

reflux and prevention of postoperative reflux. Developed of an antireflux techniques organ preserving surgery for the treatment of complicated forms of gastric and duodenal ulcer, antireflux techniques for prevention and correction of failure of gastroesophageal junction. Using of developed techniques allowed to reduce the incidence of postoperative reflux in 3.7 times ($p < 0,01$). Efficiency of the developed treatment strategy of complicated peptic ulcer disease combined with pathological reflux established based on the study of remote results of treatment, that confirmed the reduction in the incidence of postoperative reflux from 62.9% to 16.8% ($p < 0,01$) and a decrease in the number of patients with low quality of life after surgery from 26,1% to 6.4% ($p < 0,05$).

Key words: peptic ulcer disease, reflux, organ preserving surgery, antireflux surgery.

Рецензент - д.м.н., проф. Макаров В.В.

Стаття надійшла до редакції 01.11.2016 р.

Велигоцький Микола Миколайович - д.м.н., проф., зав. кафедрою торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)3642040; Velligotsky@mail.ru

Комарчук Віктор Васильович - д.м.н., доц. кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)3026218; komarchuk-victor@i.ua

Трушин Олександр Сергійович - к.м.н., доц. кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(066)7001566; office@med.edu.ua

Комарчук Єгор Вікторович - асистент кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)3026939; kevin1961@mail.ru

Горбуліч Олександр Вікторович - к.мед.н., доц. кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)7819169; adnor@rambler.ru

Арутюнов Сергій Едуардович - к.мед.н., доц. кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)7819169; adnor@rambler.ru

Тесленко Ігор Віталійович - к.м.н., асистент кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(050)6308819; office@med.edu.ua

Шептуха Артем Олексійович - к.м.н., асистент кафедри торакоабдомінальної хірургії ХМАПО; +38(066)1730873; office@med.edu.ua

© Кутувий О.Б., Дейнеко І.В., Жмуренко Е.В.

УДК: 616.45 - 006 - 089

Кутувий О.Б.¹, Дейнеко І.В.², Жмуренко Е.В.¹

¹ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України", кафедра хірургії № 2 (вул. Дзержинського, б. 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49000), ²КЗ "Обласная клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова" (пл. Жовтнева, б. 14, м. Дніпропетровськ, Україна, 49000)

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НОВОУТВОРЕНЬ НАДНИРНИКІВ

Резюме. Проведена оцінка результатів хірургічного лікування 83 хворих з новоутвореннями наднирників, з них 13 адреналектомій, виконаних через традиційний лапаротомний доступ, 17 лапароскопічних адреналектомій і 53 мануально-асистовані адреналектомії. У даному дослідженні підтверджено, що хірургічне лікування пухлин надниркових залоз є ефективним. Пріоритетними залишаються малоінвазивні втручання. Вони мають перевагу щодо доступу до органу та безпеки операції. На базі отриманих даних показано, що мануально-асистована та лапароскопічна адреналектомія є співвідносними за основними критеріями ефективності лікування.

Ключові слова: пухлини наднирників, мануально-асистована адреналектомія.

Вступ

Частота виявлення новоутворень надниркових залоз неухильно зростає, що пов'язано, в тому числі і з широким впровадженням в практику інформативних методів діагностики [10].

Адреналектомія у пацієнтів з новоутвореннями наднирників залишається провідним методом радикального лікування [1, 2]. При цьому використовують широкий арсенал хірургічних втручань, що пов'язано перш за все з особливостями топографічної анатомії наднирників, а також стрімким розвитком нових технологій [3, 7]. Поряд з традиційними лапаротомією і люмботомією, в даний час частіше застосовують пряму і бічну лапароскопію, бічну люмбоскопію, задню люмбоскопію, відкриту і ендовідеохірургічну торакофренотомію [4, 5, 6].

Провідними вітчизняними та зарубіжними клініками представлені результати адреналектомій, виконаних в

різних модифікаціях. При порівняльній оцінці їх ефективності переконливо показані переваги ендовідеохірургічних технологій перед традиційними відкритими операціями [8, 9].

Мета - оцінка результатів використання різних технологій і методів хірургічного лікування пухлин і кіст надниркових залоз.

