

АДРЕНАЛЭКТОМИЯ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*М.А.Каштальян,
О.Б.Тымчук, В.Ю.Шаповалов*

**Военно-медицинский клинический центр Южного региона,
Одесский национальный медицинский университет
Одесса, Украина**

Выполнены 82 операции по поводу опухолей надпочечников. 48 больных оперированы лапароскопически, из них правосторонняя адrenaлэктомия выполнена у 42 пациента, левосторонняя — у 6, конверсий — 4. Перевязка центральной вены на первом этапе операции позволяет предупредить опасное кровотечение и катехоламиновый криз.

Ключевые слова: надпочечник, опухоли надпочечника, адrenaлэктомия.

Введение

Вопроски ранее существовавшей точке зрения о казуистической редкости заболеваний надпочечников (1 на 1 млн населения), установлено, что опухоли надпочечников встречаются значительно чаще — 3-9 на 100000 населения [4]. Гормонально неактивные опухоли могут длительно протекать бессимптомно, клиническая картина при наличии гормонально активных опухолей более выраженная, особенно при феохромоцитоме [3, 5]. Диагностика новообразований надпочечников улучшилась в связи с внедрением в клиническую практику ультразвуковых методов, компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной (МРТ) томографии.

В 1889 г. Торнтон (Thornton) опубликовал сообщение об удалении крупного опухолевидного образования у женщины с симптомами вирилизации. В 1914 г. Саргент (Sargent) выполнил первую плановую адrenaлэктомию у пациента с синдромом Кушинга. В 1927 г. Мейо (Mayo) и Ру (Roux) опубликовали сообщение об

удалении феохромоцитомы через поясничный доступ. [1, 9]. В настоящее время открытые операции чаще выполняются из лапаротомного доступа [2, 6]. Однако особенности анатомического расположения надпочечников обуславливают травматичность открытых операций. Поэтому поиск малотравматичных подходов к надпочечникам остается актуальным [1, 7]. Лапароскопическая адреналэктомия впервые была выполнена в 1992 г. Хигашихара (E. Higashihara) и соавт. у пациента, страдающего первичным альдостеронизмом [9]. Гагнер (M. Gagner) и соавт. выполнили эту операцию у больных с синдромом Кушинга и феохромоцитомой в том же году [8]. В настоящее время хирурги, располагающие значительным опытом эндоскопических вмешательств, считают лапароскопическую адреналэктомию методом выбора [1, 5, 8, 9].

Материалы и методы исследования

В течение одиннадцати лет (2001-2011 гг.) было прооперировано 82 больных по поводу различных опухолей надпочечников. Мужчин — 32, женщин — 50. Возраст больных от 28 до 72 лет.

В ходе обследования больным выполнялись анализы крови и мочи на содержание гормонов надпочечников. Исследовали кортизол, норадреналин, адреналин, альдостерон, АКТГ. В большинстве случаев (62) наблюдалось повышение того или иного гормона в зависимости от морфологического строения опухоли. КТ у всех больных позволила четко локализовать процесс, а у 20 пациентов выявить опухоли надпочечников, клинически ничем себя не проявлявшие. Подготовка больных к операции проводилась с участием эндокринолога, кардиолога, анестезиолога. При наличии артериальной гипертензии проводилась корригирующая терапия до стабилизации артериального давления.

Открытая адреналэктомия выполнена 34 больным (слева — 20, справа — 14). Лапароскопическая адреналэктомия выполнена 48 больным (правосторонняя — у 42 пациента, левосторонняя — у 6 больных). Опухоли коркового вещества выявлены у 64, мозгового — у 18 больных. Величина опухоли колебалась от 0,8 до 14 см в диаметре. Гормонально активных опухолей было 50, гормонально неактивных — 32. При гистологическом исследовании аденомы надпочечников (темноклеточные, светлоклеточные или смешанные) выявлены у 32 пациентов, кисты надпочечников — у 12, феохромоцитомы — у 20, рак надпочечника — у 18 (злокачественная феохромоцитома — 10, злокачественная кортикостерома — 8).

Результаты исследования и их обсуждение

Все открытые операции выполняем лапаротомным доступом под эндотрахеальным наркозом.

Правостороннюю адреналэктомию выполняем после мобилизации печеночного угла толстой кишки и двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Центральная вена правого надпочечника короткая и впадает в заднебоковую поверхность нижней полой вены, могут быть и дополнительные вены [2]. При неосторожных манипуляциях может произойти отрыв вены с опасным кровотечением. Левостороннюю адреналэктомию выполняем через желудочно-ободочную связку, смещаем вниз селезеночный угол толстой кишки, а поджелудочную железу — вверх. В последнее время мы осуществляем доступ к левой почечной вене и центральной вене левого надпочечника через брыжейку ободочной кишки, проведя разрез брюшины параллельно нижней брыжеечной вене. Данный доступ позволяет выйти на центральную вену надпочечника, нанося минимальную травму поджелудочной железе. Левая центральная вена надпочечника более длинная впадает в почечную. Мы всегда пытаемся выйти на центральную вену и приступаем к манипуляциям на органе после ее перевязки [4]. Предварительная перевязка вен надпочечника оправдана не только опасностью кровотечения, но и предупреждением катехоламинового криза [3, 5]. После перевязки центральной вены мы ни разу не отмечали скачков артериального давления или интраоперационных кровотечений. Множественные мелкие артерии, отходящие от аорты, почечных и нижних диафрагмальных артерий, легко перевязываются или коагулируются. Адреналэктомию завершаем обязательным дренированием ложа надпочечника.

