

# УРОЛОГИЯ

УДК 616.452/.453 – 006.5 – 06:616.12 – 008.331.1] – 089 (045)

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГОРМОНАЛЬНО- АКТИВНЫМИ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

**П.В. Глыбочко, А.А. Свистунов, А.Б. Полозов, М. В. Новожилова.**

НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии, клиника урологии, Саратовский государственный медицинский университет

*Проанализированы отдаленные результаты хирургического лечения 260 пациентов с гормонально активными опухолями надпочечников. Изучались следующие параметры: артериальное давление в отдаленные сроки после операции, сосудистые осложнения, необходимость и выбор гипотензивной терапии в послеоперационном периоде, летальность в отдаленном периоде после операции. Проведен анализ эффективности различных видов оперативного лечения в отдаленном послеоперационном периоде. Также дано обоснование подбора гипотензивной терапии в зависимости от вида гормональной активности.*

## OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT PATIENTS WITH HORMONAL-AWAKE TUMOURS OF ADRENALS

**P.V. Glybochko, A.A. Svistunov, A.B. Polosov. M.V. Novogilova**

Scientific research institute of fundamental and clinical uronephrology, Saratov State Medical University

*Long-term results of surgical treatment of 260 patients with hormonal awake tumours of adrenals are analysed. The following parameters were studied: arterial pressure in the remote periods after operation, vascular complications, necessity and a choice of hypotensive therapy in the postoperative periods, a lethality in the remote periods after operation. Analysis of efficacy of various kinds of operative treatment in the remote postoperative periods is carried out. Also the substantiation of selection of hypotensive therapy in dependence on a kind of hormonal activity is given.*

Артериальная гипертензия (АГ) относится к числу весьма распространенных состояний, существенно влияющих на продолжительность и качество жизни людей. Особое место среди гипертензивных состояний занимает артериальная гипертензия надпочечникового происхождения, обусловленная возникновением гормонально- активных опухолей в данном органе [1; 3;12;18).

**Материалы и методы исследования.** Задачей выполняемого исследования явилось изучение отдаленных результатов хирургического лечения гормонально активных опухолей надпочечников. В исследование были включены 260 пациентов после перенесенной операции с разнообразной патологией надпочечников. Среди них женщины составили 160 человек (61,9%), мужчины - 100 человек (38,1%). Средний возраст больных составил 38,6 года. Были выполнены следующие операции:

1. В случае изолированного поражения одного из надпочечников производилась односторонняя адреналэктомия – 206 пациентов; у троих больных – адреналэктомия с двух сторон, адреналэктомия с нефрэктомией – у 10 больных при прорастании опухоли надпочечника в почку;

2. Адреналэктомия в сочетании с трансаортальной эверсионной эндартерэктомией из почечной артерии произведена 31 больному.

3. Адреналэктомия в сочетании с резекцией почечной артерии – 10 больным.

Преимущественным доступом был торакофренолюмботомический. Он был использован у 154 больных. Люмботомическим доступом производились оперативные вмешательства у 106 больных.

**Результаты обследования.** Критерии оценки результатов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах представлены в таблице 1.

В настоящее время отдаленные результаты прослежены у 165 пациентов (63,4%).

Изучались следующие параметры:

- а) артериальное давление (АД) в отдаленные сроки после операции;
- б) сосудистые осложнения;
- в) необходимость гипотензивной терапии в послеоперационном периоде;
- г) летальность в отдаленном периоде после операции.

Во всех случаях (17) диагностированной феохромоцитомы получены хорошие результаты. Причи-

ной рецидива АГ явились либо обнаружение опухоли в противоположном надпочечнике, либо выявление параганглиомы. Так, у двух пациентов выполнены повторные оперативные вмешательства – удаление феохромоцитомы противоположного надпочечника.

У 56 пациентов с синдромом Конна получены хорошие результаты. АД снизилось до нормальных цифр без гипотензивной терапии.

У троих больных через два года после операции стал отмечаться подъем АД до 170 и 100 мм. рт. ст.. По результатам проведенного клинико-фармакологического анализа нами показана эффективность препаратов из группы блокаторов кальциевых каналов -нифедипина в дозе 0,004 два раза в сутки.

Третью группу составили лица с опухолью гипофиза, синдромом Иценко-Кушинга. Отдаленные результаты получены у 56 пациентов. Из них у 28 (46,5%) наблюдались хорошие результаты. АД снизилось до 140 и 90 без гипотензивной терапии или с одним гипотензивным препаратом. Снижение АД до субнормальных цифр (150 и 90 мм. рт. ст.) на фоне одного гипотензивного препарата нифедипина отмечалась у 50% больных.