Матеріали та методи

З 2011 по 2016 р.р. в умовах відділення ендокринної хірургії КЗ "Обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова" було обстежено та прооперовано 83 пацієнта з новоутвореннями наднирників. Вік пацієнтів знаходився у межах від 42 до 76 років, з них жінок було 61 (73,49%), чоловіків - 22 (26,50%). Пацієнтам у передопераційному періоді виконані ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ) з контрастуван-

ням або 1,5 Тл магніто-резонансна томографія (МРТ) органів черевної порожнини і заочеревинного простору. При підозрі на синдром Іценко-Кушинга проводили МРТ турецького сідла.

Визначали рівень альдостерону, дегідроепіандростерон-сульфату, реніну і адренкортикотропного гормону крові, альдостерон-ренінового співвідношення, 17-оксипрогестерона, тестостерону, естрадіолу, екскрецію кортизолу, метанефрину добової сечі, рівень кортизолу слини.

У 47 випадках були виконані односторонні тотальні адреналектомії і в 36, при відсутності ознак малігнізації - субтотальні резекції наднирників. Критеріями малігнізації вважали розміри пухлини більше 6 см, нерівність і нечіткість контурів, неоднорідність структури з включенням кіст і кальцинатів, нативну щільність від + 35 до + 47 HU за даними КТ [4].

Тринадцяти хворим (I група) адреналектомія була виконана через традиційний лапаротомний доступ, 17 (II група) - лапароскопічно (ЛА), 53 (III група) з використанням HALS технології - мануально-асистованої лапароскопічної адреналектомії (МЛА) [9].

При МЛА порт для лівої руки в разі лівосторонньої адреналектомії формували по середній лінії на кордоні епі- і мезогастрію або трансректально зліва, при правобічній адреналектомії - трансректально або по спігелієвій лінії праворуч.

Хворим на феохромоцитому в якості передопераційної підготовки призначали протягом 2-3 тижнів α -адреноблокатори. Хірургічне втручання при феохромоцитомі проводилося швидко і з використанням максимально щадної прецизійної техніки з ранньою перев'язкою (кліпуванням) центральної вени надниркової залози.

У разі феохромоцитом і кортикостером виконували тотальну адреналектомію для попередження віддалених рецидивів захворювання.

У післяопераційному періоді всім пацієнтам визначали рівень K^+ , Na^+ протягом 2 днів як непрямі ознаки зміни гормонального фону, кортизолу крові, метанефрину сечі, альдостерон-ренінового співвідношення при гормонактивних пухлинах.

Математичний і статистичний аналіз проводили за допомогою пакета прикладних програм Microsoft Word, Excel. Використовували непараметричні методи варіаційної статистики з обчисленням середніх величин, середньої помилки, середньоквадратичного відхилення. Для оцінки достовірності відмінності кількісних і якісних показників використовували програму STATISTICA 5.0.

Результати. Обговорення

За даними УЗД, КТ органів черевної порожнини і заочеревинного простору розміри пухлини від 3,5 до 6,0 см мали місце у 44 (53,0%) від 6,0 до 10,0 см у 30 (36,1%) більше 10,0 см у 9 (12,4%) пацієнтів.

У 5 випадках відзначалося підвищення рівня альдостерону крові, що дало підставу припустити у хворих

Таблиця 1. Основні характеристики хірургічних втручань.

Критерії	Групи хворих		
	I (n = 13)	II (n = 17)	III (n = 53)
	1	2	3
Середня довжина розрізу (см)	19,6±4,2	3,2±1,8 p^{1-2**}	7,2±1,2 p^{1-3} p^{2-3*}
Кількість розрізів для введення троакарів	-	3-4	2
Тривалість операції (хв)	90±15	62±12	49±15
Об'єм крововтрати (мл)	270±30	177±15	86±24
Розширення (конверсія) доступу (абс./ %)	-	2 (11,76%)	5 (9,43%)
Середня тривалість лікування в стаціонарі (дб)	12,3±,0	7,1±1,8	8,0±1,7

Примітка: * - достовірність відмінностей показників $p < 0,05$; ** - достовірність відмінностей показників $p < 0,01$.

нааявністю альдостероми, в 7 випадках підвищення рівня загальних метанефринів в добовій сечі, що властиво феохромоцитомам, у 8 випадках була виявлена гіперкортизолемія і в 2 випадках на тлі вірилізації хворих - гіпертестостеронемія. Інші 61 новоутворення розцінювалося як інсиденталоми.

