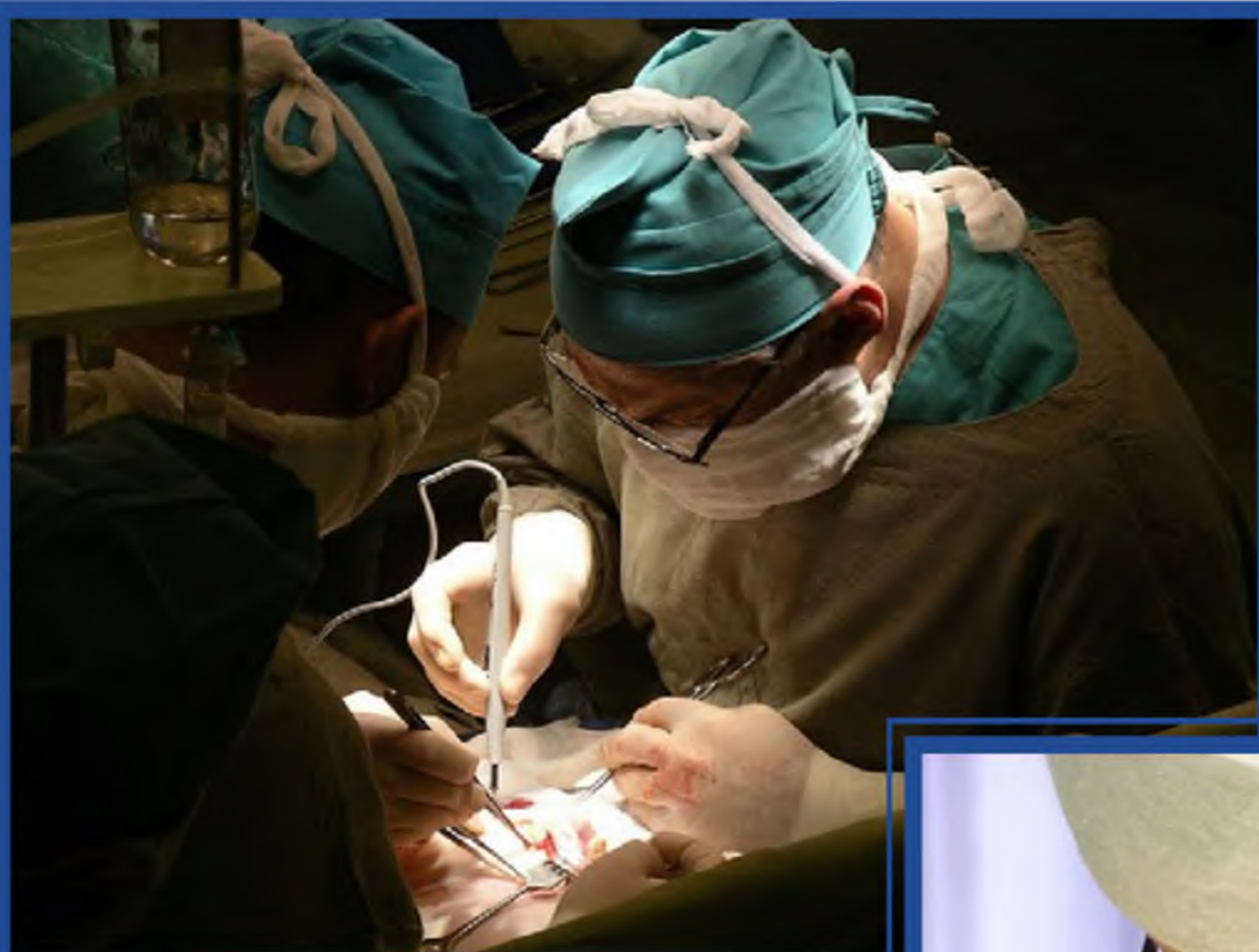


ISSN 2075-6895

АЛЬМАНАХ

Института Хирургии
имени А.В.Вишневского



№1 2022

ТЕЗИСЫ

XIV-го
Съезда хирургов

**607. Результаты видеозендоскопической
адреналэктомии у больных с
доброкачественными опухолями надпочечников**

*Беркинов У.Б., Сахибоев Д.П., Ирناзаров А.А.,
Носиржонов Б.Т.*

Ташкент, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. За последние десятилетия, в хирургии значительно возрос интерес к лечению больных с заболеваниями надпочечников. Увеличение абсолютного числа таких больных, связано со значительным техническим совершенствованием методов обследования. В настоящее время, благодаря своей безопасности и практичности эндовидеохирургическая адреналэктомия прочно вошла в арсенал хирургии надпочечников. Цели исследования: определить возможности и изучить технические особенности выполнения лапароскопической адреналэктомии у больных с доброкачественными опухолями надпочечников. Материалы и методы. Наш опыт видеозендоскопической адреналэктомии при доброкачественных опухолях надпочечников за период с июня 2009 года по декабрь 2021 года составляет 275 оперативных вмешательств. Из них 178 (64,7%) операций, были выполнены посредством бокового трансабдоминального доступа (БТА), 4 (1,5%) – через передний трансабдоминальный доступ и 93 (35,8%) – через задний ретроперитонеальный доступ (РД). 7 операций из бокового трансабдоминального доступа дополнялись “hand-assist” из-за большого размера опухоли (размер опухоли 8-10 см). Из 275 операций у 149 (56%) больных выполнены левосторонняя адреналэктомия, у 123 (44,7%) – правосторонняя адреналэктомия, у 2 – лапароскопическая резекция правого надпочечника с удалением кисты, и у одного больного – лапароскопическая электрокоагуляция левого надпочечника из-за выраженного спаечного процесса. Среди больных было 115 (41,8%) мужчин в возрасте от 25 до 65 и 160 (59,2%) женщин в возрасте от 21 до 73 лет. По морфологическому характеру опухоли у больных были распределены следующим образом: