

2. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование; Семейства *Magnoliaceae-Limoniaceae*. — Л., 1984. — 460 с.
3. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование; Семейства *Paeoniaceae-Thymelaeaceae*. — Л., 1985. — 336 с.
4. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование; Семейства *Hydrangeaceae-Haloragaceae*. — Л., 1987. — 326 с.
5. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование; Семейство *Asteraceae*. — СПб., 1993. — 352 с.
6. Спектрофотометрическое определение суммы флавоноидов и флавоноидных гликозидов в корневых и корнях шлемника байкальского / А.В. Куцык [и др.] // Хим.-фармацевтический журнал. — 1994. — № 4. — С. 45–47.
7. Химико-фармакологическое изучение экстракта пятилистника кустарникового сухого / И.Г. Николаева [и др.] // Хим.-фармацевтический журнал. — 1999. — № 7. — С. 36–37.
8. Шлемник байкальский. Фитохимия и фармакологические свойства / Е.Д. Гольдберг [и др.]. — Томск, 1994. — 222 с.
9. Nikolaeva I.G. Polyphenolic compounds from *Pentaphylloides fruticosa* and *P. parvifolia*. / I.G. Nikolaeva // Chemistry of Natural Compounds. — 2007. — Vol. 43, N 4. — P. 476–477.

В.С. Очиров, Б.Ч. Дамдинов, Е.Н. Цыбиков

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ АДРЕНАЛЭКТОМИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ

**Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)**

Хирургия надпочечников является относительно молодой отраслью медицины, которая начала развиваться в 20-х годах XX столетия, и история формирования научного понимания проблем заболеваний надпочечников включает три этапа.

Первый этап (20-е годы XX века) — накопление клинического опыта заболеваний и первые хирургические вмешательства. Впервые в Европе адреналэктомия была выполнена в 1920 году А. Брюненгом, для лечения судорожного синдрома при эклампсии.

Второй этап (20–30-е годы XX века) — определенная систематизация различных заболеваний надпочечников и внедрение высокоинформативных методов исследований (УЗИ, КТ, МРТ), что позволило значительно улучшить раннюю диагностику заболеваний и поражений надпочечников. В хирургической практике России впервые оперативные вмешательства на надпочечниках были описаны в 1921, 1928 гг. В.А. Опелем, и в 1930 г. В.Н. Шалимовым. Первые успешные оперативные вмешательства в истории хирургии надпочечников в России были выполнены в 1940 г. — удаление феохромоцитомы (Спасокукоцкий С.И.), в 1960 г. — двусторонняя субтотальная резекция надпочечников (Калинин А.П.), в 1961 г. — двусторонняя адреналэктомия (Ситенко В.М.).

Третий этап (с 90-х годов XX века) — становление и активное внедрение эндовидеохирургической техники и лапароскопических операций, что радикально изменило понятие хирургического доступа при заболеваниях надпочечников (Дедов И.И. и соавт., 1997; Калинин А.П. и соавт., 2000). Впервые успешная лапароскопическая адреналэктомия была выполнена в 1995 г. Н.А. Майстренко и Ю.Н. Сухопарой. Однако следует отметить, что до настоящего времени остается открытой проблема выбора оптимального оперативного вмешательства на надпочечниках, так как особенности топографии надпочечников определяют трудности поиска и удаления данных желез, такие как — глубокое расположение надпочечной железы, наличие анатомических препятствий, опасность повреждения близлежащих органов и крупных сосудов. В связи с этим одной из основных задач в хирургии надпочечников продолжает оставаться детальное изучение и оптимизация хирургического доступа при лечении новообразований надпочечников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На сегодняшний день существует множество оперативных доступов к надпочечникам и их классификации.

1. По положению больного на операционном столе: на спине, на боку, на животе.
2. По отношению к брюшной и грудной полостям: трансабдоминальные, трансторакальные, тораколюмбальные, торакоабдоминальные, внеполостные.

