

УДК 616.45-006-089

© В.В. ГРУБНИК, О.С. БУРЛАК, В.В. ІЛЬЯШЕНКО

Одеський державний медичний університет, Одеська обласна клінічна лікарня

Нова методика ендоскопічної лівобічної адrenaлектомії при пухлинах надниркових залоз

V.V. HRUBNYK, O.S. BURLAK, V.V. ILYASHENKO

Odessa State Medical University, Odessa Regional Clinical Hospital

NEW METHODS OF ENDOSCOPIC LEFT-SIDE ADRENALECTOMY AT TUMOURS OF ADRENAL GLANDS

Було проаналізовано різні доступи при виконанні 137 адrenaлектомій з 1995 до 2010 року. Порівняли два ендоскопічні доступи до лівої надниркової залози (трансочеревинний та позаочеревинний) з новим нами розробленим трансочеревинним доступом, який використано при виконанні останніх 7 лівобічних адrenaлектомій. Нова методика полягає у візуалізації лівої надниркової залози шляхом трансочеревинної часткової мобілізації шлунка по великій кривизні, тракції мобілізованої частини шлунка вниз та медіально, розсічення заднього листка очеревини понад хвостом підшлункової залози з подальшим видаленням надниркової залози. При використанні нового трансочеревинного доступу менша травматичність, значно знижується крововтрата під час операції, скорочується час операції, не потрібне дренивання. Тривалість перебування хворого в стаціонарі також знижується. Представлений трансочеревинний доступ до лівої надниркової залози ми вважаємо найменш травматичним і найбезпечнішим з точки зору виникнення ускладнень.

The new approach for laparoscopic adrenalectomy was studied. Different approaches were analyzed in 137 laparoscopic adrenalectomies. Two conventional approaches (transperitoneal and retroperitoneal) were compared to new transperitoneal approach used in 7 patients: the fundic part of stomach and greater curvature was mobilized by transection the gastrosplenic ligament, the mobilized part of stomach was moved medially, the parietal peritoneum was incised above the tail of pancreas and the left adrenal gland was visualized. This approach decreases surgical trauma, volume of blood loss, duration of surgery and length of hospital stay. New approach is feasible and safe.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. У літературі описано різні методики лапароскопічної адrenaлектомії [4, 5]. Операцією вибору при захворюваннях лівої надниркової залози, асоційованих із синдромами, які зумовлені різноманітними ендокринними порушеннями, запропоновано адrenaлектомію з використанням нового оптимального, найменш травматичного доступу. Цей доступ дозволяє за короткий час виконати лівобічну адrenaлектомію з найменшою крововтратою, а також своєчасне кліпування та пересікання центральної наднирковозалозної вени, що попереджає виділення підвищеної кількості кортизолу та катехоламінів у кровообіг.

Мета роботи: вибір оптимального методу лапароскопічного видалення пухлин надниркових залоз.

Матеріали і методи. З 1995 року ми виконали 137 відеоендоскопічних адrenaлектомій, 81 – трансочеревинним методом, 56 – позаочеревинним. Ендоскопічне втручання було виконано 133 із 137

пацієнтів (97,08 %). У 4 пацієнтів (2,9 %) потрібна була конверсія для переходу до відкритої техніки. Показаннями до операції були: синдром Конна – у 25 пацієнтів (18,25 %), синдром Кушинга – у 35 хворих (25,55 %), феохромоцитомою – у 29 пацієнтів (21,17 %), інсиденталоми – у 47 хворих (34,3 %), метастаз раку легень у праву надниркову залозу – в 1 (0,73 %) пацієнта [2, 3].

Правобічну лапароскопічну адrenaлектомію виконували трансочеревинним доступом у положенні хворого на спині [4].

На вигляд надниркові залози відрізняються від навколишньої жирової тканини своїм золотистим забарвленням і структурою кіркового шару [1].

Лівобічну адrenaлектомію спочатку ми виконували із трансочеревинного доступу, з перетином ободово-діафрагмальної зв'язки, мобілізацією селезінкового кута товстої кишки з його відведенням у медіальному напрямі, частковою мобілізацією хвоста підшлункової залози і селезінки (рис. 1) [4].

