

ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИНИН ЖАРЧЫСЫ

ВЕСТНИК ОШКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

BULLETIN OF OSH STATE UNIVERSITY

e-ISSN: 1694-8610

№2/2023, 69-72

УДК: 616.45-006-089

DOI: https://doi.org/10.52754/16948610_2023_2_8

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
НАДПОЧЕЧНИКОВ**

**БӨЙРӨК ҮСТҮНДӨГҮ БЕЗДЕРИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ШИШИКТЕРИН ДИАГНОСТИКАЛОО
ЖАНА ДАРЫЛОО**

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BENIGN ADRENAL TUMORS

Осумбеков Байышбек Зияйдинович

Осумбеков Байышбек Зияйдинович

Osumbekov Baiyshbek Zyaidinovich

д.м.н., профессор, Ошский государственный университет

м.и.д., профессор, Ош мамлекеттик университети

Doctor of Medical Sciences, Professor, Osh State University

osumbekov_osh@mail.ru

Каратаев Мирлан Анварбекович

Каратаев Мирлан Анварбекович

Karataev Mirlan Anvarbekovich

Преподаватель, Ошский государственный университет

Окутуучу, Ош мамлекеттик университети

Lecturer, Osh State University

dr.Karataev@mail.ru

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Аннотация

В статье изложены результаты диагностики и хирургического лечения 23 больных с доброкачественными опухолями надпочечников, которые находились в Ошской межобластной объединенной клинической больнице с 2014 по 2019 годы. Возраст больных колебался от 20 до 70 лет, в среднем – 46 лет, мужчин было 6 (26,08 %), женщин – 17 (73,91 %). Доброкачественные опухоли располагались в 19 случаях справа, у 4 пациентов слева, размеры опухолевидных образований надпочечника колебались от 24 мм до 85 мм. Из 23 больных в 18 случаях произведена лапароскопическая адреналэктомия, в 4 случаях – лапаротомия, удаление опухоли, в 1 случае диагностическая лапаротомия, ревизия. Длительность лапароскопической адреналэктомии колебалась от 50 до 90 минут, в среднем продолжительность операции составила 75 минут, при лапаротомии длительность в среднем составила 130 минут. Средняя длительность пребывания больных составляла 5-6 койко дней, осложнений во время операции и послеоперационном периоде не было.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли надпочечников, адреналэктомия, лапароскопия, УЗИ, КТ.

Бөйрөк үстүндөгү бездердин залалсыз шишиктерин диагностикалоо жана дарылоо *Diagnosis and treatment of benign adrenal tumors*

Аннотация

Макалада 2014-2019-жылдар аралыгында Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасында жаткан бөйрөк үстүндөгү бездердин залалсыз шишиги менен ооруган 23 бейтаптын диагностикасынын жана хирургиялык дарылоонун жыйынтыгы берилген. Ооругандардын жаш курагы 20 жаштан 70 жашка чейин, орточо эсеп менен 46 жаш, 6 эркек (26,08%), аялдар - 17 (73,91%). Залалсыз шишик 19 учурда оң жакта, 4 оорулууда сол жакта, бөйрөк үстүндөгү бездин шишик сымал түзүлүшүнүн өлчөмү 24 ммден 85 ммге чейин болгон. 23 оорулуудан 18 учурга лапароскопиялык адреналэктомия, 4 учурга лапаротомия, шишикти алып салуу, 1 учурга диагностикалык лапаротомия, ревизия жасалган. Лапароскопиялык адреналэктомиянын узактыгы 50 мүнөттөн 90 мүнөткө чейин, операциянын орточо узактыгы 75 мүнөт, лапаротомия менен орточо узактыгы 130 мүнөттү түзгөн. Оорулуулардын ооруканадагы төшөк күндөрү орточо узактыгы 5-6 күндү түздү, эч кандай кыйынчылыктар болгон жок.