48 больным выполнена лапароскопическая адреналэктомия, правосторонняя — 42 пациентам, левосторонняя — 6-пациентам. При правосторонней локализации процесса операцию выполняем из переднего или переднебокового доступа. Используем 4-5 лапаропортов: в области пупка, под мечевидным отростком, по среднеключичной линии на уровне пупка, в эпигастрии слева и, при необходимости, в правом подреберье по переднеподмышечной линии. Мобилизация двенадцатиперстной кишки не представляет трудностей, легко определяется правая почка и нижняя полая вена. В одном случае опухоль уходила под вену, что вынудило перейти на лапаротомию.

По нашему мнению, левосторонняя адреналэктомия технически сложнее, в одном из трех случаев мы вынуждены были прибегнуть к конверсии.

После выделения надпочечника мы помещаем его в контейнер и извлекаем из брюшной полости через расширенный прокол в правом подреберье, который затем используем для адекватного дренирования.

При выполнении открытой и лапароскопической адреналэктомии проводим антибиотикопрофилактику цефуроксимом по общепринятой методике. Для профилактики тромбозмболических осложнений применяем низкомолекулярные гепарины, отдавая предпочтение еноксипарину. Для профилактики послеоперационного панкреатита, особенно при левосторонней адреналэктомии, применяли квамател и октрестатин. В случае возникновения паренхиматозного кровотечения применяем Тахокомб.

Продолжительность открытой адреналэктомии составляет 120 ± 20 мин., лапароскопической — 90 ± 15 мин.

Средний койко-день после лапароскопической адреналэктомии составил $6,1 \pm 1,7$ (после открытой — $15,3 \pm 2,8$). В послеоперационном периоде у 2 больных после левосторонней адреналэктомии наблюдался послеоперационный панкреатит, излеченный консервативно. В 4 случаях пришлось прибегнуть к лапаротомии: в 2-х случаях причиной конверсии стало кровотечение из центральной вены надпочечника и в 2 случаях — анатомические особенности, связанные с близостью опухоли к нижней полой и почечной венам.

Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты контролированы у 54 пациентов. Больные, оперированные по поводу гормонально активных опухолей, страдавшие до операции артериальной гипертензией, субъективных жалоб не предъявляют, гипотензивных препаратов не принимают. 3 больных, оперированных по поводу злокачественной кортикостеромы, умерли в течение одного года от прогрессирования основного заболевания.

Выводы

1. Больных с опухолями надпочечников, особенно гормонально активными, необходимо готовить к операции в условиях стационара с обязательным участием кардиолога, эндокринолога и анестезиолога.

2. Перевязка центральной вены на первом этапе операции позволяет предупредить опасное кровотечение и катехоламиновый криз.

Литература

1. «Гормонально неактивные» опухоли надпочечников / Майстренко В.А., Довганюк В.С., Фомин Н.Ф., Ромащенко П.Н. — СПб.: Элби, 2001. — 171 с.
2. Клиническая анатомия для хирургов, выполняющих лапароскопические и торакоскопические операции: Пер. с англ. — М.: Медицина, 2000. — 360 с.
3. Кэттфл В.М., Арки Р.А. Патофизиология эндокринной системы: Пер с англ. — СПб.: Бином, 2001. — 336 с.
4. Романчишин А.Ф., Борисов А.Е. и др. Использование эндовидеотехники в хирургии надпочечников: Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України. — Харків, 2000. — С. 290-291.
5. Рыбаков С.И. Гормонально активные опухоли коркового вещества надпочечниковых желез: принципы диагностики и лечения: Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України. — Харків, 2000. — С 292-293.
6. Францзайдес К. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия: Пер. с англ. — СПб.: Бином, 2000. — 320 с.
7. Эндовидеохирургия органов брюшинного пространства / Борисов А.Е., Земляной В.П., Кащенко В.А., Семёнов В.А. и др. — СПб.: ЭФА, 2000. — 204 с.
8. Gagner M., Lacroix A., Bolte E. A case report of laparoscopic adrenalectomy // Nipp Hinyok Gakk Zasshi. — 1992. — №83. — P. 3-1130.
9. Higashihara E., Tanaka Y., Horie S. et al. A case report of laparoscopic adrenalectomy // Nipp Hinyok Gakk Zasshi.. — 1992. — №8. — P. 3-31130.

М.А.Каштальян, О.Б.Тимчук, В.Ю.Шаповалов. Адrenaлектомія з приводу пухлин надниркових залоз. Одеса, Україна.

Ключові слова: наднирник, пухлини наднирника, адrenaлектомія.

Виконано 82 операції з приводу пухлин наднирників. 48 хворих оперовані лапароскопічно, з них правобічна адrenaлектомія виконана у 42 пацієнта, лівобічна — у 6, конверсій — 4. Перев'язка центральної вени на першому етапі операції дозволяє попередити небезпечну кровотечу та катехоламіновий криз.

M.A.Kashtalyan, O.B.Tymchuk, V.Yu.Shapovalov. Adrenalectomy over adrenal tumors. Odessa, Ukraine.

Key words: adrenal gland, adrenal gland tumors, adrenalectomy.

82 performed surgery for adrenal tumors. 48 patients were operated laparoscopically, including right-sided adrenalectomy was performed in 42 patients, left-sided — in 6. Conversion — 4. Ligation of the central vein of the first phase of the operation can prevent dangerous bleeding and catecholamine crisis.