

*М. Е. Белошицкий, А. П. Калинин, О. П. Богатырев, Т. А. Бритвин,
Д. А. Пирогов, В. В. Колосков, Р. С. Тишенина*

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

С января 2003 по май 2013 гг. в отделении хирургической эндокринологии МОНИКИ оперированы 76 больных с различными опухолями надпочечников, у которых были выполнены симультанные хирургические вмешательства. Наиболее частой сопутствующей патологией, требующей хирургического лечения, были хронический калькулезный холецистит (43), заболевания щитовидной железы (23). Послеоперационные осложнения развились в 5,3%, летальных исходов не было. Анализ результатов симультанных операций, произведенных по поводу опухолей надпочечников и заболеваний других органов, позволил признать их хорошими. Симультанные операции имеют как медицинскую, так и экономическую целесообразность.

Ключевые слова: симультанные операции, надпочечники, адреналэктомия, холецистэктомия, заболевания щитовидной железы.

«Симультанные операции» – это операции, при которых одновременно выполняются хирургические вмешательства на двух или более органах по поводу различных, не связанных между собой заболеваний. Целесообразность их выполнения у больных с опухолями надпочечников до настоящего времени остается дискуссионной. Существуют как сторонники, аргументирующие свою позицию тем, что за один наркоз и одну госпитализацию пациент может быть избавлен от нескольких заболеваний, так и противники, считающие их неоправданным риском в связи с возможно большей частотой развития осложнений и большей послеоперационной летальностью.

Цель исследования: на основании собственного опыта оценить целесообразность выполнения симультанных операций у больных с различными новообразованиями надпочечников.

Материал и методы

За период с января 2003 по май 2013 гг. на обследовании и лечении в отделении хирургической эндокринологии МОНИКИ находились 76 больных (жен. – 68, муж. – 8) 22–77 лет ($56,2 \pm 11,1$) с различными опухолями надпочечников, которым были выполнены симультанные операции. У 37 адреналэктомия производилась с использованием «открытого» доступа, у 39 – видеоэндоскопического. По данным клинко-лабораторного обследования у 24 диагностирован синдром Конна, у 9 – синдром Кушинга, у 4 феохромоцитомы, у 40 опухоль расценивалась как гормонально-неактивная. Гистологически и иммуногистохимически верифицированы: у 53 адренокортикальная аденома, у 8 – адренокортикальный рак, у 6 – феохромоцитомы, у 7 – киста

надпочечника, у 1 – миелолипома. У 43 одновременно с односторонней адреналэктомией симультанно производились холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита, у 23 – операции на щитовидной железе (у 8 из них по поводу папиллярного, у 2 – медуллярного рака), у 5 – удаление доброкачественных новообразований кожи и подкожно-жировой клетчатки, у 3 – грыжесечение, у 3 – нефрэктомия или резекция почки, у 1 – атипичная резекция легкого, у 1 – спленэктомия, у 1 – гемиколэктомия, у 1 – удаление аденомы ОЩЖ, у 1 – кесарево сечение. У 7 из 76 в рамках симультанного вмешательства одновременно выполнялось более двух операций.

Результаты и обсуждение

Решая вопрос о возможности проведения симультанной операции у больных с опухолевой патологией надпочечников, придерживались дифференцированного подхода. Так если у больных с предполагаемой феохромоцитомой в ходе выполнения адреналэктомии отмечались выраженные гемодинамические нарушения, от проведения симультанной операции отказывались, опасаясь развития неуправляемой гипотензии. Также в большинстве случаев она не проводилась, если из-за технических трудностей продолжительность адреналэктомии превышала 4 часа, либо возникали серьезные интраоперационные осложнения. Отдельно решался вопрос об очередности проведения симультанных вмешательств. Как правило, первым этапом выполнялась адреналэктомия, лишь в 5 случаях при верифицированном до операции раком щитовидной железы и при отсутствии данных за гор-

мональную активность и злокачественный характер опухоли надпочечника тиреоидэктомию. В одном наблюдении при 36-недельном сроке беременности у пациентки с диагностированной феохромоцитомой первым этапом выполнена родоразрешающая операция, вторым – адреналэктомия с опухолью.

