). Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Отриманий досвід дає можливість стверджувати, що в наш час медицина дозволяє проводити ранню клініко-лабораторну й

інструментальну діагностику пухлин ендокринних залоз.

Сучасні технології, насамперед лапароскопічна адреналектомія, дозволяє швидко та безпечно досягти бажаного результату.

**Ключові слова:** пухлини надниркових залоз, лапароскопічна адреналектомія.

Якщо донедавна вважали, що пухлини надниркових залоз є рідкісною патологією і становлять не більше 0,6% всіх злоякісних пухлин, то сьогодні завдяки широкому

#### Experience laparoscopic ureterolithotomy upper ureteral calculi

**A.A. Pidmurnyak, S.A. Sobchinskiy, V.V. Voytceshin, K.S. Sobchinskiy, V.M. Monastyrskiy, A.A. Aleshko, V.V. Bouk, V.A. Dobrovolskiy**

Between October 2007 and April, 2013, 128 patients have been operated apropos stones the top third ureter. At 120 patients it is executed ureterolithotomy and at 8 pyelolithotomy because of stone migration in kidney. At 72 patients stones settled down on the right, at 56 – at the left. Laparoscopic access ureterolithotomy executed at 15 patients, at 113 retroperitoneal access. With installation JJ-stent operations in 27 cases, without JJ – stent in 101 cases are finished. We have divided first 32 and last 90 patients in groups I and group II. There was no statistical difference at a rate of a stone between groups. In group I, complications noted at 3 patients (9,4 %). From them at 2 was urine owing to migration JJ – stent and at one long limphorhea after ureterolithotomy. In II to group complication is noted at 3 patient (3,2 %) in a kind urine at the patient without established JJ-stent. At the same time average duration of operation was authentically smaller at patients of the second group (50 against 100 minutes).

впровадженню в повсякденну клінічну практику таких неінвазивних, але досить інформативних методів діагностики, як УЗД, КТ, МРТ, різко зросло число новоутворень, що виявляють у заочеревинному просторі. За даними КТ і МРТ частота виявлення пухлинних утворень розміром більше 0,5 см у надниркових залозах становить 1–2%, за даними автопсії – 6% [4]. Привертає увагу віковий склад контингенту: пацієнтів у віці до 20 років – до 25%, 21–40 років – 32%, 41–60 років – 28%; старших за 60 років – 15%, тобто дана патологія притаманна особам більш молодого віку [2].

Лікування аденом надниркових залоз є хірургічним.

#### Показання до адрэналектомії:

1. Гормонально-активні пухлини.
2. Кортикальний рак або підозра на нього.
3. Розмір пухлини більше 3 см.
4. Ріст пухлини при динамічному спостереженні або поява гормональної активності.

#### Противопоказання:

1. Інвазивний рак надниркових залоз.
2. Метастази у наднирковій залозі.

У 1992 р. Ганье (Gagner) і співавтори повідомили про виконання перших лапароскопічних адрэналектомій у пацієнтів із синдромом Кушінга та феохромоцитомою [1]. Запропонований доступ швидко завоював багато прихильників і через кілька років метод був визнаний «золотим стандартом» у лікуванні практично всіх незлоякісних новоутворень надниркових залоз [3, 5, 6].

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У термін з січня 2010 р. по квітень 2013 р. нами було прооперовано 22 пацієнта із пухлиною надниркової залози. У 12 пацієнтів пухлина розташовувалась ліворуч, у 10 – праворуч.

Діагноз встановили на підставі анамнезу та клінічних проявів: підвищення артеріального тиску, гіпертонічні кризи, стрії на передній черевній стінці, набряклість обличчя, фемінізація у чоловіків, вірилізація у жінок; лабораторних змін: альдостерон сироватки, К сироватки (ммоль/л), кортизол сироватки (нмоль/л), добовий кортизол сечі (нмоль/добу), добовий адрэналін сечі (нмоль/л); інструментальних методів дослідження: УЗД, КТ, МРТ. При спіральній комп'ютерній томографії органів заочеревинного простору в ділянці надниркових залоз визначається гіподенсивне неоднорідне утворення (23–10 од.Н) з відносно чітким контуром.

Для хірургічного лікування виконували трансперитонеальну адрэналектомію.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У наданих нам надниркових залозах в результаті патологоанатомічного дослідження у 5 випадках спостерігали світлоклітинну (спонгіоцитарну) аденому кори надниркових залоз (альдостерому), у чотирьох випадках кортикостерому, у п'яти випадках – феохромоцитому, у 8 випадках – адренокортикальну аденому без гормональної активності. Чоловіків – 9 (41%), жінок – 13 (69%), середній вік – 48 (±8) років. Діаметр пухлини – 3,5 (±1,2) см. Тривалість операції від 45 до 120 хв, інтраопераційна крововтрата

100 мл (±80), середній ліжко-день склав 4,3 доби (±2,5). Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Рекомендовано продовжити антибактеріальну терапію протягом 3 днів, спостереження в ендокринолога, контроль артеріального тиску, повторити аналіз крові на альдостерон, ренін, калій.

