

Псевдокиста правого надпочечника: особенности диагностики и интраабдоминального лапароскопического доступа при выполнении правосторонней адреналэктомии

*1УО «Белорусский государственный медицинский университет»
2УЗ «Больница скорой медицинской помощи», г. Минск*

Цель исследования. Показать особенности диагностики кистозного поражения надпочечника и возможность выполнения правосторонней адреналэктомии с использованием интраабдоминального лапароскопического доступа.

Материалы и методы. Кисты надпочечников редко встречающееся заболевание. По данным аутопсий их регистрируют в 0,064-0,18% случаев [1]. По литературным источникам PubMed имеется анализ результатов лечения не более 500 пациентов [1,2]. Традиционно все кистозные поражения надпочечников классифицируют по особенностям морфологического строения оболочки: эндотелиальные кисты, эпителиальные кисты, псевдокисты и паразитарные кисты [3]. В 17-33% случаев кистозная опухоль надпочечника протекает бессимптомно и является случайной находкой во время проведения УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства [1,2]. Чувствительность различных методик при обнаружении кистозного образования в проекции надпочечников различна. При выполнении УЗИ она составляет 66,7 %, СКТ - 80 % и МРТ - 100 % [1]. Но, ни одна из представленных методик не позволяет с достаточной степенью достоверности провести дифференциальную диагностику между доброкачественным и злокачественным характером поражения надпочечника, которые встречаются в 7% случаев [4,5]. Окончательный диагноз устанавливается после морфологического анализа опухоли, который требует выполнения иммуногистохимического исследования [2].

Наибольшие трудности возникают при поражении правого надпочечника, когда достаточно сложно исключить кистозное поражение правой доли печени. В отечественной литературе мы не встретили сообщений, касающихся особенностей выполнения лапароскопической правосторонней адреналэктомии с использованием интраабдоминального доступа. В нашу клинику поступила пациентка Д., 18 лет, у которой около 8 лет назад была выявлена киста правой доли печени размером до 35 мм. В течение последних 6 месяцев размеры кисты быстро увеличились и на момент поступления ее размеры составили 105х65 мм. Выполнение СКТ позволило предположить, что кистозная опухоль исходит из правого надпочечника. Клинико-лабораторные показатели не свидетельствовали в пользу наличия гормонально активной опухоли.

Результаты. Для выполнения диагностической лапароскопии и уточнения топической локализации кисты два 10 мм троакара введены в параумбиликальной области (видеокамера) и под мечевидным отростком. Дополнительный 5 мм троакар введен по передней аксиллярной линии чуть ниже правой реберной дуги. При отведении печени вверх выявлено, что киста исходит из забрюшинного пространства, располагается выше правой почки и прилежит к нижней полой вене. Для выполнения диссекции тканей дополнительно введен 5 мм троакар на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком.

Для создания широкого хирургического доступа произведена мобилизация правой доли печени с рассечением правой треугольной и венечной связок с использованием ножниц и биполярной коагуляции. Печень с помощью многолепестковой 10 мм лопаточки отведена вверх. Париетальная брюшина рассечена у верхнего полюса правой почки. После пункции и аспирации содержимого кисты (прозрачная жидкость с зеленоватым оттенком до 200 мл) продолжена диссекция опухоли от окружающих тканей. Для обеспечения надежного гемостаза и диссекции тканей использован ультразвуковой диссектор «AutoSonix» диаметром 5 мм с длиной рабочей части инструмента 35 см. Использование ультразвукового диссектора обеспечило надежный гемостаз при пересечении верхней, средней и нижней надпочечниковых артерий. Для лигирования правой надпочечниковой вены, которая непосредственно впадает в нижнюю полую вену, использован 5 мм клипапликатор фирмы «Gimmi». Общая кровопотеря, благодаря использованию методики прецизионного лигирования сосудов, кровоснабжающих надпочечник, составила 25-30 мл. Время хирургического вмешательства составило около 95 минут. Париетальная брюшина не ушивалась. Для контроля гемостаза оставлен дренаж в кармане Моррисона. Дренаж удален через 2-е суток. На 6 сутки пациентка выписана на амбулаторное лечение. При гистологическом исследовании в стенках кисты визуализировалась фиброзная ткань и ткань надпочечника, эпителиальная выстилка полости кисты отсутствовала, что позволило сделать заключение о псевдокистозной природе поражения правого надпочечника.

Заключение. Наш первый опыт позволил сделать ряд выводов:

1. Адекватная мобилизация связочного аппарата правой доли печени обеспечивает необходимые условия для выполнения лапароскопической правосторонней адреналэктомии при использовании интраабдоминального доступа.
2. Для мобилизации правого надпочечника целесообразно использовать методику прецизионного лигирования сосудов, что позволяет избежать кровопотери и конверсии в открытую операцию.
3. Оперативное вмешательство по поводу кистозного поражения надпочечника должно предусматривать адреналэктомию, что позволяет избежать ошибки в случае малигнизации опухоли.

Литература

1. Bellantone, R. et al. Adrenal cystic lesions: report of 12 surgically treated cases and review of the literature. *J Endocrinol Invest.* 1998;21:109-114.
2. Erickson, L. et al. Cystic Adrenal Neoplasms. *Cancer.* 2004; 101(7): 1537-1544.
3. Lack, E.E. editor. Tumors of the adrenal gland and extraadrenalparaganglia. In: *Atlas of tumor pathology.* 3rd series. Fascicle 19. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology. 1997:172-174.
4. Tiberio, G.A. et al. Cystic type adrenal mass. Clinical-radiologic contribution to 7 cases treated with surgery. *Chir Ital.* 2003;55:681-686.
5. Schmid, H. et al. Clinical Management of Large Adrenal Cystic Lesions. *International Urology and Nephrology.* 2005; 37(4): 767-771.