Большую группу пациентов составили лица с диффузной, узелковой гиперплазией надпочечника, сопровождающейся либо синдромом Кушинга, либо синдромом Конна. Отдаленные результаты прослежены у 23 больных в сроки от момента операции до настоящего времени. У 13 пациентов (45%) не наблюдалось заметного снижения АД после адреналэктомии. У 5 пациентов получены хорошие результаты (27,5%) – АД 140 и 90 мм. рт. ст., у 5 пациентов – удовлетворительные результаты (27,5%) – АД 160 и 100 мм. рт. ст. на фоне приема нифедипина в описанной схеме терапии.

При одностороннем поражении надпочечника и почечной артерии отдаленные результаты изучены у 31 пациента. У 11 пациентов отмечалась стойкая нормализация АД, что и привело к рецидиву стойкой АГ через несколько лет). У 5- (23,9%) больных этой группы получены удовлетворительные результаты (АД – 150 и 90 мм. рт. ст.). У 5 пациентов (14,6%) снижения АД не наступило. У данной категории больных нами показана эффективность ингибиторов АПФ – каптоприла в дозе 0,025 два раза в сутки под контролем уровня ренина.

У больных с синдромом Конна при сохраняющейся гипокалиемии, мышечной слабости и стойкой АГ необходимо предварительное определение активности ренина плазмы и ангиотензинов для исключения вторичного гиперальдостеронизма. Пациентам данной группы показано назначение нифедипина в послеоперационный период [2;3;8;14;15].

У больных с сохраняющимися признаками синдрома Иценко-Кушинга после операции в терапию могут быть включены средства, направленные на подавление стероидогенеза (хлодитан, митотан, кетоканазол, метирапон), либо верошпирон, амилорид (калий сберегающий диуретик) и нифедипин в ситуации остающихся после оперативного вмешательства проявлений гиперальдостеронизма [11; 17; 19; 20].

Таким образом, диффузная гиперплазия надпочечника требует обследования для решения вопроса о необходимости оперативного лечения. Результаты хирургического лечения гормонально-активных опухолей надпочечника, обусловленных узелковой и диффузной гиперплазией надпочечника, можно существенно скорректировать применением современных гипотензивных препаратов (ингибиторов АПФ и блокаторов медленных кальциевых каналов).

Таблица 1

#### Критерии результатов хирургического лечения гормонально-активных опухолей надпочечника

Гипотензивный эффект	Систолическое АД	Диастолическое АД
Хороший (излечение)	< 140 мм рт. ст. без гипотензивной терапии	< 90 мм рт. ст. без гипотензивной терапии
Удовлетворительный (улучшение)	140-160 мм рт. ст. без гипотензивной терапии или с применением обычной гипотензивной терапии (1-2 препарата в среднетерапевтических дозировках)	90-100 мм рт. ст. без гипотензивной терапии или с применением обычной гипотензивной терапии (1-2 препарата в среднетерапевтических дозировках)
Неудовлетворительный	> 160 мм рт. ст. с применением гипотензивной терапии	> 100 мм рт. ст. с применением гипотензивной терапии

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Арабидзе Г.Г., Чихладзе Н.М. Альдостерома (синдром Конна) // Кардиология. — 1991. — № 12. — С. 90—95.
2. Ветшев П.С., Ипполитов Л.И., Соловьева Н.А. и др. Диагностика и хирургическое лечение первичного гиперальдостеронизма // Хирургия. — 2002. — №9. — С. 7—16.
3. Калинин А.П., Тишенина Р.С., Богатырев О.П. и др. Клинико-биохимические тесты в изучении отдаленных результатов хирургического лечения первичного гиперальдостеронизма и феохромоцитомы. — М.:МОНИКИ, 2000. — 32 с.
4. Клиническая морфология кортикальных опухолей и гиперплазии надпочечников / И.А. Казанцева, А.П. Калинин, Г.А. Полякова и др. М., 1998. -С.20.
5. Майстренко, П.С. Ветшева. — СПб.: Питер, 2004. — 960 с. 119
6. Маколкин В.И. Артериальная гипертензия — фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний // Русский медицинский журнал. — 2002. — Том 10. —№ 19. —С. 862—865.

