

Клінічний досвід хірургічного лікування первинного гіперальдостеронізму

I. В. Зубрик¹, А. О. Никоненко¹, О. О. Подлужний¹,
I. В. Русанов², А. Л. Макаренков¹

¹ Запорізький державний медичний університет

² ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета роботи — провести порівняльний аналіз віддалених результатів хірургічного лікування хворих на первинний гіперальдостеронізм за критеріями клінічного одужання та нормалізації біохімічних показників.

Матеріали та методи. За період з 2014 по липень 2019 рр. у клініці госпітальної хірургії ЗДМУ Запорізької обласної ради на базі відділення трансплантації та ендокринної хірургії проведено лікування 56 пацієнтів із первинним гіперальдостеронізмом (ПГА), 42 з них отримали хірургічне лікування. Пацієнтів залежно від проведеного лікування розподілили на групи: 1-ша група (26 пацієнтів) — виконано ендоскопічні операції (лапароскопічна адреналектомія (ЛАЕ) та резекція надниркових залоз (ЛРНЗ)) та 2-га група (16 пацієнтів) — ендovasкулярне лікування в обсязі рентгенендоваскулярної деструкції надниркової залози (РЕВД НЗ). Діагноз встановлювали згідно з клінічними практичними рекомендаціями з діагностики та лікування ПГА (2008, 2016 рр.). Термін спостереження пацієнтів після оперативного лікування становив від 6 міс до 5 років. Для оцінки результатів хірургічного лікування використовували критерії PASO [3].

Результати та обговорення. Середня тривалість операції у 1-й групі пацієнтів (ЛАЕ/ЛРНЗ) становила $155 \pm 55,26$ хв, у 2-й групі (РЕВД НЗ) — $36,6 \pm 6,0$ хв. В обох групах випадків конверсій, інтраопераційних ускладнень та смерті не було. У 1-й групі у 11,5 % хворих спостерігалась серома післяопераційної рани, у 2-й групі пацієнти у ранній післяопераційний період скаржилися на біль у поперековій ділянці хребта. Випадків основних ускладнень РЕВД НЗ, таких як кровотеча, ретроперитонеальна гематома, гіпертонічний криз, панкреатит [1, 2], не зареєстровано.

У 1-й групі повних клінічних результатів хірургічного лікування досягнуто у 46,2 % спостереженнях, часткових клінічних результатів — у 12 (53,8 %).

Ефективність хірургічного лікування у нормалізації біохімічних показників у 73,1 % пацієнтів була повною, у 26,9 % — частковою. У 2-й групі частота досягнення відповідних клінічних та біохімічних результатів хірургічного лікування була порівняною: у 62,5 % спостережень досягнуто повних результатів, у 32,2 % — часткових, у 5,3 % — результати відсутні. Статистично достовірної різниці показників частоти досягнення повних клінічних ($p = 0,635$) та біохімічних ($p = 0,937$) результатів хірургічного лікування між обома групами не встановлено.

Згідно з даними багатоцентрових досліджень з оцінки результатів хірургічного лікування за участю 705 пацієнтів із ПГА (2017 р.), частота досягнення повних біохімічних результатів перебуває на рівні 94 % (83—100 %), повних клінічних результатів (повного одужання) — на рівні 37 % (17—62 %). Частота досягнення часткових біохімічних результатів становить 4 % (0—15 %), часткових клінічних результатів — 47 % (35—66 %). Частота відсутності біохімічних результатів у середньому становить 2 % (0—5 %), клінічних результатів — 16 % (0—32 %) [4].

Висновки. Виконана за показаннями РЕВД НЗ пацієнтам із ПГА має порівнянні з ендоскопічними хірургічними методами віддалені результати лікування, що підтверджує їх порівняльний аналіз за критеріями клінічного одужання та нормалізації біохімічних показників. Диференційований підхід у виборі хірургічного методу у таких випадках зумовлює досягнення повних або часткових клінічних та біохімічних результатів лікування.

Ключові слова: гіперальдостеронізм, хірургічне лікування, результати лікування.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ierardi AM, Petrillo M, Patella F et al. Interventional radiology of the adrenal glands: current status. *Gland Surgery*. 2018;7(2):147-165.