Наиболее частая сопутствующая патология, по поводу которой производились симультанные операции – калькулезный холецистит (у 43). Холецистэктомия всегда выполнялась после адреналэктомии и производилась у 12 с использованием «открытого», у 31 лапароскопического доступа. Из открытых доступов при локализации опухоли надпочечника справа избирался торако-френо-лапаротомный, который признан оптимальным, лишь в одном случае с целью проведения левосторонней адреналэктомии и холецистэктомии – срединный лапаротомный. При использовании эндовидеоскопических методик у большинства (29) производилась правосторонняя адреналэктомия, поэтому холецистэктомия выполнялась из уже установленных ранее «портов», что значительно сокращало время операции, средняя продолжительность данного вида симультанного вмешательства составила 182 ± 26 минут. Лишь в одном наблюдении произведены симультанно лапароскопическая адреналэктомия слева и холецистэктомия, когда возникла необходимость в изменении положения оперируемого на столе и установки нескольких дополнительных «портов». В связи со значительным увеличением времени операции (315 минут) данный вид симультанных вмешательств признан нецелесообразным. У 6, кроме адренал- и холецистэктомии, одновременно произведены другие операции (у 2 удаление подкожной липомы, у 4 – операции на щитовидной железе). В одном из этих наблюдений цитологически диагностирован медуллярный рак щитовидной железы, в связи с чем не исключалась МЭН2а. Однако в ходе выполнения лапароскопической адреналэктомии наличие у больной феохромоцитомы не подтвердилось (верифицирована аденокортикальная аденома), что позволило симультанно выполнить холецистэктомию и тиреоидэктомию. Повреждения холедоха с желчеистечением в рану имело место в 1 (2,3%) наблюдении, в последующем произведена реконструктивная операция на желчевыводящих путях.

У 23 больных симультанно выполнены операции на щитовидной железе. У 6 они производились по поводу узлового коллоидного зоба 3–4 ст (по Николаеву), у 8 – папиллярного рака (у 3 из них верифицирован первично-множественный синхронный рак коры надпочечника и щитовидной железы), у 2 – медуллярного рака (в одном наблюдении он заподозрен до операции по результатам пункционной биопсии, в другом

явился «случайной находкой» при плановом гистологическом исследовании), у 4 – фолликулярной аденомы. Экстирпация щитовидной железы производилась в 14 наблюдениях (в 3 дополнена центральной лимфодиссекцией, в 1 односторонней футлярно-фасциальной эксцизией лимфоузлов и клетчатки шеи), тотально-субтотальная резекция в 6, гемитиреоидэктомия в 3. Средняя продолжительность симультанного вмешательства, включающего адреналэктомию и операцию на щитовидной железе, составила 223 ± 35 минут. Послеоперационные осложнения развились у 2 (8,7%). В одном наблюдении отмечен односторонний парез голосовых складок, в другом на вторые сутки после адреналэктомии слева (гистологически – псевдокиста) развилось внутрибрюшное кровотечение, причиной которого явился надрыв капсулы селезенки, потребовавший ее удаление.

Из числа больных, у которых симультанные операции выполнялись на почках, у 2 нефрэктомия или резекция почки производились по поводу доброкачественного новообразования (ангиомиелолипома), у 1 – нефрэктомия произведена по поводу вторично сморщенной почки. В надпочечниках у 2 верифицированы псевдокисты (организовавшиеся гематома), у 1 – аденокортикальная аденома. Во всех случаях адреналэктомия выполнялась первым этапом из торако-френо-люмботомного доступа, который оказался оптимальным и для проведения операции на почке. Следует подчеркнуть, что в исследуемую группу не включены больные, у которых, независимо от окончательного гистологического заключения, клинически подозревался рак почки с возможным метастазированием в надпочечник. Производимые одновременно нефро- и адреналэктомия рассматривались в рамках комбинированных операций.

