

Л. П. Котельникова, Р. А. Степанов, А. Н. Федачук, О. В. Баженова
Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ДОСТУПОВ

В последние 2 года были оперированы 38 пациентов с различными заболеваниями надпочечников. С использованием лапароскопического доступа оперированы 17 (I-я группа), с использованием торакофренолюмботомии 21 (II-я группа). Течение раннего послеоперационного периода оценивали по выраженности болевого синдрома с использованием 10-ти балльной шкалы, наличию осложнений, отдаленного – по результатам анкетирования – через 12 месяцев после операции. Частота послеоперационных осложнений после лапароскопической адреналэктомии значительно ниже, а активизация происходила раньше, чем после адреналэктомии с использованием «открытого» доступа. Болевой синдром в раннем послеоперационном периоде оперированные первой группы оценивали на 3,1 балла, второй – на 3,4 балла. Для обезболивания после адреналэктомии «открытым» доступом потребовалось большее количество инъекций синтетических опиоидных анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств (5 ± 3 и 6 ± 1 , 9 ± 5 и 14 ± 4 соответственно, $p=0,009$ и $p=0,006$). Через 12 месяцев после лапароскопической адреналэктомии пациенты отмечали улучшение общего самочувствия ($r=0,5$, $p=0,027$).

Ключевые слова: опухоли надпочечников, послеоперационный период, хирургические доступы.

В связи с широким внедрением в медицинскую практику УЗИ, КТ, МРТ количество пациентов с заболеваниями надпочечников, требующих хирургического лечения значительно увеличилось.

Надпочечник – труднодоступный для хирургов орган. Предложено много «открытых» доступов к нему, из которых наиболее часто используются торакофренолюмботомия (ТФЛТ), торакофренолапаротомия, торакофренотомия. В связи с техническим прогрессом появилась возможность использовать другие доступы. Некоторые хирурги отдают предпочтение хирургическому вмешательству из мини-доступа, другие – лапароскопической адреналэктомии, третьи – ретроперитонеальным доступам. В связи со сказанным изучение течения раннего и позднего послеоперационного периода после адреналэктомий, произведенных с использованием различных доступов, представляет несомненный интерес.

Цель исследования: сравнительная оценка течения раннего и отдаленного послеоперационного периодов у больных, оперированных по поводу опухолей надпочечника из лапароскопического или «открытого» торакофренолюмботомического доступов.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 38 оперированных (27 жен., 11 муж.) по

поводу различных заболеваний надпочечников, находившихся на лечении в первом хирургическом отделении ПККБ в последние два года. Возраст оперированных – 22–69 лет (48 ± 2). Адреналэктомия с опухолью из лапароскопического доступа выполнена у 17, из торакофренолюмботомического у 21. Течение раннего послеоперационного периода оценивали по выраженности болевого синдрома с использованием 10-ти балльной шкалы, наличию осложнений. Анкетирование проведено через 12 месяцев после операции. Анализ полученных данных проведен с помощью прикладных компьютерных программ Statistica 6,0, Excel 2003.

Результаты и обсуждение

Комплекс дооперационных диагностических исследований включал исследование гормонального фона, УЗИ и КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. При оценке опухоли учитывали не только ее размер, но и плотность, наличие капсулы, четкость контуров, внутреннюю структуру, характер накопления контраста, наличие кальцинатов. У 30 выявлены гормонально-неактивные опухоли надпочечников, 23 из которых гистологически верифицированы как доброкачественные, 7 как злокачественные. У 8 имели место гормонально-активные опухоли: у 6 феохромоцитомы, у 2

альдостерома. По даним гистологического исследования одна феохромоцитома характеризовалась большим злокачественным потенциалом.

Для оценки течения раннего и отдаленного послеоперационного периодов пациенты разделены на 2 группы. Первую составили 17 оперированных с использованием лапароскопического доступа, вторую 21 оперированный с использованием ТФЛТ. У первых размеры опухоли составляли 15–106 мм. Большинство опухолей были гормононеактивными (13), четыре – катехоламин-секретирующими. Все были доброкачественными. У двух из числа первой группы потребовалась конверсия в связи с техническими трудностями при выполнении лапароскопической адреналэктомии. У оперированных из числа второй группы размеры опухолей надпочечников – 19–97 мм. Гормональнонеактивная аденома верифицирована у 17, феохромоцитома у 4, одна из которых, как указано выше, с большим злокачественным потенциалом. Все операции с использованием ТФЛТ заканчивались установкой дренажа в плевральную полость с активной аспирацией (дренаж удаляли через 2–3 суток). В первые сутки все оперированные находились в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Послеоперационные осложнения из числа оперированных первой группы развились у одного (5%). У него сформировалась гематома в ложе удаленной опухоли, излеченная консервативно до полного рассасывания. Из числа оперированных второй у 5 (23%). У них развился экссудативный плеврит, четырем проведено консервативное лечение с положительным эффектом, одному потребовалось выполнение плевральной пункции. После лапароскопической адреналэктомии оперированные вставали и ходили на первые или вторые сутки, после адреналэктомии с использованием «открытого» доступа – на вторые или третьи.