Порівняльні характеристики хірургічних втручань, виконаних хворим різних груп, представлені в таблиці 1.

На підставі отриманих даних можна говорити про те, що МЛА і ЛА є співвідносними за основними критеріями.

Крім того, використання мануальної асистенції при лапароскопічній адреналектомії полегшувало визначення локалізації пухлини, її форми, зв'язок з навколишніми органами, спрощувало виділення надниркової залози і судин, що живлять її, відділення пухлини від навколишніх тканин і органів, що мало особливе значення при лівобічному патологічному процесі, коли в інтимній близькості з пухлиною і тканиною надниркової залози розташовані хвіст підшлункової залози і селезінка.

Наявність руки хірурга в черевній порожнині дозволяла здійснити тимчасовий гемостаз притисненням або тампонуванням судин, що кровоточать, заздалегідь введеною в черевну порожнину серветкою, з подальшою ліквідацією джерела кровотечі.

Інтраопераційно на етапі видалення пухлини у 3 пацієнтів (5,6%) при МЛА справа спостерігалася кровотеча з дрібних гілок нижньої порожнистої вени, яке вдалося усунути шляхом кліпування останніх. При виконанні ЛА в подібній ситуації у 1 пацієнта виникла необхідність у конверсії. Ще одна конверсія при лапароскопії була здійснена внаслідок наявності надлишку внутрішньочеревних спайок і труднощів візуалізації анатомічних орієнтирів пухлини.

Причинами конверсій при МЛА були: виражений злуковий процес у 2, морбідне ожиріння у 1, атипове розташування селезінки у 1, виникнення технічних труднощів при виділенні новоутворення у 1 хворого.

За даними УЗД в післяопераційному періоді гематоми в області видаленої пухлини спостерігалися у 3 пацієнтів I групи і 3 пацієнтів III групи. У одному випадку (7,63%) після перенесеної лапаротомії виникла вентральна грижа.

У післяопераційному періоді змін гормонального статусу при інсиденталомах відмічено не було.

Використання α -адреноблокаторів під час передопераційної підготовки хворих з феохромоцитомами дозволило в 4 випадках проводити наркоз в режимі керованої гемодинаміки без різкого зниження показників АТ при видаленні пухлини і застосування вазопресорів.

Епізоди катехоламінового кризи спостерігали у 3 хворих інтраопераційно під час маніпуляції з пухлиною, і в ранньому післяопераційному періоді. Для його купіювання були використані ін'єкційні форми β -адреноблокаторів.

Про явища надниркової недостатності у хворих з синдромом Іценко-Кушинга в післяопераційному періоді свідчили загальне почуття слабкості, зниження артеріального тиску на 20-30 мм рт. ст. від початкового, запаморочення, зниження температури тіла, зниження рівня електролітів і кортизолу крові. Для профілактики гострої надниркової недостатності усім хворим вводили 200 мг гідрокортизону інтраопераційно і по 100 мг при необхідності після операції.

У всіх хворих післяопераційні рани зажили первинним натягом.

За даними остаточного гістологічного дослідження в 47 (56,6%) випадках мала місце аденома надниркової залози, в 11 (13,2%) - адренокортикальний рак, в 7 (8,4%) - феохромоцитома, в 5 (6,0%) - альдостерома, в

8 (9,6%) - кортикостерома, в 2 (2,4%) - ретенційна істинна кіста надниркової залози, в 1 (1,2%) - гангліоневрома, в 2 (2,4%) - тестостерома.

Після проведеного хірургічного лікування всім хворим з адренокортикальним раком рекомендована дистанційна гамма-терапія (СОД - 60-80Гр). Контроль гормонального статусу і УЗД епінефральної області виконували амбулаторно через 2, 6 і 12 місяців. В ході динамічного спостереження значимих відхилень рівня гормонів надниркових залоз в організмі і рецидиву доброякісних пухлин не спостерігалося. У випадках адренокортикального раку рецидиви відмічені у 3 хворих (III - IV стадії), 2 з них померли в терміни до 2 років після операції.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Адреналектомія у пацієнтів з новоутвореннями надниркових залоз є ефективним методом лікування. При цьому пріоритетними залишаються малоінвазивні технології. На підставі отриманих даних можна говорити про те, що МЛА і ЛА є співвідносними за основними критеріями ефективності лікування.