Abstract

The article presents results of diagnosis and surgical treatment of 23 patients with adrenal glands benign tumors, who were in the Osh Interregional United Clinical Hospital from 2014 to 2019. The age of the patients ranged from 20 to 70 years, on average - 46 years, there were 6 men (26.08%), women - 17 (73.91%). Benign tumors were located in 19 cases on the right, in 4 patients on the left, the size of tumor-like formations of the adrenal gland ranged from 24 mm to 85 mm. Out of 23 patients, laparoscopic adrenalectomy was performed in 18 cases, laparotomy, tumor removal in 4 cases, diagnostic laparotomy, revision in 1 case. The duration of laparoscopic adrenalectomy ranged from 50 to 90 minutes, the average duration of the operation was 75 minutes, with laparotomy the average duration was 130 minutes. The average length of hospital stay of patients was 5-6 days, there were no complications.

Ачык сөздөр: бөйрөк үстүндөгү бездердин залалсыз шишиктери, адреналэктомия, лапароскопия, УЗИ, КТ.

Keywords: benign tumors of the adrenal glands, adrenalectomy, laparoscopy, ultrasound, CT.

Введение

В современной хирургии отмечается постоянный и закономерный рост количества эндовидеохирургических операций, в том числе и при патологии надпочечников. В связи с хорошей переносимостью минимально-инвазивных вмешательств, в литературе появилось большое количество сообщений, посвященных расширению показаний к лапароскопической адреналэктомии. Лапароскопическая адреналэктомия считается золотым стандартом лечения при доброкачественных опухолях надпочечников малого и среднего размера. Низкая частота осложнений, короткий госпитальный период и малый срок реабилитации позволили рекомендовать ее для широкого применения. Выбор метода лечения зависит от многих факторов: размера опухоли, состояния пациента и прежде всего – хирургического опыта оперирующего хирурга. Лапароскопическая адреналэктомия из латерального трансабдоминального доступа является золотым стандартом для лечения пациентов с широким спектром доброкачественных опухолей надпочечников средних размеров (≤ 6 см), но имеются сообщения о применении данного метода при опухолях размерами до 12см.

Целью нашей работы является улучшение диагностики и результатов хирургического лечения доброкачественных опухолей надпочечников.

Материалы и методы исследования

В период с 2014 по 2019 годы в отделении эндовидеохирургии и хирургии №2 Ошской межобластной объединенной клинической больницы находились 23 больных с доброкачественными опухолями надпочечников. Возраст больных колебался от 20 до 70 лет, в среднем – 46 лет. Мужчин было 6 (26,08 %), женщин – 17 (73,91 %). По расположению у 19 больных справа, у 4 больных слева. В наших наблюдениях размеры опухолевидных образований надпочечника колебались от 24 мм до 85 мм. В 2 случаях больные находились под динамическим наблюдением, где отмечали увеличение размеров опухолевидного образования, в связи с чем были госпитализированы для оперативного лечения.

Все больные до поступления были осмотрены эндокринологами, кардиологами. Всем больным проводились общеклинические и биохимические обследования (общий анализ крови, мочи, печеночные и почечные тесты, определение группы крови и время свертываемости). Кроме того, проводились обследования гормонов надпочечника в крови (кортизол, альдостерон). Из инструментальных методов обследования всем больным проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ). Из инструментальных методов исследования особая роль принадлежит УЗИ, с помощью которого определяется размеры, локализацию, структуру и соотношение к прилежащим органам. Из 23 больных 18 больным дополнительно сделана КТ. (А.В Араблинский, Ю.В. Сидорова, 2011).

Из прошедших гормональное обследование (кортизол в крови), дали следующие результаты: гормонально неактивные-показатели в пределах референтного уровня – 19 (82,6 %), гормонально активные - выше референтного уровня - 4 (17,4%).

Лапароскопические операции проводились под общим обезболиванием с применением релаксантов в положении больного на спине при правосторонней локализации опухоли и правом боковом с согнутыми в тазобедренном и коленном суставах конечностями при левосторонней локализации опухоли. Техника выполнения лапароскопической адреналэктомии при чрезбрюшинном методе мало отличается от

лапароскопической холецистэктомии. При правосторонней локализации опухоли надпочечника рассекается треугольная связка печени, при левосторонней локализации – мобилизуется селезеночный угол толстой кишки, рассекается селезеночно-диафрагмальная связка. В последующем обнажаются надпочечники, выделяется центральная надпочечниковая вена, клипируются, рассекается, поэтапно выделяются верхние и нижние надпочечниковые сосуды с коагулированием, надпочечник освобождается, помещается в контейнер и удаляется. Тщательный гемостаз ложа надпочечника, и дренирование (Борисов А.Е., Романчишен А.Ф., Краснов Л.М., и др.1997 - С. 50).

