

УДК 616.12.331.1-02:616.45-006.-06]-089

**В.Н. Ищенко, Т.А. Дорошенко, П.В. Москвичев**

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАДПОЧЕЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА**

*Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)  
Приморская краевая клиническая больница № 1 (Владивосток)*

---

*Проведено обследование и оперативное лечение 106 больных с опухолевым поражением надпочечников, ведущим симптомом которого являлась артериальная гипертензия. Авторы считают обоснованным применение односторонней адrenaлэктомии с опухолью, что в 91,5 % случаев приводит к нормализации артериального давления или к более благоприятному течению артериальной гипертензии, способствуя профилактике таких тяжелых осложнений, как инфаркт миокарда, инсульт, отслойка сетчатки, хронической почечной недостаточности.*

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, опухоли надпочечников, хирургическое лечение

## **ANALYSIS OF SURGICAL CORRECTION OF SYMPTOMATIC ARTERIAL HYPERTENSION OF SUPRARENAL GENESIS**

**V.N. Ischenko, T.A. Doroshenko, P.V. Moskvichiov**

*Vladivostok State Medical University, Vladivostok  
Primorskaya Territorial Clinical Hospital, Vladivostok*

*Examination and surgical treatment of 106 patients with tumor affection of adrenals were carried out. Leading symptom of the affection was arterial hypertension. The authors consider grounded application of unilateral adrenalectomy with tumor, which in 95,5 % brings to normalization of arterial tension or to more favora-*

*ble course of arterial hypertension, promoting prophylaxis of such severe complications as cardiac infarction, stroke, retinal detachment, chronic renal insufficiency.*

**Key words:** *arterial hypertension, adrenal tumors, surgical treatment*

## ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем современной медицины является артериальная гипертензия. Выявление причин ее вызывающих представляет определенные трудности, поскольку в структуре заболеваний, сопровождающихся повышением артериального давления, до 25 – 35 % приходится на симптоматические, вторичные артериальные гипертензии, из них от 20 до 30 % – на гипертензии надпочечникового генеза [2, 3, 6, 9].

Данный вид патологии характеризуется развитием тяжелого и злокачественного течения артериальной гипертензии по сравнению с гипертонической болезнью, быстрой инвалидизацией и гибелью больных в период наиболее активной их трудовой деятельности [1, 4, 5, 7, 8, 10]. Без хирургического лечения больные умирают от явлений острой коронарной, почечной недостаточности, нарушений мозгового кровообращения или остаются инвалидами. Вместе с тем своевременная и целенаправленная диагностика данной патологии и вовремя проведенное оперативное лечение в большинстве наблюдений способствует нормализации артериального давления или к более благоприятному течению артериальной гипертензии [4, 5, 9, 10].

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе отделения эндокринной хирургии Приморской краевой клинической больницы № 1 г. Владивостока в период с 2000 по 2004 год проведено обследование и оперативное лечение 106 больных с опухолевым поражением надпочечников, ведущим симптомом которого являлась артериальная гипертензия. Среди пациентов мужчин было 30 (28,3 %), женщин – 76 (71,7 %) в возрасте от 14 до 71 года (средний возраст  $46,8 \pm 1,2$  года), длительностью артериальной гипертензии от 1 месяца до 20 лет (в среднем 4 года и 3 месяца). Отбор больных на операцию осуществлялся по принципу наличия ведущих симптомов заболевания: артериальной гипертензии и эндокринно-обменных нарушений. Обследование начинали с тщательного сбора жалоб и анамнеза, с последующим проведением комплекса клинико-лабораторных, гормональных, инструментальных и морфологических методов исследования.

В результате проведенных обследований катехоламинсекретирующие опухоли диагностированы у 23 больных, синдром Иценко-Кушинга – у 13, первичный гиперальдостеронизм – у 44, гормонально-неактивные опухоли – у 22, кисты надпочечников – у 4 пациентов. В 65 (61,3 %) наблюдениях опухоли локализовались в правом надпочечнике, в 40 (37,7 %) – в левом. Средние размеры удаленных опухолей составили  $4,3 \pm 0,3$  см.

