

терапии, так и в составе комбинированной терапии и проведении анализа эффективности затрат, базирующегося на данной основе. Весьма важной является и про-

блема стратификации пациентов с целью выявления подгруппы с максимально высокой эффективностью затрат.

THE ANALYSIS OF EFFICACY OF SPIRONOLACTONE USE IN THE PATIENTS WITH CHRONIC CARDIAC INSUFFICIENCY

L.N. Geller, A.V. Gaikalov, G.G. Radnaev, V.A. Gaikalov
(Irkutsk State Medical University)

This economic evaluation suggests that the addition of spironolactone to standard therapy for patients with severe chronic heart failure is not only safe and effective but is highly cost-effective in condition of Angarsk healthcare.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дремова Н.Б., Овод А.И., Солянина В.А. и др. Фармакоэкономические исследования в практике здравоохранения. — Курск: КГМУ, 2003. — 332 с.
2. Упицкий А.А., Ерофеева С.Б., Белоусов Ю.Б. Фармакоэкономический анализ длительного лечения селективным бета-адреноблокатором бисопрололом пациентов с хронической сердечной недостаточностью // Consilium medicum «Сердечная недостаточность». — 2001. — Т. 2, № 2. — С.45-49.
3. Kurz X., Dresse A. Introduction to the theory of pharmacoeconomics // Revue Medicale de Liege. — 1998. — Suppl. 53, № 5. — P.230-235.
4. Pitt B., Zannad F., Remme W., Cody R. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure // New England Journal of Medicine 341:709-17.
5. Bourgault C., Elstein E., Le Lorier J., Suissa S. Reference-based pricing of prescription drugs // CMAJ. — 1999. — Vol. 161, № 3. — P.255-260.
6. Tilson L., McGowan B., Ryan M., Barry M. Cost-effectiveness of spironolactone in patients with severe heart failure // IJMS. — 2003. — Vol. 172, № 2. — P.70-72.
7. Treeage pro healthcare module user's manual (release 7). Treeage Software Inc., 2004. — 79 p.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛМАКОВ С.А., ПИНСКИЙ С.Б., КИЛИН А.Г., СОБОТОВИЧ Д.В. — 2006

СИМУЛЬТАННАЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ И ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

С.А. Колмаков, С.Б. Пинский, А.Г. Килин, Д.В. Собонович

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский, МУЗ «Клиническая больница № 1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк)

Резюме. Приводится случай одномоментной видеоэндоскопической адреналэктомии и холецистэктомии.
Ключевые слова. Адреналэктомия, холецистэктомия, видеоэндоскопическая хирургия.

В конце 20 столетия появились первые сообщения о проведении оперативных вмешательств на надпочечниках с помощью эндовидеохирургической техники. В России первая успешная лапароскопическая адреналэктомия выполнена в 1995 г. [7]. В последнее десятилетие опубликовано значительное количество работ, свидетельствующих о преимуществах эндовидеоэндоскопических операций на надпочечниках перед открытыми оперативными вмешательствами: уменьшение числа интра- и послеоперационных осложнений, малая травматичность, уменьшение болевого синдрома, быстрая реабилитация больных, хороший косметический эффект, высокоэффективная медицинская и социальная адаптация больных.

Применяются несколько видов эндовидеохирургических доступов к надпочечникам: трансабдоминальный, ретроперитонеальный, трансторакальный или их сочетания. Одним из существенных достоинств видеолапароскопической адреналэктомии является возможность выполнения симультанных операций, особенно

при наличии другой абдоминальной патологии. Положительное значение этого фактора значительно возрастает, если учесть, что по данным ВОЗ у 20-30% больных, поступающих в хирургические стационары, выявляются 2-3 сочетанных заболевания, требующих оперативного вмешательства. Симультанные эндоскопические операции позволяют с минимальной травматичностью одномоментно избавить больного от двух и более заболеваний, не прибегая к повторным вмешательствам. В литературе появились сообщения о сочетанных операциях при заболеваниях надпочечников с использованием видеоэндоскопической техники [1,5,6]. Количество публикаций о таком подходе пока немногочисленно, что связано с высоким риском его проведения, обусловленным техническими трудностями, возможностью развития неуправляемой гемодинамики во время операции и острой надпочечниковой недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде [3].

Приводим наше наблюдение успешной одномоментной симультанной трансабдоминальной лапароскопи-

ческой адреналэктомии и холецистэктомии по поводу опухоли правого надпочечника (инциденталомы) и хронического калькулезного холецистита.

Больная Ч-а, 51 года, поступила в клинику из г. Братска 2.03.06 г. В течение последних 5 лет страдает хроническим калькулезным холециститом с частыми обострениями. Приступы болей не сопровождались желтухой. На протяжении последних 3 лет отмечается повышение артериального давления с кризовым течением (до 170/100 мм рт.ст.). По поводу этих заболеваний лечилась амбулаторно. В 1972 г. оперирована в г. Братске по поводу камня левого мочеточника. В анамнезе ампутация матки по поводу миомы. В феврале 2006 г при обследовании в Областном диагностическом центре выявлена опухоль правого надпочечника, в связи с чем направлена в клинику на оперативное лечение. При поступлении общее состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски, желтухи нет. Артериальное давление 140/80 мм рт.ст., пульс 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Общие анализы крови, биохимические и гормональные показатели без отклонений от нормы.

