

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

<sup>1</sup>В. Б. Богданович, <sup>1</sup>А. Н. Лыжиков, <sup>2</sup>А. В. Величко, <sup>1</sup>А. М. Шестерин,  
<sup>2</sup>А. Н. Кулаженко

<sup>1</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель,  
Беларусь

<sup>2</sup>ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель,  
Беларусь

Внедрение современных визуализирующих методов диагностики привело к тому, что развернулась настоящая эпидемия опухолей надпочечников. Проблемы выбора хирургической тактики у этих больных до сих пор дискутируются. Если при выявлении гормональной активности новообразования (в том числе субклинической) показано только хирургическое лечение, то при гормонально-неактивных опухолях чаще возможно динамическое наблюдение. Внедрение современных малоинвазивных хирургических технологий в эндокринной хирургии, в том числе лапароскопических адrenaлэктомий, позволило значительно уменьшить операционную травму и частоту послеоперационных осложнений.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных новообразованиями надпочечников с применением современных хирургических технологий.

В исследование включено 10 пациентов, которым произведены открытые адrenaлэктомии через лумболапаротомный доступ (3 – правосторонние и 1 – левосторонняя) и лапароскопические адrenaлэктомии с опухо-

лю (2 – правосторонние и 4 – левосторонние). Женщин было 6, мужчин 4. Средний возраст составил 45 лет (от 17 до 74 лет). Гормонально-активные опухоли (феохромоцитомы) были у 4. Опухоли с субклинической гормональной активностью диагностированы у 3 больных: субклинический синдром Иценко-Кушинга, в том числе у одного больного – на фоне хронического надпочечника. У 3 больных диагностированы гормональнонеактивные образования надпочечников.

Показаниями к хирургическому лечению считали: лабораторное подтверждение гормональной активности (в том числе субклинической) образования; размер опухоли более 5 см; увеличение в размерах опухоли (на 5 мм, или объема на 25 % от исходного) и изменения ее внутренней структуры по данным УЗИ, КТ, МРТ при динамическом наблюдении. Гормональная активность определялась на основании биохимического скрининга свободных метанефринов и норметанефринов плазмы, определения кортизола плазмы, его суточного ритма и малой дексаметазонавой пробы. При наличии артериальной гипертензии определяли альдостерон плазмы с маршевой пробой и активность ренина плазмы. В 5 случаях (1 группа) хирургическая диссекция выполнена с применением современных коагуляторов (моно- и биполярных), у 5 больных (2 группа) – с использованием ультразвукового скальпеля.

Известно, что малонавязивная хирургия надпочечников является высокотехнологичным вмешательством. Это связано с трудностями адекватной интерпретации анатомических взаимоотношений в «замкнутом пространстве» и гемостазом. Имея многолетний опыт применения ультразвукового скальпеля «Ultracision» (ультразвуковые ножницы) в абдоминальной хирургии, нам представилось перспективным его применение в хирургии забрюшинного пространства, учитывая особенности анатомии этой зоны и параметры воздействия УЗ-скальпеля на ткани и сосуды. Гемостатический эффект применения УЗ-скальпеля в забрюшинном пространстве оказался отличным, время диссекции опухоли достоверно сократилось на  $27,0 \pm 4,0$  мин. Отсутствие задымления и минимальная кровопотеря ( $126 \pm 7,5$  мл) являлись основными преимуществами данной технологии. Значительно улучшились условия визуализации и клипирования центральной вены надпочечника, особенно с использованием многозарядного клиппатора. Средняя длительность операции сократилась до  $95 \pm 4,7$  мин.

Внедрение в хирургию надпочечников эндовидеохирургических технологий с ультразвуковым скальпелем позволяет обеспечить минимальный объем кровопотери, создать более благоприятные условия для визуализации и диссекции структур в забрюшинном пространстве, а также значительно сократить продолжительность оперативного вмешательства.