

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЕНДОКРИННОЇ ХІРУРГІЇ

науково-практична конференція з міжнародною участю,
присвячена 50-річчю утворення
центру ендокринної хірургії у Львові

22-24 жовтня 2008 року, Львів

*(далі в рубриці — продовження публікації вибраних матеріалів,
початок — у попередніх номерах)*

В.В. Грубнік, О.С. Бурлак, В.В. Ільяшенко

ОПТИМАЛЬНИЙ МЕТОД ЕНДОСКОПІЧНОЇ АДРЕНАЛЕКТОМІЇ ЗА ПУХЛИН ПРАВОЇ ТА ЛІВОЇ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ

*Одеський державний медичний університет,
Одеська обласна клінічна лікарня, Одеса*

ВСТУП

У квітні 1992 р. М. Gagner вперше виконав ендоскопічну адреналектомію. Поступово накопичується досвід виконання цих операцій в усьому світі. Багато авторів вважають, що ендоскопічна методика виконання адреналектомій є найзручнішою як для пацієнта, так і для хірурга. Цей висновок привів до того, що попри невеликі досвід і час від початку впровадження цих операцій деякі з хірургів називають їх "золотим стандартом".

На думку низки авторів, надниркові залози ідеально підходять для ендоскопічного видалення, оскільки більшість їх пухлин мають невеликі розміри та непогано диференціюються від навколишніх тканин. Проте їх розташування у заочеревинному просторі, у безпосередній близькості до життєво важливих органів створює труднощі специфічного характеру. У літературі описано різні методики лапароскопічної адреналектомії. Метою роботи був добір оптимального методу лапароскопічного видалення пухлин надниркових залоз.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

З 1995 року ми виконали 79 відеоендоскопічних адреналектомій, 33 — правобічних, 46 — лівобічних (20 — трансперитонеальних, 26 — позаочеревинним доступом). Групу порівняння склали 37 хворих, прооперованих відкритим методом (лапаротомічним і люмботомічним). Середній вік хворих — 46,5±2,5 року (від 20 до 72 років), із них 74 жінки (85,84%). Показання до операції: синдром Конна —

33 пацієнти (41,7%), синдром Кушинга — 15 (19%), кортизолпродукуюча карцинома — 1 (1,27%), гормонально неактивні аденоми — 28 (35,44%), гормонально неактивна карцинома надниркової залози — 1 (1,27%), метастаз раку легенів у праву надниркову залозу — 1 випадок (1,27%).

Правобічну лапароскопічну адреналектомію виконували трансочеревинним доступом у положенні хворого на спині. Надниркові залози відрізняються від навколишньої жирової тканини золотавим забарвленням і за структурою коркового шару.

Лівобічну адреналектомію спочатку ми виконували з трансочеревинного доступу, з перетином ободово-діафрагмальної зв'язки, мобілізацією селезінкового кута товстої кишки з його відведенням у медіальному напрямі, частковою мобілізацією хвоста підшлункової залози та селезінки. Згодом ми відмовилися від трансочеревинного доступу для виконання лівобічної адреналектомії, зважаючи на великі технічні труднощі та травматичність, близькість великих магістральних судин, селезінки, підшлункової залози, а отже, набагато більший ризик виникнення ускладнень. Наразі втручання на лівій наднирковій залозі виконуються із заочеревинного доступу. Хворого укладають на правий бік, стіл розламують, як під час операції на лівій нирці.

Після відеоендоскопічної адреналектомії ми не використовували наркотичні анальгетики, вперше хворий підіймався з ліжка через 8-10 годин після операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Ускладнення виникли у 2 пацієнтів (5,5%) у групі оперованих відкритим доступом. В одному випадку виникла кровотеча у ході правобічної адреналектомії, була пошкоджена нижня порожниста вена під час спроби лігірування короткої (2 мм) надниркової вени. Дефект був ушитий атравматичним швом. В іншому випадку виникло нагноєння поопераційної рани у хворої з тяжкою формою цукрового діабету на тлі ожиріння IV ступеня. У групі оперованих ендоскопічним методом ускладнень не було.

Середня тривалість перебування у стаціонарі у групі оперованих ендоскопічним методом склала $5,5 \pm 1,5$ доби, у групі оперованих відкритим доступом — $13,0 \pm 2,0$ доби.