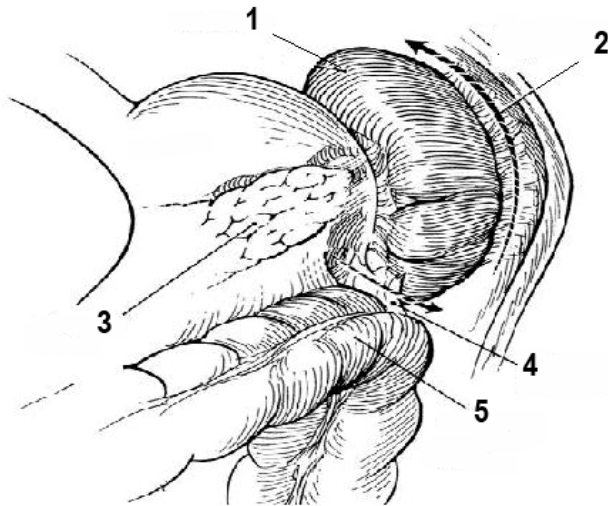


Рис. 1. Стандартний метод трансочеревинної лівобічної адrenaлектомії: 1 – селезінка, 2 – розріз селезінково-діафрагмальної зв'язки, 3 – підшлункова залоза, 4 – розріз селезінково-ободової зв'язки, 5 – селезінковий кут ободової кишки.

Згодом ми відмовилися від цього доступу при виконанні лівобічної адrenaлектомії, зважаючи на великі технічні труднощі і травматичність, близькість крупних магістральних судин, селезінки, підшлункової залози і, відповідно, набагато більший ризик виникнення ускладнень.

Протягом 2008-2009 рр. втручання на лівій наднирковій залозі виконували із позаочеревинного доступу. Хворого вкладали на правий бік, стіл розкладали як при операції на лівій нирці. Цей доступ має низку недоліків, виникають труднощі візуалізації надниркової залози та центральної вени серед позаочеревинної клітковини. Також при розмірі пухлини понад 5 см вищенаведений доступ не є оптимальним, тому що неможливо у повному обсязі виконати мобілізацію надниркової залози в малому позаочеревинному просторі.

Останнім часом протягом 6 місяців лівобічну адrenaлектомію виконували через новий нами розроблений доступ – 7 хворих (5,1 %) (рис. 2). Трансочеревинно виконували часткову мобілізацію шлунка по великій кривизні. При цьому пересікали та коагулювали короткі судини шлунка. Виконували тракцію мобілізованої частини шлунка вниз та медіально (2). Розсікали задній листок очеревини (3) та заходили в позаочеревинний простір понад хвостом підшлункової залози. Візуалізуючи ліву надниркову залозу (1), виконували її мобілізацію. Коагулювали та пересікали дрібні артеріальні стовбури (4). При використанні цього доступу вдавалося чітко виділити центральну надниркову вену та своєчасно кліпувати її. Після цьо-

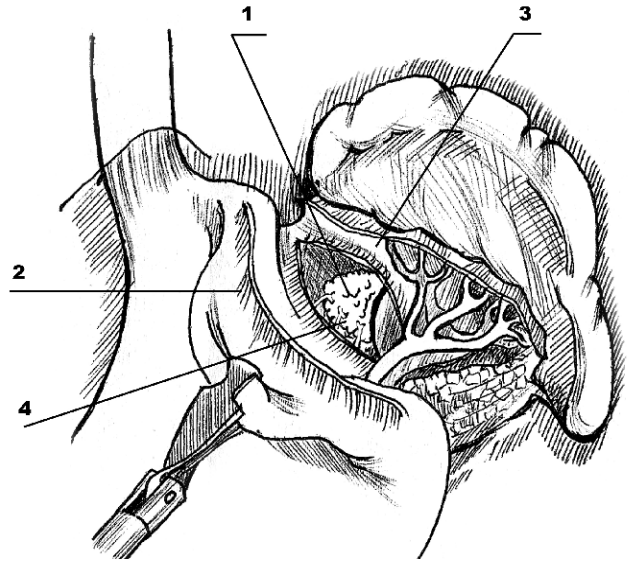


Рис. 2. Новий метод трансочеревинної лівобічної адrenaлектомії: 1 – надниркова залоза, 2 – дно шлунка, 3 – задній листок очеревини, 4 – судини надниркової залози.