У 3 больных с опухолью надпочечника (у 2 верифицирована киста, у 1 – аденокортикальный рак) и пупочной грыжей симультанно выполнены адреналэктомия и грыжесечение с пластикой пупочного кольца из срединного лапаротомного доступа. У одного из них развилась гиповентиляционная пневмония, разрешившаяся после проведения курса дыхательной гимнастики и антибиотикотерапии.

Из единичных наблюдений следует отметить симультанно произведенные адреналэктомию по поводу миелолипомы надпочечника и спленэктомию по поводу опухоли селезенки (гистологически верифицирована кавернозная гемангиома) из срединного лапаротомного доступа. Особый интерес представляет наблюдение больной, в котором у беременной на 30 недели впервые диагностирована функционально активная феохромоцитома больших размеров (9 см в диаметре), клинические проявления которой расценивались ранее как осложненное

течение беременности. Совместно с акушерами принято решение о симультанном проведении кесарева сечения и адреналэктомии с опухолью, что осуществлено на 36 недели беременности. Никаких осложнений, как у матери, так и ребенка не было отмечено.

Средняя продолжительность пребывания больных в реанимационном отделении после всех видов симультанных операций составила $26 \pm 4,7$ часа. Средний послеоперационный койко-день ($7,8 \pm 1,4$ суток) после видеоэндоскопических и $12,0 \pm 2,7$ суток после открытых операций на надпочечниках существенно не увеличился по сравнению с больными, которым выполнялась только адреналэктомия.

В анализируемой группе больных общий процент послеоперационных осложнений составил 5,3%, летальных исходов не было.

Выводы

Представленный опыт симультанных операций в хирургии надпочечников свидетельствует о их целесообразности, при этом должен быть дифференцированный подход при решении вопроса о избрании хирургической тактики. Симультанные операции экономически выгодны, позволяя за время одной госпитализации и проведения одного общего обезболивания избежать стационарного больного от двух-трех заболеваний.

Стаття надійшла до редакції: 25.07.2013

*М. Є. Білошицький, А. П. Калінін, О. П. Богатирьов, Т. А. Бритвін,
Д. А. Пирогов, В. В. Колосков, Р. С. Тишеніна*

Московський обласний науково-дослідний клінічний інститут ім. М. Ф. Володимирського

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ В ХІРУРГІЇ НАДНИРНИКІВ

З січня 2003 по травень 2013 рр. у відділенні хірургічної ендокринології МОНДКІ прооперовано 76 хворих з різними пухлинами надниркових залоз, у яких були виконані симультанні хірургічні втручання. Найбільш частою супутньою патологією, що вимагає хірургічного лікування, було хронічний калькульозний холецистит (43), захворювання щитовидної залози (23). Післяопераційні ускладнення розвинулися в 5,3%, летальних випадків не було. Аналіз результатів симультанних операцій, виконаних з приводу пухлин надниркових залоз і захворювань інших органів, дозволив визнати їх добрими. Симультанні операції мають як медичну, так і економічну доцільність.

Ключові слова: симультанні операції, наднирники, адреналектомія, холецистектомія, захворювання щитовидної залози.

*М. Е. Beloshytsky, A. P. Kalinin, O. P. Bogatiryov, T. A. Britvin,
D. A. Pirogov, V. V. Koloskov, R. S. Tishenina*

Moscow Regional Scientific Research Clinical Institute named M. F. Vladimirsky

SIMULTANEOUS OPERATIONS IN ADRENAL SURGERY

From January 2003 to May 2013 in the department of surgical endocrinology MONIKI operated on 76 patients with various tumors of the adrenal glands, which had made simultaneous surgical intervention. The most common concomitant diseases requiring surgical treatment were chronic calculous cholecystitis (43), thyroid cancer (23). Postoperative complications occurred in 5.3% of deaths were not. Analysis of the results of simultaneous transactions made by the adrenal tumors and diseases of other organs, to the recognition of their good. Simultaneous operations are both medical and economic feasibility.

Keywords: simultaneous operations, the adrenal glands, adrenalectomy, cholecystectomy, thyroid diseases.