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

Через 6 місяців всі пацієнти з групи оперованих ендоскопічним методом із приводу злоякісних новоутворень були живими.

Проаналізовано показання та доступи (трансперитонеальний і ретроперитонеальний), проведено порівняльний аналіз тривалості оперативного втручання, частоти конверсії та переливань крові, ускладнень і тривалості перебування у стаціонарі. Було встановлено, що виконання лапароскопічної адреналектомії як трансперитонеальним, так і ретроперитонеальним доступом є безпечним та ефективним, а її функціональні результати аналогічні результатам відкритих операцій зі збереженням усіх переваг мінімально інвазійної хірургії. Натомість ендоскопічну адреналектомію незалежно від використуваного доступу слід розглядати як переважний спосіб лікування доброякісних пухлин надниркових залоз.

Кількість ускладнень значно зменшилася після переходу на виконання лівобічних адреналектомій заочеревинним доступом.

ВИСНОВКИ

Заочеревинний доступ до лівої надниркової залози ми вважаємо оптимальним, найменш травматичним і найбезпечнішим з точки зору виникнення ускладнень. Але за пухлин, розміри яких перевищують 6 см, доцільніше виконувати втручання трансочеревинно з огляду на технічні труднощі, що виникають під час видалення великих пухлин заочеревинним доступом.

ЛІТЕРАТУРА

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.

РЕЗЮМЕ

Оптимальный метод эндоскопической адреналэктомии при опухолях правого и левого надпочечников

**В.В. Грубник, А.С. Бурлак,
В.В. Ильяшенко**

С 1995 года выполнено 79 эндоскопических адреналэктомий: 33 правосторонних, 46 левосторонних (20 трансперитонеальных, 26 забрюшинным доступом). Группу сравнения представляли 37 больных, оперированных открытым методом (лапаротомический и люмботомический). Основанием к операции были: синдром Конна — 33 пациента (41,7 %), синдром Кушинга — 15 (19%), кортизолпродуцирующая карцинома — 1 (1,27%), гормонально неактивные аденомы — 28 (35,44%), гормонально неактивная карцинома надпочечника — 1 (1,27%), метастаз рака легких в правый надпочечник — 1 (1,27%). Правостороннюю лапароскопическую адреналэктомии выполняли трансбрюшинным доступом в положении больного на спине. Левостороннюю адреналэктомии сначала выполняли из трансбрюшинного доступа, с пересечением ободочно-диафрагмальной связки, мобилизацией селезеночного угла толстой кишки с его "отворотом" в медиальном направлении, частичной мобилизацией хвоста поджелудочной железы и селезенки. Впоследствии мы отказались от этого доступа при выполнении левосторонней адреналэктомии ввиду больших технических трудностей и травматичности, близости крупных магистральных сосудов, селезенки, поджелудочной железы и, соответственно, намного большего риска осложнений. В настоящее время вмешательства на левом надпочечнике выполняются из забрюшинного доступа.

Ключевые слова: эндоскопическая адреналэктомия, заболевания надпочечников.

SUMMARY**The optimal method of endoscopic adrenalectomy for tumors of left and right adrenal glands****V. Grubnik, O. Burlak, V. Ilyashenko**

From 1995 we have executed 79 endoscopic adrenalectomies, 33 — right-side, 46 — left-side (20 — transperitoneal, 26 — were executed by retroperitoneal access). The group of comparison was made of 37 patients operated by laparotomic and lumbotomic method. Among indications to the operation for 33 patients (41,7%) was the Conn syndrome, Cushing syndrome — 15 (19%), cortizolproducing carcinoma — 1 (1,27%), hormonal non-active adenomas —

28 (35,44%), hormonal non-active carcinoma of the adrenal — 1 case (1,27%). Right-side laparoscopic adrenalectomy was executed by transperitoneal access in position of patient on the back. At the beginning of left-side adrenalectomy we executed by the transperitoneal access. Afterwards during the left-side adrenalectomy we refused from transperitoneal access because of large technical difficulties and possible injuries, closeness of large main vessels, spleen, pancreas and more great risk of complications. Nowadays the interventions at the left adrenals are executed by retroperitoneal access.

Key words: endoscopic adrenalectomy, adrenal diseases.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.