Результаты и обсуждение

Нами выполнено лапароскопических адреналэктомий 18 больным (14 – правосторонняя, 4 – левосторонняя), 4 больным по поводу больших размеров опухоли произведена лапаротомия, удаление опухоли надпочечника, одному больному из-за прорастания опухоли в нижнюю полую вену не удалось произвести адреналэктомию.

Кровопотеря составила от 50 до 200 мл, в среднем 90 мл, показаний к гемотрансфузии не было. Длительность операции колебалась от 50 до 90 минут, в среднем продолжительность операции составила 75 минут. При лапаротомии длительность операции в среднем составила 130 минут. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, после лапароскопических операций активировали через 4-6 часов, после лапаротомии - через 12-14 часов, на следующие сутки больные активно ходили, разрешали прием жидкой пищи. Болевой синдром, требующий назначения наркотических анальгетиков после лапароскопических операций не наблюдался, у большинства больных было достаточно применения ненаркотических анальгетиков, больным антибиотики не назначались, так как применялась периоперационная антибиотикофилактика. Дренажные трубки из брюшной полости удаляли на 2-3-е сутки. Пареза кишечника не наблюдалось. У всех больных заживление раны первичным натяжением, швы снимали на 6-7-е сутки. Послеоперационных осложнений не было. Среднее время пребывания в стационаре больных после лапароскопических операций составило 5-койко дней, после лапаротомии – 8-9 дней. Больным проводили повторные УЗИ перед выпиской, при этом скоплений жидкости не выявлено. Отдаленный результат изучен у 16 больных, сроки обследования от 1 года до 4 лет, клинико-лабораторных данных за рецидив заболевания не обнаружено.

Результаты гистологического исследования: аденомы надпочечника – 15 случаях, кисты – 3-х случаях, феохромоцитомы – 4-х наблюдениях, рак надпочечника – 1 случай.

Выводы

1). УЗИ и КТ являются высокочувствительными инструментальными методами исследования при опухолях надпочечников, выявляемость достигает до 100%.

2). Лапароскопическая адреналэктомия при доброкачественных опухолях надпочечника является эффективным методом без осложнений. с возможностью первоначально выделить и лигировать сосуды, что делает операцию безопасной и быстрой. При этом доступе хирург "выходит" сначала на сосуды, а потом работает с опухолью (особенно важно при гормонопродуцирующих образованиях).

3). Лапароскопическая адrenaлэктомия имеют следующие преимущества перед лапаротомией: малотравматичность, невыраженный болевой синдром и минимальность осложнений; быстрая реабилитация; лучший косметический эффект; улучшение качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Литература

1. Korobkin M., Brodeur F.J., Francis I.R. et al. (1998) CT time attenuation washout curves of adrenal adenomas and nonadenomas. *Am J Roentgenol.* С-170(3):747-52. doi: 10.2214/ajr.170.3.9490968
2. Кузнецов Н.С., Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э. и др. (2011) Дифференциальная диагностика инциденталом надпочечников. *Эндокринная хирургия.* С-1:516 doi: 10.14341/2306-3513-2011-1-5-16
3. Араблинский А.В., Сидорова Ю.В. (2011) Компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике заболеваний надпочечников. *Сибир. Сибирский онкологический журнал.*
4. Борисов А.Е., Романчишен А.Ф., Краснов Л.М., Земляной В.П., Кащенко В.А., Стрижелецкий В.В., Пилькевич О.Я. (1997) Эндовидеоскопическая адrenaлэктомия: опыт 15 операций // *Эндоскопическая хирургия.* - №1. - С. 50.
5. Ветшев П.С., Ипполитов Л.И., Ветшев С.П., Коваленко Е.И. (2005) Спорные вопросы и негативные тенденции в диагностике и хирургическом лечении случайно выявленных опухолей надпочечников // *Хирургия.* - №6. - С. 11-12.
6. Емельянов С.И. (1998) *Эндоскопическая хирургия.* Москва - С. 285-295.
7. Павлов А.Э., Воронов А.В., Потапов А.О. (2009) Хирургическое и эндоскопическое лечение новообразований надпочечников // *Материалы XII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов / Эндоскопическая хирургия..* - №1. - С. 134-135.