го надниркова залоза виділяється, занурюється в поліхлорвініловий пакет та видаляється.

Після відеоендоскопічної адrenaлектомії не використовували наркотичних анальгетиків, крововтрата була мінімальною, дренажування не потрібне. Вперше хворий підіймався з ліжка через 8-10 год після операції.

Результати досліджень та їх обговорення.

При виконанні представленого доступу відмічається найменша крововтрата під час операції. Даний доступ найменш травматичний. У групі оперованих даним ендоскопічним методом в 1 випадку виконано конверсію, тому що пухлина лівої надниркової залози була розміром понад 10 см.

Середня тривалість перебування в стаціонарі в групі оперованих ендоскопічним методом склала $(5,5 \pm 1,5)$ доби. У групі оперованих представленим трансочеревинним доступом – $(3,0 \pm 1,0)$ доби.

У жодного пацієнта не виникло рецидивів підвищеної продукції гормонів надниркових залоз.

Через 6 місяців у всіх пацієнтів у групі оперованих даним трансочеревинним методом із приводу новоутворень рецидивів не виявлено.

Проаналізувавши дані, зосередивши увагу на показаннях і доступах, а також порівняльному аналізі тривалості оперативного втручання, частоті конверсії, ускладнень і тривалості перебування в стаціонарі, було встановлено, що виконання лапароскопічної адrenaлектомії розробленим нами доступом є безпечним і ефективним, і її функціональні результати переважають результати раніше визнаних ендоскопічних дос-

типів та відкритих операцій [4]. Отже, ендоскопічну адреналектомію, незалежно від використовуваного доступу, слід розглядати як метод вибору при лікуванні доброякісних пухлин надниркових залоз.

Висновки. 1. Представлений трансочеревинний доступ до лівої надниркової залози ми вважаємо найменш травматичним і найбезпечнішим з точки зору виникнення ускладнень.

2. При використанні даного доступу лівобічної адреналектомії значно знижується крововтрата під час операції, зменшується середня тривалість перебування хворого в стаціонарі.

3. При пухлинах, розміри яких перевищують 5 см, доцільніше виконувати втручання позаочеревинно, або відкритим доступом, з огляду на технічні труднощі, що виникають при видаленні великих пухлин.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Guazzoni G., Cestari A., Montorsi F., Bellinzoni P., Centemero A., Naspro R., Salonia A., Rigatti P. Laparoscopic treatment of adrenal diseases: 10 years on // *BJU Int.* – 2004. – Vol. 93 (2). – P. 221-227.
2. Jaroszewski D.E., Tessier D.J., Schlinkert R.T., Grant C.S., Thompson G.B., van Heerden J.A., Farley D.R., Smith S.L., Hinder R.A. Laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma // *Mayo Clin Proc.* – 2003. – Vol. 78 (12). – P. 1501-1504.
3. Bergamini G., Borrelli A., Lassig R., Manca G., Presenti L.,

- Borrelli D. Videolaparoscopic adrenalectomy in Conn syndrome. Analysis of 39 case observations // *Chir.* – 2003. – Vol. 24 (6-7). – P. 221-224.
4. Zeh H.J. 3rd, Udelsman R. One hundred laparoscopic adrenalectomies: a single surgeon's experience // *Ann. Surg. Oncol.* – 2003. – Vol. 10 (9). – P. 1012-1017.
5. Jacobsen N.E., Campbell J.B., Hobart M.G. Laparoscopic versus open adrenalectomy for surgical adrenal disease // *Can J. Urol.* – 2003. – Vol. 10 (5). – P. 1995-1999.

Отримано 23.08.10