

УДК 616.45-089-072.1

© В. В. ГРУБНИК, О. С. БУРЛАК, Р. С. ПАРФЕНТЬЄВ

Одеський національний медичний університет

## Модифікація ендоскопічного трансабдомінального доступу до лівої надниркової залози

V. V. HRUBNIK, O. S. BURLAK, R. S. PARFENTYEV

Odesa National Medical University

### MODIFICATION OF ENDOSCOPIC TRANSABDOMINAL ACCESS TO THE LEFT ADRENAL

Проаналізовано різні доступи при виконанні 172 адреналектомій з 1995 року по 2012 рік. Порівняно два ендоскопічні доступи до лівої надниркової залози (тансочеревинний та позаочеревинний) з новим, нами розробленим трансочеревинним доступом, який використано при виконанні останніх 8 лівобічних адреналектомій. 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 зменшується травматичність, значно знижується крововтрата під час операції, скорочується час операції, не потрібне дренивання. Тривалість перебування хворого в стаціонарі також знижується.

There were analyzes the different accesses at conducting 172 adrenalectomies from 1995 to 2012. There were compared two endoscopic accesses to the left adrenal (tansabdominal and out abdominal) with the new developed by us transabdominal access, which was used at conducting the last 8 left-sided adrenalectomies. New methodology consists in visualization of the left adrenal by transabdominal partial mobilization of the stomach over the big curvature, traction of the mobilized stomach part down and medially, cutting of the back leaf of peritoneum over the tail of the pancreas with further removal of the adrenal. When using the new transabdominal access the traumatism is lesser, blood loss is significantly reduced during the surgery, surgery time is decreased drounsge isn't needed. Duration of a patient's stay in the hospital is also reduced.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** За період накопичення досвіду у виконанні ендоскопічних адреналектомій описано різні методики лапароскопічної адреналектомії [4, 5]. Операцією вибору при захворюваннях лівої надниркової залози, асоційованими з синдромами, які зумовлені різноманітними ендокринними порушеннями, запропоновано адреналектомію з використанням нового оптимального, найменш травматичного доступу. Цей доступ дозволяє за більш короткий час виконати лівобічну адреналектомію з найменшою крововтратою, а також своєчасне кліпування та пересічення центральної наднирковозалозної вени, що запобігає виділенню підвищеної кількості кортизолу та катехоламінів у кровообіг.

**Метою роботи** був вибір оптимального методу лапароскопічного видалення пухлин надниркових залоз.

**Матеріали і методи.** З 1995 року ми виконали 172 відеоендоскопічних адреналектомій: 94 – трансочеревинним методом, 78 – позаочеревинним.

Ендоскопічне втручання було виконано 166 із 172 пацієнтів (97,6%). Серед прооперованих пацієнтів були 68 чоловіків та 98 жінок.

У 4 пацієнтів (2,4 %) знадобилася конверсія для переходу до відкритої техніки.

Підставою до операції були: синдром Конна у 31 пацієнта (18,5 %), синдром Кушинга у 36 (21,5 %), феохромоцитома у 37 (22,5 %), інциденталоми у 60 (36 %), метастаз раку легенів у праву надниркову залозу у 2 пацієнтів (1,5%) [2, 3]. Правобічну лапароскопічну адреналектомію виконували трансочеревинним доступом в положенні хворого на спині [4].

На вигляд надниркова залоза відрізняється від навколишньої жирової тканини своїм золотистим забарвленням і структурою кіркового шару [1].

Лівобічну адреналектомію 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].

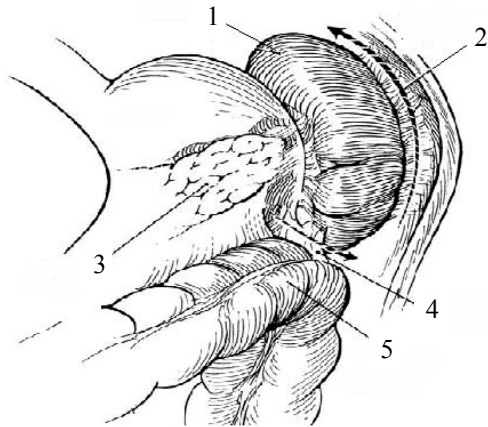


Рис 1. Стандартний метод трансочеревинної лівобічної адреналектомії (1 – селезінка, 2 – розріз селезінково-діафрагмальної зв’язки, 3 – підшлункова залоза, 4 – розріз селезінково-ободової зв’язки, 5 – селезінковий кут ободової кишки).