2. Karimov SI, Berkinov UB, Sakhiboev DP. The results of treating of adrenal genesis hypertension through different surgical methods. European science review. 2015;11-12:106-110.10.20534/ESR-15-11.12-106-110.
3. Miller BS, Turcu AF, Nanba AT et al. Refining the Definitions of Biochemical and Clinical Cure for Primary Aldosteronism Using the Primary Aldosteronism Surgical Outcome (PASO) Classification System. World J Surg. 2018 Feb;42(2):453-463.
5. Williams TA, Lenders WM, Mulatero P et al. Outcome of adrenalectomy for unilateral primary aldosteronism: international consensus and remission. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017 Sep;5(9):689-699.

Досвід виконання задньої ретроперитонеоскопічної тотальної та парціальної адреналектомії

Ю. І. Караченцев, В. В. Хазієв, Є. П. Корчагін, В. Н. Дубовик,
М. Є. Сазонов, Н. Г. Філоненко, Н. І. Гойденко

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології імені В. Я. Данилевського НАМН України», Харків

Мета роботи — оцінити ефективність задньої ретроперитонеоскопічної тотальної адреналектомії (ЗРТА) та задньої ретроперитонеоскопічної парціальної адреналектомії (ЗРПА) з точки зору зменшення тривалості операції, зниження частоти інтра- та післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи. У період з лютого 2016 по липень 2019 р. в ендокринологічній клініці ДУ «ІПЕП імені В. Я. Данилевського НАМН України» 47 пацієнтам (32 жінкам і 15 чоловікам, середній вік — $47,8 \pm 13,5$ років) виконано оперативні втручання: 32 (68,1 %) — ЗРТА, 15 (31,9 %) — ЗРПА. Критерієм відбору пацієнтів для запланованої ЗРПА був доброякісний фенотип пухлини за даними комп'ютерної томографії (КТ) [1]. Лівобічна локалізація новоутворень установлена у 27 випадках, правобічна — у 20. Середній розмір пухлин становив 3,6 см (від 1,0 до 6,7 см).

Гістологічні варіанти виявлених пухлин визначали за критеріями міжнародної класифікації пухлин ендокринних органів: адренортикальна аденома — 29 (61,7 %) випадків (у тому числі синдром Кушинга — 11 (23,4 %), синдром Конна — 7 (14,9 %), гормонально неактивні — 11 (23,4 %)), феохромоцитома — 14 (29,8 %), кіста надниркової залози — 2 (4,3 %), дифузно-вузлова гіперплазія кори надниркових залоз — 1 (2,1 %), мієлоліпома — 1 (2,1 %) [4].

Усім пацієнтам оперативні втручання виконано традиційним (трипортовим) ретроперитонеоскопічним доступом за методикою CORA (Conventional Retroperitoneoscopic Adrenalectomy) [3], яка забезпечує чіткі візуалізацію та визначення меж між нормальною та неопластичною тканиною наднирника, що дає змогу виконувати ЗРПА [1]. Під час операції використовували ендоскопічне обладнання та інструментарій фірм Karl Storz і LigaSure.

Для статистичної обробки даних використовували пакет програм Excel (Microsoft) і Statistica (версія 16.0).

Результати та обговорення. Кровотеча при мобілізації пухлини потребувала конверсії на лівобічну міні-люмботомію для виконання мануально-асистованої задньої ретроперитонеоскопічної адреналектомії у 2 пацієнтів (4,3 %). В інших випадках інтра- та післяопераційних ускладнень (летальних випадків, кровотеч, рідинних скупчень, нагноень швів, поперекових гриж живота) не спостерігалось. Середній час операції становив 189,3 хв (від 70 до 400 хв). Середній об'єм крововтрати — 38 мл (від 10 до 500 мл).

Встановлено кореляційну залежність між скороченням тривалості хірургічного втручання та кількості виконаних операцій. Середня тривалість ЗРТА і ЗРПА у перших 20 випадках становила 251,6 хв (від 130 до 400 хв) і була значно більшою, ніж у наступ-