2. Згідно з післяопераційними даними гістологічного дослідження пухлин надниркових залоз найчастіше зустрічаються аденоми (56,6%) і адренокортикальний рак (13,2%). Рішення про виконання субтотальних резекцій наднирників з урахуванням їх ефективності при доброякісних пухлинах потребує виключної обґрунтованості.

Перспективи подальшої роботи передбачають подальше удосконалення методик хірургічного лікування і вироблення показань до їх застосування.

Список літератури

- Емельянов С. И. Эндохирургия новообразований надпочечников / С.И. Емельянов, Д.Ю. Богданов // Клиническое руководство. - Москва: Изд. Панфилова, 2012. - 151 с.
- Клинические рекомендации по лечению рака коры надпочечников / Д.Г. Бельцевич, В.Ю. Бохан, В.А. Горбунова [и др.]. - Москва, 2014. - 16 с.
- Павловський М. П. 50-річний досвід діагностики та лікування хворих із пухлинами надниркових залоз / М.П. Павловський, Н.І. Бойко, Я.І. Гаврик // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. - 2008. - №3. - С. 31.
- Подлужный А. А. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения больных с опухолями надпочечников: автореф. дис. на соискание учен. степени канд.мед.наук / А.А. Подлужный. - Запорожье, 2014. - 20 с.
- Сравнительная оценка эндоскопических доступов к надпочечникам / Л.М. Краснов, С.Л. Непомнящая, В.А. Семенов, Е.А. Федоров // Эндоскопическая хирургия. -2013. - № 1, Вып. 2. - С. 76-77.
- Черенько С. М. Лапароскопична адреналектомія: досвід перших 300 операцій у клініці ендокринної хірургії / С.М. Черенько, О.С. Ларін // Клініч. ендокринологія та ендокринна хірургія. - 2010. - № 3. - С. 3.
- AAE/AAES Adrenal Incidentaloma Guidelines / M.A. Zeiger, G.B. Thompson, Quan-Yang Duh [et al.] / Endocrine Practice. - 2009. - Vol. 15, Suppl. 1. - P. 1-6.
- Adrenal Surgery Practice Guidelines for the UK [Електронний ресурс] / С.7; Режим доступу: <http://www.baets.org.uk/wp-content/uploads/Adrenal-Surgery-Practice-Guidance-for-the-UK-2016.pdf>
- Guidelines for the Surgical Management of Endocrine Disease [Електронний ресурс] / С.28; Режим доступу: <http://www.baets.org.uk/wp-content/uploads/2013/02/BAETS-Guidelines-2003.pdf>
- Retroperitoneal hand-assisted laparoscopic surgery for endoscopic adrenalectomy / N. Sata, M. Shiozawa, A. Suzuki [et al.] // Surg. Endosc. - 2006. - Vol. 20, № 5. - P. 830-833.

Кутовий А.Б., Дейнеко І.В., Жмуренко Э.В.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Резюме. Проведена оцeнка результатов хирургического лечения 83 больных с новообразованиями надпочечников, из них 13 адреналэктоми, выполненных через традиционный лапаротомный доступ, 17 лапароскопических адреналэктоми и 53 мануально-ассистированные адреналэктоми. В данном исследовании подтверждено, что хирургическое лечение опухолей надпочечников является эффективным. Приоритетными остаются малоинвазивные вмешательства. Они имеют

преимущество в отношении доступа к органу и безопасности операции. На основании полученных данных показано, что мануально-ассистированная и лапароскопическая адrenaлэктомия сопоставимы по основным критериям эффективности лечения.

Ключевые слова: опухоли надпочечников, мануально-ассистированная адrenaлэктомия.

Kutovy O.V., Deyneko I.V., Zhmurenko E.V.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF ADRENAL TUMORS

Summary. The evaluation of surgical treatment results of 83 patients with adrenal tumors was conducted with present 13 adrenalectomies with traditional laparotomy incision, 17 laparoscopic adrenalectomies and 53 manually-assisted adrenalectomies. This research confirms that surgical treatment of adrenal tumors is the most efficient method. Minimally invasive technologies have the highest priority. They have advantages in organ access facilitation and operation safety. Basing on the results of the research, it can be stated that manually-assisted adrenalectomy and laparoscopic adrenalectomy are equatable by major treatment efficiency criteria.

Key words: adrenal tumors, manually assisted adrenalectomy.