Примечание редакции: отдаленные результаты хирургического лечения различных опухолей надпочечников, в частности самочувствие прооперированных, прежде всего, связаны с их гормональной активностью. После радикального хирургического лечения таких опухолей (если они не были злокачественными) наступает излечение. Результаты операции, связанные с выраженностью болевого синдрома, которая обусловлена использованием того или иного доступа, имеют второстепенное значение и, как и динамика артериального давления, не могут рассматриваться без анализа гормональной активности опухоли.

Стаття надійшла до редакції: 25. 07. 2013

Л. П. Котельникова, Р. А. Степанов, О. М. Федачук, О. В. Баженова
Пермська державна медична академія ім. ак. Є. А. Вагнера

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ РАНЬОГО І ПІЗЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН НАДНИРНИКІВ З ВИКОРИСТАННЯМ РІЗНИХ ДОСТУПІВ

В останні 2 роки були оперовані 38 пацієнтів з різними захворюваннями надниркових залоз. З використанням лапароскопічного доступу оперовані 17 (I-а група), з використанням торакофренолюмботомії

Оперированные из числа первой группы оценивали послеоперационный болевой синдром в среднем на 3,1 балла ($p=0,00$), из числа второй на 3,4 балла ($p=0,06$). Для обезболивания использовали синтетические опиоидные анальгетики (трамадол 5% – 2,0) и нестероидные противовоспалительные средства (кеторол 30 мг), которые вводили внутримышечно. Оперированным из числа второй группы потребовалось большее количество инъекций обоих препаратов в расчете на одного больного (5 ± 3 и 6 ± 1 , 9 ± 5 и 14 ± 4 соответственно). Различия были статистически достоверными ($p=0,009$ и $p=0,006$). В отдаленные сроки шкала боли не позволила адекватно оценить в этом плане состояние больных из-за индивидуального для каждого порога болевой чувствительности и различных сопутствующих заболеваний. Те, которым была выполнена лапароскопическая адреналэктомия, отмечали улучшение общего самочувствия в отдаленном послеоперационном периоде ($r=0,5$; $p=0,027$). Предъявлявшие жалобы на слабость в дооперационном периоде, вне зависимости от групповой принадлежности, не отмечали значительного улучшения самочувствия в отдаленном послеоперационном периоде ($r=0,47$, $p=0,041$).

Снижение артериального давления или уменьшение частоты гипертонических кризов из числа больных первой группы отмечено в 66%, второй в 77%.

Выводы

Интенсивность болевого синдрома и количество осложнений в раннем послеоперационном периоде после адреналэктомии в определенной степени зависят от хирургического доступа. Они статистически достоверно ниже после операций, выполненных с использованием лапароскопического доступа, чем с использованием ТФЛТ.

21 (II-а група). Перебіг раннього післяопераційного періоду оцінювали за вираженістю больового синдрому з використанням 10-ти бальної шкали, наявністю ускладнень, віддаленого – за результатами анкетування – через 12 місяців після операції. Частота післяопераційних ускладнень після лапароскопічної адреналектомії значно нижче, а активізація відбувалася раніше, ніж після адреналектомії з використанням «відкритого» доступу. Больовий синдром у ранньому післяопераційному періоді оперовані першої групи оцінювали на 3,1 бала, другої – на 3,4 бала. Для знеболення після адреналектомії «відкритим» доступом знадобилося більша кількість ін'єкцій синтетичних опіоїдних анальгетиків і нестероїдних протизапальних засобів (5 ± 3 і 6 ± 1 та 9 ± 5 і 14 ± 4 відповідно, $p=0,009$ і $p=0,006$). Через 12 місяців після лапароскопічної адреналектомії пацієнти відзначали поліпшення загального самопочуття ($r=0,5$, $p=0,027$).

Ключові слова: пухлини наднирників, післяопераційний період, хірургічні доступи.

L. P. Kotelnikova, R. A. Stepanov, A. N. Fedachuk, O. V. Bazhenova
Perm State Medical Academy, E. A. Vagner

COMPARISON OF CURRENT EARLY AND LATE POSTOPERATIVE PERIOD AFTER SURGICAL TREATMENT OF ADRENAL TUMORS USING DIFFERENT ACCESS

A retrospective study was conducted from 2010 until 2011 which consisted of 38 patients with surgical diseases of the adrenal glands. All the patients underwent adrenalectomy: group I (17) had laparoscopic removal, group II (21) – «open» access. In the early postoperative period the intensity of the pain was estimated by using the 10-point scale and the development of complications. Long-term outcomes were examined with the help of questionnaire. Postoperative complications in the group I developed much less frequently and rehabilitation took place earlier than after «open» adrenalectomy. Patients of the first group evaluated pain syndrome by 3,1 points, the second group – by 3,4 points. But it was necessary for more injections of synthetic opioid analgesics and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (5 ± 3 and 6 ± 1 , 9 ± 5 and 14 ± 4 , respectively, $p=0,009$, and $p=0,006$) in the second group for analgesia after the removal of the adrenal glands by «open» access. After 12 months patients with laparoscopic adrenalectomy observed an improvement of the general condition of their health ($r=0,5$ and $r=0,027$).

Keywords: adrenal tumors, postoperative period, surgical access.