аденома смешанного строения – 96, альдостерома – 49, кортикостерома – 43, феохромоцитомы – 33, узелковая гиперплазия коры надпочечника – 18, киста надпочечника – 22, параганглиома – 4 и аденома коры надпочечника с малигнизацией были выявлены у 10 больных. Результаты и их обсуждение. Размеры образований

варьировали от 18 мм до 120 мм (в среднем 48 ± 11 мм). Средняя длительность операций при правосторонней АЭ посредством БТД составила 82 ± 17 минут, а при левосторонней – 97 ± 15 минут. Средняя длительность при правосторонней АЭ посредством РД составила 75 ± 16 мин, а при левосторонней – 72 ± 12 мин. Летальных исходов не наблюдалось. Частота осложнений составила 1,1% (у 3 больных). В одном случае во время правосторонней адреналэктомии наблюдалось кровотечение из центральной вены надпочечника в связи с чем, потребовалась конверсия и успешно выполнена адреналэктомия. Во втором случае интраоперационно отмечено ранение селезенки, что потребовало необходимость выполнения лапароскопической спленэктомии. У одного пациента после левосторонней адреналэктомии развилась картина реактивного панкреатита, которая успешно излечена консервативно. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила $3,3 \pm 0,6$ дней. Активизация больных, энтеральное питание, пациенты начинали на следующей день после операции. Применения наркотических анальгетиков не требовалось. Вывод. Видеозендоскопическая адреналэктомия при доброкачественных опухолях надпочечников размером до 100 мм выполняема, эффективна и достаточно безопасна. При опухолях размерами до 6 см считаем эффективным адреналэктомию посредством ретроперитонеального доступа. Адреналэктомию при опухолях от 6 до 8 см эффективнее выполнять посредством бокового трансабдоминального доступа. При размерах опухоли от 8 до 10 см предлагаем методику лапароскопической адреналэктомии с “hand-assist”. При размерах опухоли надпочечника больше 10 см (исключение составляет киста любого размера), на наш взгляд, целесообразна традиционная адреналэктомия.