Рецензент - к.мед.н., доц. Карпенко С.І.

Стаття надійшла до редакції 09.11.2016 р.

Кутувий Олександр Борисович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії № 2 ДЗ "Дніпропетровської медичної академії МОЗ України"; +38(095)3486713

Дейнеко Ілля Вячеславович - к.мед.н., зав. відділенням ендокринної хірургії КЗ «Обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова»; +38(067)5658741; ilyad@rambler.ru

Жмуренко Еліна Вікторівна - аспірант кафедри хірургії № 2 ДЗ "Дніпропетровської медичної академії МОЗ України"; +38(099)2380361; elya.grib@mail.ru

© Гресько М.М.

УДК: 616.361-089-06:616-007.253-08

Гресько М. М.

Вищий Державний навчальний заклад України "Буковинський Державний медичний університет", кафедра хірургії №1 (Театральна пл., 2. м. Чернівці, Україна, 58000)

ЯТРОГЕННІ ПОШКОДЖЕННЯ ЖОВЧНО-ВИВІДНИХ ШЛЯХІВ ТА СИНДРОМ МІРРІЗІ У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Резюме. Проведено аналіз лапароскопічних втручань у 8245 хворих з ургентною та плановою хірургічною патологією і встановлено покази для конверсії, а також ятрогенні пошкодження жовчно-вивідних шляхів та зв'язок з синдромом Міррізі. Своєчасний перехід на конверсію - надзвичайно важливий момент упередження поранення жовчно-вивідних шляхів у технічно складних випадках, а відновлення відтоку жовчі може бути досягнуто тільки тоді, коли в операційну бригаду буде включений досвідчений фахівець, який володіє різноманітними методиками відновних та реконструктивних операцій.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, ятрогенні пошкодження жовчно-вивідних шляхів, синдром Міррізі.

Вступ

Сьогодні досить широко в практику впроваджена лапароскопічна холецистектомія (ЛХ), яка є основою хірургічного лікування хронічного калькульозного холециститу і стала "золотим" стандартом впродовж останніх 20 років [1, 3, 9]. Однак запровадження лапароскопічної методики сприяло суттєвому (в 2-5 разів) збільшенню частоти пошкоджень магістральних жовчних протоків у порівнянні з відкритою технікою операції - до 0,3-2% [6, 7]. В останні роки в літературі з'явилися рекомендації щодо безпеки виконання (ЛХ) при хронічному та гострому калькульозному холециститі. Появились описи характерних ознак, які вказують на так звані субопераційні ускладнення. Це такі терміни, як: "важкий жовчний міхур", "операційний ризик ЛХЕ", "нестандартні ситуації при ЛХЕ", "підвищений операційний ризик при ЛХЕ" [2, 5, 6]. Окрім того, у практиці хірурга зустрічається синдром Міррізі, який є ускладненням жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ), в розумінні порушення прохідності загальної жовчної протоки, внаслідок запально-дегенеративних змін між ним та стінкою жовчного міхура. Даний синдром вперше був описаний у 1948 році у Аргентині хірургом Fabio Luis Mirizzi, який

опублікував випадок із практики порушення прохідності загальної жовчної протоки при його здавленні конкрементом, щознаходився у шийці жовчного міхура. Існує декілька класифікацій синдрому Міррізі: С.К. Mcsherry (1982); А. Csendes (1989); М.Є. Нечитайло (2005) [10, 11, 12, 15], які ґрунтуються на наявності або відсутності нориці між жовчним міхуром та загальною жовчною протокою. Найбільш розповсюдженою класифікацією синдрому Міррізі є С.К. Mcsherry (1982) згідно якої СМ I типу це - здавлення загальної жовчної протоки конкрементом, що знаходився у жовчному міхурі, його шийці або у міхуровій протоці. СМ II типу це - утворення нориці між жовчним міхуром та загальною жовчною протокою з обструкцією останньої конкрементом [13, 14]. Дана класифікація допомагає хірургу у виборі адекватної тактики лікування в залежності від наявності або відсутності нориці. Результати лікування таких пацієнтів не можна вважати задовільними через стабільно високий відсоток післяопераційних ускладнень і летальності [4, 8].

Мета - узагальнити досвід використання лапароскопічних втручань у 8245 хворих з ургентною та плановою хірургічною патологією і встановити критерії, які