УДК 616.45-002-006-089.12

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150225](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150225)

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПУХЛИН НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ

А.В. Скумс, О.М. Гулько, В.А. Кондратюк, О.М. Симонов

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ.

Мета: поліпшити результати хірургічного лікування пухлин надниркових залоз шляхом впровадження мультидисциплінарного підходу.

Матеріали та методи. За період 2015-2018 рр. у відділі хірургії поєднаної патології і захворювань заочеревинного простору Національного інституту хірургії та трансплантології ім. А.А. Шалімова був розроблений та застосований у 30 пацієнтів мультидисциплінарний підхід в лікуванні пухлин надниркових залоз. Він полягав у послідовному виконанні рентген-ендоваскулярної селективної електрокоагуляційної оклюзії (РЕВСЕО) вен і артерій надниркової залози та адреналектомії через 24 год. Метою РЕВСЕО було зменшення ризику розвитку синдрому «некерованої гемодинаміки» (СНГ) та кровотечі під час операції.

Результати. Тривалість процедури знаходилась в інтервалі 20-30 хв. РЕВСЕО вен надниркової залози виконана в 32 випадках. В 20 випадках виконана РЕВСЕО артерій надниркової залози.

У пацієнтів із феохромоцитомою надниркової залози середній рівень метанефрину в сечі до РЕВСЕО центральної вени надниркової залози (ЦВН) та через 24 години після оклюзії становив $1023,3 \pm 1161,7$ мкг/добу та $290,9 \pm 71,8$ мкг/добу відповідно ($p=0,005$).

У 27 пацієнтів нами виконана лапароскопічна адреналектомія (ЛА), в одному випадку виконана конверсія на відкриту операцію через виразний злуковий процес в черевній порожнині. Відкрита адреналектомія виконана у трьох пацієнтів. Такі ранні післяопераційні ускладнення як кровотеча, СНГ, інфікування ран ми не спостерігали. Середній обсяг інтра- і післяопераційної крововтрати при ЛА становив $47,78 \pm 15,7$ мл, час операції – від 60 до 150 хв. Летальних випадків не було.

Обговорення. Інтраопераційно, при мобілізації пухлин надниркових залоз в 10,3% випадків виникає СНГ [1]. Медикаментозна

передопераційна підготовка, що включає призначення α -, β -блокаторів та інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту, не дозволяє уникнути гормон-асоційованих порушень гемодинаміки під час операції [2]. Частота ускладнень в ранньому післяопераційному періоді, внаслідок катехоламінового викиду становить 8-10,7% [3], а периопераційна летальність – 2,4-3% [4]. Рання перев'язка ЦВН є ключовим моментом для зниження ризику надмірної секреції гормонів надниркової залози, але її виділення без попередньої мобілізації пухлини неможливе. В нашій серії вивчення рівня метанефрину продемонструвало достовірне його зменшення у пацієнтів після РЕВСЕО судин надниркової залози. Аналіз клінічного перебігу та показників гемодинаміки в інтраопераційному періоді показав зменшення ризику розвитку СНГ після попереднього застосування РЕВСЕО.

Висновок. Застосування двоетапної тактики лікування дозволяє виконувати адреналектомію з мінімальною крововтратою та ризиком пошкодження центральної вени надниркової залози, а також запобігає розвитку СНГ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Bruynzeel H, Feelders RA, Groenland TH, et al. Risk Factors for Hemodynamic Instability during Surgery for Pheochromocytoma. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010 Feb;95(2):678-85.
2. Gaujoux S, Bonnet S, Lentschener C, et al. Preoperative risk factors of hemodynamic instability during laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma. *Surg Endosc.* 2016 Jul;30(7):2984-93. DOI 10.1007/s00464-015-4587-x.
3. Kiernan CM, Du L, Chen X. Predictors of Hemodynamic Instability During Surgery for Pheochromocytoma. *Ann Surg Oncol.* 2014 Nov;21(12):3865-71.
4. Lenders JW, Eisenhofer G, Mannelli M, Pacak K. Pheochromocytoma. *Lancet.* 2005 Aug 20;366(9486):665-75.

Дата надходження до редакції 12.10.2018 р.