### ВИСНОВКИ

1. Сучасна медична наука переконливо демонструє можливість ефективної клініко-лабораторної й інструментальної діагностики ендокринних причин артеріальної гіпертензії, в основі яких лежать гормонально-активні пухлини.

2. Сучасна технологія хірургічного лікування, насамперед лапароскопічні методи адрэналектомій, дозволяє швидко та безпечно лікувати хворих.

3. Переваги лапароскопічного методу полягають у скороченні строку одужання, зменшенні частоти ускладнень, строків перебування в стаціонарі, зниженні витрат на лікування, поліпшенні загального самопочуття після операції і якості життя пацієнтів.

### Лапароскопическая адрэналектомия в лечении опухолей надпочечников

**О.О. Пидмурняк, С.А. Собчинский, В.В. Войцешин, К.С. Собчинский, В.М. Монастырский, О.А. Алешко, В.В. Бюк, В.А. Добровольский**

В статье приведен пример диагностики опухолей надпочечников. После установления диагноза больным выполнена лапароскопическая адрэналектомия. В надпочечниках диагностированы опухоли как коркового, так и мозгового вещества (альдостерома – 5 случаев, кортикостерома – 4 случая, феохромоцитома – 5 случаев, гормонально неактивная адренокортикальная аденома – 8 случаев). Послеоперационный период протекал без осложнений. Полученный опыт свидетельствует, что в настоящее время медицина позволяет проводить раннюю клинико-лабораторную и инструментальную диагностику опухолей эндокринных желез. Современные технологии, в первую очередь лапароскопическая адрэналектомия, дает возможность быстро и безопасно достичь желаемого результата.

**Ключевые слова:** опухоли надпочечников, лапароскопическая адрэналектомия.

### Laparoscopic adrenalectomy in the treatment of adrenal tumors

**O.O. Pidmurnyak, S.A. Sobchinsky, V.V. Voytseshin, K.S. Sobchinsky, V.M. Monastyrsky, O.A. Aleshko, V.V. Bujuk, V.A. Dobrovolsky**

In the sent adrenal glands by postmortem studies in 5 cases observed adrenocortical adenomas (aldosteroma) in 4 cortykosteroma cases, five cases of pheochromocytoma in 8 cases with adrenocortical adenoma hormonal activity. Men – 9 (41%), women – 13 (69%), mean age – 48 (±8) years, tumor diameter – 3,5 (±1,2) cm length transaction between 45 and 120 min, intraoperative blood loss 100 ml (±80), the average day of stay was 4,3 days (±2,5). Postoperative period was uneventful. Recommended continue antibiotic therapy for 3 days observation endocrinologist blood pressure control, repeat blood test for aldosterone, renin, potassium.

**Key words:** adrenal tumors, laparoscopic adrenalectomy.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грубнік В.В., Ільшенко В.В., Полтавець С.В. Порівняння досвіду виконання ендоскопічних і відкритих адрэналектомій // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2004. – 4 (9). – С. 46–48.
2. Кваченко А.М., Комісаренко І.В., Рибаків С.І., Коваленко К.В. Тактика ведення хворих з пухлинами надниркових залоз // Матеріали VII з'їзду ендокринологів України. – Київ, 15–18 травня 2007 р. – С. 102.
3. Махортова Г.Г. Выбор оперативного доступа и результаты хирургического лечения больных с опухолями надпочечников // Международный эндокринологический журнал. – 2008. – 5 (17). – С. 234–239.

4. Черненко С.М. Артериальная гипертензия и опухоли надпочечников. // 100 избранных лекций по эндокринологии. Под редакцией Ю.И. Караченцева, А.В. Казакова, Н.А. Кравчун, И.М. Ильиной. – Харьков, 2009. – С. 925–933.
5. Bergamini G, Borelli A, Lassing R, Manca G, Presenti L, Borelli D.

6. Videolaparoscopic adrenalectomy in Conn syndrome. Analysis of 39 case observations. Chir.2003 Jun-Jul; 24 (6–7): 221–4.
7. Guazzoni G, Cestari A, Montorsi F, Bellinzoni P, Centemero A, Naspro R, Salonia A, Rigatti P. Laparoscopic treatment of adrenal diseases: 10 years on. BJU Int.2004 Jan; 93 (2): 221–7.