В рамках предоперационной подготовки всем пациентам проводили антигипертензивную терапию, коррекцию водно-электролитных нарушений и кислотно-щелочного равновесия. Все 106 операций выполнены под интубационным наркозом, посредством торакофренолюмботомии в Х межреберье. При изучении результатов операции особое внимание обращали на сравнительную оценку состояния кровообращения и характера эндокринных изменений у больных до, во время и в отдаленные сроки после операции. Результаты хирургического лечения считали хорошими, если АД не превышало 140/90 мм рт. ст., удовлетворительными – при АД 140 – 159/90 – 99 мм рт. ст., что соответствует «мягкой» артериальной гипертензии по классификации ВОЗ и неудовлетворительными – при АД  $\geq 160/100$  мм рт. ст. и отсутствии клинического эффекта от операции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Поскольку адреналэктомия относится к операциям высокой категории сложности, наиболее грозными осложнениями, развившимися во время вмешательства, являлись: кровотечение из центральной надпочечниковой вены вследствие сложности ее лигирования – 1, кровотечение из нижней полой вены в результате ее повреждения – 1 и кровотечения из опухоли и артериальных стволов надпочечника – 2.

Ранние послеоперационные осложнения отмечены у 23 (21,7 %) пациентов и особой специфичностью не обладают (серома – 1, нижнедолевая пневмония на стороне операции – 6, экссудативный плеврит – 10, послеоперационный панкреатит – 2, инфаркт миокарда – 2, тромбоэмболические осложнения – 1).

Послеоперационная летальность составила – 0,9 %, причиной летального исхода явилась тромбоэмболия ствола легочной артерии на 10 сутки после операции, у больного оперированного по поводу ганглионевриномы левого надпочечника.

Анализ результатов хирургического лечения опухолей надпочечников выявил высокую эффективность оперативных способов коррекции симптоматической артериальной гипертензии надпочечникового генеза. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 97 (91,5 %) больных.

Исходы оперативных вмешательств зависели от характера опухоли, сопутствующих ей гормональных, метаболических, кардиоваскулярных и других расстройств. Полное выздоровление наблюдали, если поражения сердечно-сосудистой системы, почек и глазного дна не достигли стадии необратимых изменений. Как показывает анализ, это пациенты молодого возраста, у которых длительность артериальной гипертензии не превышала 5 лет. У больных с более длительным анамнезом

заболевания нормализация АД происходила значительно реже.

У всех оперированных по поводу феохромоцитомы наступила быстрая регрессия всех метаболических и гиперадренэргических симптомов, артериальное давление нормализовалось на 2–5 сутки после операции и в отдаленные сроки было стабильным, не превышающим 140/90 мм рт. ст., не отмечалось симпато-адреналовых кризов, отсутствовали проявления надпочечниковой недостаточности, нормализовался углеводный обмен, трудоспособность восстановлена полностью. Рецидив заболевания отмечен в одном наблюдении у пациентки, оперированной по поводу феохромоцитомы левого надпочечника (спустя 6 месяцев после операции диагностирован рецидив опухоли с прорастанием верхнебрыжеечной артерии и метастазами в парааортальные лимфоузлы, случай признан неоперабельным — через год больная умерла вследствие прогрессирующего процесса).

У 7 (77,8 %) пациентов, перенесших радикальную операцию по поводу доброкачественной кортикостеромы, через 6–12 месяцев после операции устранены клинические и лабораторные проявления гиперкортицизма, обуславливающие специфичность заболевания: побледнели стрии, исчез геморрагический синдром, гирсутизм, изменился внешний вид больных. Менструальная функция восстановилась через 4–6 месяцев, значительно уменьшились явления остеопороза, стабилизировалось артериальное давление. В 3 (33,3 %) наблюдениях отмечены явления надпочечниковой недостаточности, купированные в течение первого месяца приемом кортизона ацетата или преднизолона. У 2 (22,2 %) пациентов с морфологически верифицированным микро-макроаденоматозом сохранилась умеренно выраженная артериальная гипертензия, легко корригирующаяся обычной гипотензивной терапией.

Значительно хуже результаты у оперированных со злокачественными кортикостеромами: 2 (50 %) больных умерли через 1,5 года после операции в связи с рецидивом и распространенностью опухолевого процесса, у 2 (50 %) других рецидив заболевания не выявлен, что подтверждено в результате комплексного лабораторно-инструментального обследования. Эти пациенты вынуждены постоянно принимать ингибиторы стероидогенеза — аминоклутетимид (мамомит).

