

них 27 випадках — 132,5 хв (від 70 до 210 хв). Виявлено значуще зменшення тривалості операції від початкового показника до кінцевого ($p < 0,05$), при цьому достовірної різниці у тривалості операції при резекції надниркової залози та її повному видаленні не було.

Пацієнти не потребували застосування наркотичних анальгетиків. Середній час перебування хворих у стаціонарі після операції становив 4,3 доби (від 3 до 7 діб). Після операції пероральні стероїдні препарати курсом від 2 до 6 міс призначили тільки 5 пацієнтам із синдромом Кушинга. Випадків місцевого рецидиву та рецидиву клінічних проявів захворювання не зареєстровано.

Висновки. На підставі результатів проведеної оцінки ефективності ЗРТА та ЗРПА можна зробити висновок про переваги заднього ретроперитонеоскопічного доступу, завдяки якому оперативне втручання стає малоінвазивним, прецезійним та анатомічно можливим, що забезпечує його ефективність.

Із накопиченням досвіду та вдосконаленням хірургічної техніки (у середньому до 20 операцій) час, необхідний для виконання ЗРТА та ЗРПА, достовірно зменшується.

Ключові слова: ретроперитонеоскопічна адrenaлектомія.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Nagaraja V, Eslick GD, Edirimanne S. Recurrence and functional outcomes of partial adrenalectomy: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg.* 2015 Apr;16(Pt A):7-13. doi: 10.1016/j.ijssu.2015.01.015.
2. Park JJ, Park BK, Kim CK. Adrenal imaging for adenoma characterization: imaging features, diagnostic accuracies and differential diagnoses. *Br J Radiol.* 2016 Jun; 89(1062):20151018.
3. Pertsemilidis D, Inabnet WB III, Gagner M. *Endocrine Surgery.* 2017; 7 July:752.
4. WHO classification of tumours of endocrine organs // Eds.: Lloyd RV, Osamura RY, Klöppel G, Rosai J. - Lyon: IARC. 2017.

Особливості показників гемодинаміки у пацієнтів із феохромоцитомою наднирників у периопераційний період

М. В. Кунатовський

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

Мета роботи — провести порівняльний аналіз показників гемодинаміки та ретроспективних даних пацієнтів із феохромоцитомою надниркових залоз у периопераційний період, у яких використовували алгоритм етапного периопераційного гемодинамічного менеджменту як компонент анестезіологічного забезпечення операції.

Матеріали та методи. Проведено порівняльний аналіз показників гемодинаміки у пацієнтів із феохромоцитомою надниркових залоз на периопераційному, операційному та післяопераційному етапах. У ході дослідження сформовано 2 групи: основна група — 33 пацієнти з феохромоцитомою надниркових залоз, у яких використовували алгоритм етапного периопераційного гемодинамічного менеджменту (ЕПОГМ) як компонент анестезіологічного забез-

печення відеоасистованої лапароскопічної адrenaлектомії та контрольна група — 33 пацієнти з феохромоцитомою надниркових залоз, у яких під час цієї операції ЕПОГМ не застосовували або застосовували у неповному обсязі.

Алгоритм ЕПОГМ є таким:

- 1-й етап — передопераційна терапія α -адреноблокаторами (таблетована форма) до госпіталізації;
- 2-й етап — передопераційна керована інфузійна гіпотензивна терапія урапідилом та корекція прихованої гіповолемії збалансованими кристалоїдними та колоїдними розчинами в умовах відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ);
- 3-й етап — інтраопераційна керована інфузійна гіпотензивна терапія урапідилом під контролем центральної гемодинаміки;

- 4-й етап — профілактика недостатності надниркових залоз та корекція гіпотензії.

Результати та обговорення. Усі хворі на момент встановлення діагнозу феохромоцитомою надниркових залоз мали достовірно ($p < 0,001$) підвищений середній показник рівня метанефринів у добовій сечі — $3339,36 \pm 1610,64$ мкг/24 год, артеріальну гіпертензію з такими середніми показниками рівня артеріального тиску: систолічного АТ (САТ) — $207,64 \pm 40,00$ мм рт. ст., діастолічного АТ (ДАТ) — $110,79 \pm 14,40$ мм рт. ст.

На момент госпіталізації до клініки у пацієнтів основної групи середні показники рівня АТ становили: САТ — $131,30 \pm 12,25$ мм рт. ст., ДАТ — $84,17 \pm 8,75$ мм рт. ст. У контрольній групі ці показники були $137,33 \pm 10,31$ та $82,67 \pm 4,93$ мм рт. ст. відповідно.

На момент мобілізації надниркової залози з пухлиною у пацієнтів основної групи середні показники рівня АТ були такими: САТ — $131,67 \pm 12,64$ мм рт. ст., ДАТ — $78,55 \pm 10,52$ мм рт. ст. У контрольній групі ці показники становили $189,33 \pm 25,96$ та $110,00 \pm 13,33$ відповідно.

Після накладення кліпси на v. centralis та виконання адреналектомії в основній групі, в якій не використовували симпатоміметики, середній показник рівня САТ був $100 \pm 14,17$ мм рт. ст., рівня ДАТ — $58,33 \pm 10,97$

мм рт. ст. У пацієнтів контрольної групи, які потребували підтримки симпатоміметиками, ці показники становили $103,50 \pm 21,30$ та $58,67 \pm 16,76$ мм рт. ст. відповідно.

Висновки. Використання у пацієнтів із феохромоцитомою алгоритму ЕПОГМ у ході підготовки до операції та під час хірургічного втручання є ефективним, легко керованим та безпечним методом стабілізації показників гемодинаміки.

Ключові слова: феохромоцитома надниркових залоз, гемодинаміка, етапний периопераційний гемодинамічний менеджмент (ЕПОГМ).

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Черенько СМ, Дубров СО, Кунатовський МВ, Товкай ОА, Тарасенко СО. Анестезіологічний менеджмент феохромоцитом в умовах спеціалізованого ендокринологічного центру. Міжнар ендокринологічний журн. 2016;2:115-123.
2. Bai S, Yao Z, Zhu X, Li Z, Jiang Y, Wang R, Wen N. Risk factors for postoperative cardiovascular morbidity after pheochromocytoma surgery: a large single center retrospective analysis. Endocr J. 2019 Feb 28;66(2):165-173. doi: 10.1507/endocrj.EJ18-0402.
3. Kim D, Matsui C, Gozzani J, Mathias L. Pheochromocytoma Anesthetic Management. Open Journal of Anesthesiology. 2013;3(3):152-155.

Рівень кортизолу у пацієнтів після адреналектомії як прогностичний чинник розвитку недостатності кори надниркових залоз

О. П. Нечай, П. О. Ліщинський

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

Вступ. Недостатність кори надниркових залоз, яка може розвинути у хворих після виконання адреналектомії, вважають закономірним умовно-специфічним ускладненням. Ступінь його тяжкості залежить від вихідного рівня гормональної активності видаленої пухлини. Цей патологічний стан характеризується зниженням рівня кортизолу у

крові, що супроводжується характерними клінічними виявами.

Мета роботи — оцінити ризик розвитку недостатності кори надниркових залоз (гіпокортицизму) у хворих після виконання адреналектомії в ранній післяопераційний період за рівнем кортизолу у крові.