

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

М.Ю. Троханов, А.Б. Шилов, А.И. Михонов

Ярославская государственная медицинская академия

Хирургия надпочечников – относительно молодая отрасль клинической медицины, развивающаяся с конца XIX – начала XX в. В наше время широкое внедрение компьютерной томографии и других высокоточных визуализационных методов диагностики коренным образом изменило представления относительно редкости опухолевого поражения надпочечников.

Особенности топографо-анатомического расположения надпочечников в забрюшинном пространстве определяют существенные трудности, возникающие при их поиске и удалении. Они обусловлены наличием анатомических препятствий, угрозой повреждения крупных сосудов и близлежащих органов. Анализируя достоинства и недостатки поясничных, трансабдоминальных и трансторакальных подходов к надпочечникам, следует отметить, что большинство из них травматичны, затруднены у тучных пациентов и связаны с рядом характерных осложнений.

Оперативные вмешательства на надпочечниках нередко сопровождаются существенными нарушениями в системе кровообращения, чаще всего в виде значительных колебаний артериального давления. Поэтому выбор малотравматичного доступа для удаления гормонально-активной опухоли надпочечника, и прежде всего феохромоцитомы, нередко определяет исход оперативного лечения.

Для снижения частоты осложнений во время и после операции необходим строгий дифференцированный подход к выбору вида и объема традиционного оперативного вмешательства, а также поиск новых альтернативных способов выполнения адреналэктомии.

Первое сообщение о проведении оперативного вмешательства по удалению надпочечника с помощью эндовидеохирургической техники датировано началом 90-х гг. XX в. В клинике хирургии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения Ярославской государственной медицинской академии на базе Ярославской областной клинической больницы в период с февраля 1999 по декабрь 2006 г. выполнено 18 видеолaparоскопических адреналэктомий по поводу новообразований надпочечников различного характера.

Среди пациентов было 17 женщин и один мужчина. Феохромоцитома была у четырех больных, адренокортикальная светлоклеточная аденома – у семи, узелковая гиперплазия коры надпочечника – у двоих. По одному больному было с ганглионевромой, кистой надпочечника, адренокортикальным раком, злокачественной феохромоцитомой и метастазами рака легкого.

Значительная часть случайно выявленных опухолей – «инциденталом» – не проявляла гормональной активности в виде клинических симптомов или синдромов.

Дооперационное обследование и определение показаний к адреналэктомии при гормонально-активных опухолях проводились эндокринологами. Хирургическое вмешательство выполнялось по показаниям, сформулированным на основании данных литературы и опыта клиники: гормонально-активные опухоли с тенденцией к быстрому росту, подозрение на злокачественный процесс.

У всех больных применялся трансперитонеальный доступ. Преимущества этого метода перед открытой операцией, сопряженной со значительной травмой, очевидны. Правосторонняя видеолaparоскопическая адреналэктомия осуществлена в 12 наблюдениях, левосторонняя – в шести.

Вмешательство выполнялось в положении больного на боку, противоположном зоне патологии, на валике, с использованием при правосторонней адреналэктомии четырех троакарных доступов, при левосторонней – трех. Во всех случаях проводилось дренирование брюшной полости перфорированными трубками. Применялся стандартный набор лапароскопического оборудования и инструментов.

Симультанно выполнена видеолапароскопическая холецистэктомия по поводу неосложненной и осложненной форм хронического калькулезного холецистита в пяти наблюдениях. У одной больной видеолапароскопическая правосторонняя адреналэктомия проводилась после перенесенной ранее видеолапароскопической холецистэктомии.

Интра- и постоперационных осложнений, потребовавших изменения хода операции и тактики ведения послеоперационного периода, не отмечено. Гемостаз во всех случаях адекватно осуществлялся путем использования монополярной коагуляции и клипирования.

Опыт видеолапароскопической адреналэктомии в клинике доказывает возможность применения данного вмешательства с использованием стандартного набора лапароскопического оборудования и инструментов. Результаты лечения больных свидетельствуют о перспективности этих операций на надпочечниках и их преимуществе перед выполняемыми традиционными методами.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ

Р.Н. Трушкин, М.П. Толстых, Н.О. Колесников
Московская городская клиническая больница № 52

Наиболее радикальным лечением хронической почечной недостаточности (ХПН) в настоящее время является трансплантация почки, которая позволяет достигнуть наибольшей социальной и медицинской реабилитации больных. Однако осложнения, возникающие после операции, способны свести результаты операции к нулю. Наряду с кризами отторжения, большой удельный вес составляют осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта, наиболее опасными из которых являются гастродуоденальные кровотечения. Это объясняется тем, что после операции требуется прием глюкокортикоидов и иммунодепрессантов, что, в свою очередь, ведет к снижению защитных свойств слизистой желудочно-кишечного тракта и, в конечном итоге, – к нарушению ее целостности. На этом фоне возникают язвы, которые осложняются кровотечениями, что несет угрозу жизни и часто является причиной смерти этой категории больных.

Мы изучили частоту желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) и эффективность различных подходов к их лечению по материалам наблюдений больных, лечившихся в нашей клинике с 1998 по 2004 г.

За указанный период лечение получили 916 больных, из которых у 37 пациентов (23 мужчин и 14 женщин) были ЖКК. Это составило около 4,2% общего числа пролеченных больных, что соответствует данным литературы. Возраст пациентов был от 21 до 70 лет (средний возраст составил 42,2 года).

У всех больных имелась терминальная ХПН разной степени выраженности (креатинин крови от 0,17 до 0,460 ммоль/л, мочевины от 15,0 до 36,0 ммоль/л), но только несколько человек имели далеко зашедшую уремию (креатинин до 1,7 ммоль/л,