При первичном гиперальдостеронизме, обусловленном альдостеронпродуцирующей аденомой, у 34 (82,9 %) оперированных отмечены полная нормализация АД, электролитных нарушений, биохимических показателей, прошли нервно-мышечные симптомы, нормализовалась концентрационная функция почек. У 5 (12,2 %) пациентов сохранилась мягкая артериальная гипертензия, по своему характеру напоминающая течение гипертонической болезни, хорошо поддающейся медикаментозной коррекции. В 2 (4,9 %) наблюдениях стабилизации АД не последовало, однако другие симптомы первичного гиперальдостеронизма

были устранены. При морфологическом исследовании у этих больных выявлена макроаденома на фоне диффузно-узловой гиперплазии коры надпочечника. Послеоперационный восстановительный период в среднем составил 6–12 месяцев.

При диффузно-узловой гиперплазии одного из надпочечников при его одностороннем поражении результаты хирургического лечения удовлетворительные. У всех 3 (6,8 %) пациентов улучшилось качество жизни, нет прежней выраженной мышечной слабости, судорог, парестезий, АД без гипотензивной терапии держится на цифрах 150–170/90–100 мм рт. ст., осталась гипоизостенурия, так как до операции длительное время была выраженная гипокалиемия, артериальная гипертензия, изменение почек и почечных сосудов. Со временем в ходе динамического наблюдения у данной группы больных выявлены диффузные изменения в контралатеральном надпочечнике, в связи с чем им пожизненно приходится принимать антагонист альдостерона — спиронолактон (верошпирон).

У больных с гормонально-неактивными опухолями и кистами надпочечников после адреналэктомии отмечается значительное улучшение качества жизни при восстановительном периоде 2–3 месяца. Все пациенты трудоспособного возраста вернулись к труду, АД стабилизировалось у 21 (80,8 %) пациента. У 5 (19,2 %) больных после периода относительного благополучия эпизодически отмечаются подъемы АД в пределах от 150–170/90–100 мм рт. ст., без кризов. Это лица старше 50 лет, с длительным анамнезом заболевания и уровнем диастолического давления до операции превышающим 100 мм рт. ст.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая ближайшие и отдаленные результаты адреналэктомии, считаем обоснованным применение односторонней адреналэктомии с опухолью, что в 91,5 % случаев приводит к нормализации артериального давления или к более благоприятному течению артериальной гипертензии, способствуя профилактике таких тяжелых осложнений, как инфаркт миокарда, инсульт, отслойка сетчатки, хронической почечной недостаточности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арабидзе Г.Г. Диагностика артериальных гипертензий / Г.Г. Арабидзе // *Ангиология и сосудистая хирургия*. — 1999. — Т. 5, № 3. — С. 116–118.
2. Бирюков С.В. Гиперальдостеронизм и его хирургическое лечение / С.В. Бирюков, В.Г. Аристархов, Ю.Б. Кириллов // *Современные аспекты хирургической эндокринологии: Матер. 7 Рос. симпозиума по хирургич. эндокринологии*. — Липецк. 1998. — С. 25–29.
3. Богатырев О.П. Модифицированный метод адреналэктомии: Методич. рекомендации / О.П. Богатырев, А.А. Каменев. — М., 1991. — 11 с.
4. Ветшев П.С. Случайно выявленные опухоли надпочечников. Хирургическое лечение или

динамическое наблюдение? / П.С. Ветшев, О.С. Шкроб, С.А. Кондрашин // Хирургия. — 1999. — № 5. — С. 4–10.

5. Калинин А.П. Хирургия надпочечников / А.П. Калинин, Н.А. Майстренко. — М.: Медицина, 2000. — 216 с.

6. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии / М.С. Кушаковский. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1982. — 288 с.

7. Подзолков В.И. Проблемы артериальной гипертензии и пограничных состояний в XXI веке / В.И. Подзолков // Врач. — 2002. — № 1. — С. 14–17.

8. Чазова Е.И. Болезни органов эндокринной системы / Е.И. Чазова, И.И. Дедов. — М.: Медицина, 2000. — 565 с.

9. Шевченко Ю.Л. Современные аспекты диагностики и лечения симптоматических артериальных гипертензий надпочечникового генеза / Ю.Л. Шевченко, П.С. Ветшев, Л.И. Ипполитов // Терапевт. арх. — 2003. — № 4. — С. 8–15.

10. Шкроб О.С. Диагностика, хирургическое лечение и прогноз при эндокринных гипертензиях надпочечникового генеза / О.С. Шкроб, П.С. Ветшев, Н.С. Кузнецов // Хирургия. — 1996. — № 3. — С. 17–23.