Каждый из этих доступов имеют свои преимущества и недостатки. Снижение частоты возникающих осложнений во время операций и после нее обусловлено не только оптимальным выбором оперативного доступа, но разработкой и внедрением в практику клинической хирургии новых альтернативных методов адrenaлэктомии, в частности с использованием эндовидеотехники. Опыт применения этих систем показывает, что анатомические структуры визуализируются значительно лучше, снижается травматичность оперативного вмешательства. К основным преимуществам лапароскопической адrenaлэктомии относятся незначительное количество осложнений, как во время операции, так и после нее, незначительный болевой синдром, малая травматичность, сокращение срока пребывания пациента в стационаре, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект.

В период с 2007 по 2009 гг. в нашей клинике выполнено около 9 трансабдоминальных лапароскопических адrenaлэктомий у пациентов с новообразованиями надпочечников. У трех больных использовался прямой трансабдоминальный доступ с созданием напряженного пневмоперитонеума (около 10 мм Нг). При этом выявились некоторые недостатки технического характера, такие как: недостаточная длина инструментов, в виду увеличения расстояния от точки входа до объекта из-за напряженного пневмоперитонеума; снижение визуального контроля над обоими ретракторами, что создает опасность травматизации близлежащих органов; недостаточная экспозиция латеральной и дорсальной поверхности нижней полой вены при правосторонней адrenaлэктомии.

Мы применяем боковой трансабдоминальный доступ, с помощью которого нами выполнялась лапароскопическая адrenaлэктомия шести пациентам. Данный доступ считаем более целесообразным, т.к. пациент лежит на боку, и используется минимальное давление в брюшной полости (6 мм Нг). За счет смещения петель кишок под действием силы тяжести не требуется наложения напряженного пневмоперитонеума для создания достаточного оперативного пространства. Более того, при таком положении пациента на операционном столе проще визуализировать как правый, так и левый надпочечник, отчего напрямую зависит продолжительность операции.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Все оперативные вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом. Положение больного на боку, как для люмботомии, справа или слева, в зависимости от патологии надпочечника. При этом операционный стол «сломан» на уровне поясницы под углом приблизительно 30° с опущенным ножным концом. Такой излом позволяет обеспечить удобный лапароскопический подход к оперируемому надпочечнику, за счет максимального расхождения на стороне операции реберной дуги и крыла подвздошной кости. Лапароскопическую стойку устанавливают за спиной больного у головного конца операционного стола. Особенностью данного метода является отсутствие необходимости во втором ассистенте, т.е. операционная бригада состоит из хирурга и одного ассистента. Ассистент находится ближе к головному концу операционного стола. Помимо принципиального подхода к формированию доступа существенное значение имеет расположение троакаров. При этом важным является выработка стандартной схемы расположения оптики и инструментов.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Особенность лапароскопической адrenaлэктомии является относительно безболезненное течение послеоперационного периода. В большинстве случаев послеоперационный период после лапароскопической адrenaлэктомии протекает без осложнений. Нами ни разу не было отмечено нагноения послеоперационной раны и ограничения физиологической подвижности передней брюшной стенки. Антибиотикотерапия при обычном течении послеоперационного периода не проводилась.

Небольшая частота осложнений и отсутствие выраженного болевого синдрома после лапароскопической адrenaлэктомии приводят к ранней активизации больных и сокращению длительности послеоперационного периода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, трансабдоминальная лапароскопическая адrenaлэктомия с использованием латерального доступа является обоснованным и адекватным вмешательством, и имеет преимущества по сравнению с открытыми методами хирургического лечения новообразований надпочечников, которые заключаются в отсутствии болевого синдрома в послеоперационном периоде, уменьшение продолжительности назначения ненаркотических анальгетиков, снижение частоты осложнений, сокращение сроков госпитализации и реабилитации, и получении хорошего косметического эффекта.

Трансабдоминальная лапароскопическая адrenaлэктомия с использованием латерального доступа рекомендуется при доброкачественных и не больших по размеру опухолях надпочечников.