7. Оценка гипотензивного эффекта односторонней адреналэктомии у больных с низкорениновым гиперальдостеронизмом / С.Е. Устинова, И.К. Шхвацабая, А.В. Покровский и др. *Терапевт. арх.* - 1987. - №9. - С.21-25.
8. Павленко А.К., Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Диагностика первичного гиперальдостеронизма // *Пробл. эндокринолог.* — 2001. — № 2. — С 15—25.
9. Подзолков В.И. Проблемы артериальной гипертензии и пограничных состояний в XXI веке // *Врач.* — 2002. — № 1. — С. 14—17.
10. Синдром Конна: клиника, дифференциальный диагноз и лечение. / Н.М. Чихладзе, Н.В. Лебедева, Д.В. Чопикашвили, И.Е. Чазова // *Consilium medicum.* -2001.-Т. 3,-№13.-С 13-26.
11. Сон Е.А. Сравнительная оценка эффективности блокаторов рецепторов ангиотензина II у больных с гипертонической болезнью "мягкого и умеренного течения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 28 с.
12. Хирургическая эндокринология: руководство / Под ред. А.П. Калинина, Н.А.
13. Bergman B. Primary aldosteronism. Study of twenty six operated cases // *Urology.* - 1990. - V.35. - N 5. - P. 393-398.
14. Biglieri E.G. Rare causes of adrenocortical hypertension / *Cardiology.* - 1985. - V.72 (Suppl 1). - P. 70-75.
15. Campese Y.M., Myers M.R., Be Quatro V. Neurogenic factors in low renin essential hypertension. // *The Am. J. Med.* - 1980. - v. 69. - p. 83-91.
16. Cook M.D., Phillips M.I., Cook V.I. et al. Angiotensin II receptor subtypes on adrenal adenoma in primary hyperaldosteronism // *J. Am. Soc. Nephrol.* — 1993.— Vol. 4.— P. 111—116.
17. Fardella C.E., Mosso L., Gomez-Sanchez C. Primary hyperaldosteronism in essential hypertensives: prevalence, biochemical profile, and molecular biology // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2000. — Vol. 85. — № 5. — P. 1863—1867.
18. Mihailidou A.S., Mardini M., Funder J.W., Raison M. Mineralocorticoid and angiotensin receptor antagonism during hyperaldosteronemia // *Hypertension.* — 2002. — Vol. 40. — № 2. — P. 124—129.
19. Nadar S., Lip G.Y., Beevers D.G. Primary hyperaldosteronism // *Ann. Clin. Biochem.* — 2003. — Vol. 40. — P. 439—452.
20. Yokoyama T., Shimamoto K., Iimura O. Mechanism of inhibition of aldosterone secretion by a Ca<sup>2+</sup> channel blocker in patients with essential hypertension and patients with primary aldosteronism // *Nippon Naibunpi Gakkai Zasshi* 1995. —Vol. 71. —№7.— P. 1059—1074.
21. Yong D.B. Quantitative analysis of aldosterone's role in potassium regulation. // *Am. J. Physiol.* - 1988. - v.255. - p. F811-22.

УДК 616.62-006.6-089.166-089.163-037(045)

## ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**П.В. Глыбочко, А.Ю. Королев, К. Лай**

НИИ фундаментальной и клинической уронефрологии,  
Саратовский государственный медицинский университет,  
Канцеррегистр (Норвегия, Осло)

*Влияние фактора времени на отдаленные результаты лечения больных инвазивным раком мочевого пузыря остается достаточно актуальной проблемой. Группа изучения составляла 541 пациент, из них мужчин – 425, женщин – 116. Средний возраст пациентов на момент выполнения цистэктомии составил 64,3 года. Средний период времени от момента установления диагноза до выполнения цистэктомии равнялся 2,1 месяца (от 0,3 до 12). Период времени более 3 месяцев явился почти независимым критерием ( $p = 0,057$ ), связанным с худшей выживаемостью пациентов по сравнению с периодом менее 3 месяцев от начала установки диагноза до выполнения цистэктомии.*

## INFLUENCE OF DURATION OF THE PREOPERATIVE PERIOD ON THE REMOTE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH INVASIVE CANCER OF BLADDER

**P.V. Glybochko, A.Y. Korolev, K. Lie**

Scientific research institute of fundamental and clinical urology,  
Saratov State Medical University,  
Cancerregister (Norway, Oslo)

*Influence of the factor of time on the remote results of treatment of patients invasive cancer of a bladder remains enough an actual problem. The group of studying made 541 patient, of them men – 425, women – 116. Middle age of patients at the moment of performance cystectomy has made 64,3 years. The average period of time from the moment of an establishment of the diagnosis before performance cystectomy was equaled 2,1 months (from 0,3 up to 12). The period of time more than 3 months was almost independent criterion ( $p = 0,057$ ), connected with the worse survival rate of patients in comparison with the period less than 3 months from the beginning of installation of the diagnosis before performance cystectomy.*