По данным УЗИ: печень гиперэхогенная, неоднородная. Внутривенные протоки не расширены, холедох – 0,4 см. Желчный пузырь 8 x 2,4 см, стенка до 0,3 см, в просвете конкременты до 1,5 см в диаметре. Поджелудочная железа и селезенка без особенностей. В обеих почках микролиты и конкременты до 0,4 см. Почки обычных размеров и формы, подвижные. В проекции правого надпочечника округлое средней эхогенности образование размерами 2,7 x 1,5 см. Заключение: опухоль правого надпочечника, хронический калькулезный холецистит, диффузные изменения печени, микролиты обеих почек.

При компьютерной томографии: размеры почек обычные, контуры ровные, четкие, полостная система незначительно расширена с обеих сторон, в полостной системе песок. На медиальной ножке правого надпочечника гиподенсивное образование 24,9 x 1,5 см. Заключение: опухоль правого надпочечника, признаки хронического пиелонефрита.

ЭГДС: поверхностный гастрит, дуоденогастральный рефлюкс.

Больная консультирована терапевтом, урологом, гинекологом. Заключительный диагноз: Опухоль правого надпочечника (инциденталомы); артериальная гипертензия. Хронический калькулезный холецистит. Мочекаменная болезнь, микролиты обеих почек. Послеоперационная менопауза, климактерический синдром средней степени тяжести.

Решено выполнить одномоментную лапароскопическую холецистэктомию и адреналэктомию. 15.03.06 г. под эндотрахеальным наркозом проведена операция. После создания пневмоперитонеума в брюшную полость установлено 5 портов, введены манипуляторы. Выполнена мобилизация желчного пузыря. Пузырный проток и артерия выделены и клипированы. Холедох не расширен. Элект-

рокоагуляционным способом желчный пузырь выделен из ложа, удален и помещен в контейнер. Мобилизация двенадцатиперстной кишки и печеночного изгиба ободочной кишки не проводилась. Рассечена париетальная брюшина параллельно нижней полой вены и обнажен медиальный край надпочечника. Выделена центральная вена надпочечника, клипирована и пересечена с оставлением двух клип на культю. Электрокоагуляция мелких сосудов. Произведена мобилизация надпочечника с опухолью и удалены единым блоком с участками клетчатки и помещены в полиэтиленовый контейнер. Контейнеры извлечены из брюшной полости. Контроль гемостаза. Общая кровопотеря 50-70 мл. Ложе удаленного надпочечника дренировано трубчатым дренажом. Края рассеченной брюшины не ушивались. Наложены швы на апоневроз и на раны.

Макропрепарат: опухоль надпочечника 3 x 3 см, желтоватого цвета; желчный пузырь с множественными конкрементами.

Гистологическое заключение: светлоклеточная аденома коры надпочечника; желчный пузырь с атрофичной слизистой и неравномерным фиброзом стенки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась заместительная, гормональная и симптоматическая терапия. Дренажи удалены через сутки после операции. Швы сняты на 7 сутки после операции. Выписана на 9 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Артериальное давление стабильное – 130/80 мм рт.ст.

Представленное наблюдение свидетельствует не только о возможности выполнения симультанных операций при опухолях надпочечника, но и касается существующих дискуссий по вопросам лечебной тактики при инциденталоме надпочечника. Известно, что большинство инциденталом являются доброкачественными гормонально не активными аденомами. Вместе с тем, при детальном и углубленном клиническом, гормональном, биохимическом, гистохимическом исследованиях у 10-20% больных выявляются в той или иной степени нарушения процессов стероидогенеза, что позволяет говорить о наличии преκлинических синдромов (гиперкортицизма, гиперальдостеронизма, феохромоцитомы) с начальными или скрытыми проявлениями без развития типичной клинической картины известных эндокринологических синдромов. Особое значение придается комплексному эндокринологическому обследованию больных с инциденталомой при наличии артериальной гипертензии [2]. В последние годы, в связи с широким развитием миниинвазивных технологий в хирургии надпочечников, расширены показания к оперативному лечению инциденталом [4].

SIMULTANEOUS VIDEOENDOSCOPIC ADRENALECTOMY AND CHOLECYSTECTOMY

S.A. Kolmakov, S.B. Pinsky, A.G. Kilin, D.V. Sobotovich
(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Municipal Clinical Hospital № 1)

The case of videoendoscopic simultaneous adrenalectomy and cholecystectomy has been presented.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристархов В.Г., Бирюков С.В., Корвяков А.П. и др. Опыт проведения видеоэндоскопических адреналэктомий // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – Ярославль, 2004. – С.20.
2. Быкова Н.М. Артериальная гипертензия у больных с «гормонально неактивными» опухолями надпочечников // Автореф.... дис. канд. мед. наук. – Иркутск, 2002. – 24 с.
3. Ветшев П.С., Ипполитов Л.И., Егоров А.В. и др. Одномоментные сочетанные операции на надпочечниках и других органах // Современные аспекты хирургической тактики. – Смоленск, 2002. – С.95-96.
4. Ветшев П.С., Коваленко Е.И., Ветшев С.П. Инциденталомы надпочечника: спорные вопросы диагностики и хирургической тактики // Хирургия. – 2004. – № 9. – С.62-65.
5. Демидов Д.Г., Евменова Т.Д., Розина Н.С., Константинова Н.Н. Вынужденные симультанные операции у больных с гормонально активными опухолями надпочечников // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – М., 1999. – С.116.
6. Мартино Е.А., Богатырев О.П., Бритвин Т.А. Симультанные операции при опухолях надпочечников // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – Ярославль, 2004. – С.170-172.
7. Шетинин Н.А., Майстренко Н.А., Егиев В.Н. Новообразования надпочечников. – М., 2002. – 196 с.