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

Протягом 2008–2012 років втручання на лівій наднирковій залозі виконували із позаочеревинного доступу. Хворого укладали на правий бік, стіл розламували 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 більш ніж 5 см, вищенаведений доступ не є оптимальним, тому що неможливо у повному обсязі виконати мобілізацію надниркової залози в малому позаочеревинному просторі.

Однак, останнім часом, протягом 10 місяців лівобічну адреналектомію виконували через новий, нами розроблений доступ – 8 хворих (4,7 %) (рис. 2). Трансочеревинно виконували часткову мобілізацію шлунка по великій кривині. При цьому пересікали та коагулювали короткі судини шлунка. Виконували тракцію мобілізованої частини шлунка вниз та медіально (2). Розсікали задній листок очеревини (3) та заходи-

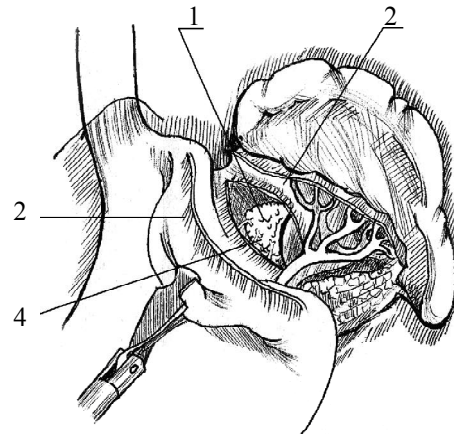


Рис 2. Новий метод трансочеревинної лівобічної адреналектомії (1 – надниркова залоза, 2 – дно шлунка, 3 – задній листок очеревини, 4 – судини надниркової залози).

ли 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 цього надниркову залозу виділяли, занурювали в поліхлорвініловий пакет та видаляли.

Після відеоендоскопічної адреналектомії ми не використовували наркотичні анальгетики, крововтрата була мінімальною, дренивання було непотрібним. Вперше хворий підіймався з ліжка через 8–10 годин після операції (табл. 1).

**Результати досліджень та їх обговорення.**

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

Середня тривалість перебування в стаціонарі в групі оперованих ендоскопічним методом склала  $5,5 \pm 1,5$  діб, у групі оперованих трансочеревинним представленим доступом –  $3,0 \pm 1,0$  діб.

**Таблиця 1. Результати ендоскопічних адреналектомій**

	Трансперитонеальна адреналектомія n = 94		Ретроперитонеальна адреналектомія n = 78	
	правобічна	лівобічна	правобічна	лівобічна
Операції	66	20/8	6	72
Конверсії	1 (1,5 %)	1/1 (1,6 %)	0	1 (1,4 %)
Крововтрата (мл)	50	100/30	100	50-70
Ускладнення				
Інтраопераційні	1	1	0	1
Післяопераційні	2	3	1	1
Післяопераційний ліжко-день	5	7/3	5	4

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

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

Проаналізувавши дані, зосередивши увагу на показаннях і доступах, а також порівнявши тривалість операційного втручання, частоту конверсії, ускладнень і тривалість перебування в стаціонарі встановили, що виконання лапароскопічної адреналектомії розробленим нами доступом є безпечним і ефективним, і її функціональні результати переважають над результатами раніше визнаних ендоскопічних доступів та відкритих операцій. [4] Отже, ендоскопічну адреналектомію, незалежно від доступу, який використову-

ють, слід вважати пріоритетною при лікуванні доброякісних пухлин надниркових залоз.

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

При використанні даного доступу для лівобічної адреналектомії значно знижуються крововтрата під час операції, середня тривалість перебування хворого в стаціонарі.

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

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Laparoscopic treatment of adrenal diseases: 10 years on / G. Guazzoni, A. Cestari, F. Montorsi [et al.] // *BJU. Int.* – 2004. – Vol. 93(2). – P. 221–227.
2. Laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma / D. E. Jaroszewski, D. J. Tessier, R. T. Schlinkert [et al.] // *Mayo. Clin. Proc.* – 2003. – Vol. 78(12). – P. 1501–1504.
3. Videolaparoscopic adrenalectomy in Conn syndrome. Analysis of 39 case observations / G. Bergamini, A. Borrelli, R. Lassig [et al.] // *Chir.* – 2003. – Vol. 24. – P. 221–224.
4. Zeh H. J. 3rd. One hundred laparoscopic adrenalectomies: a single surgeon's experience / H. J. Zeh 3rd Udelsman R. // *Ann. Surg. Oncol.* – 2003. – Vol. 10(9). – P. 1012–1017.
5. Jacobsen N. E. Laparoscopic versus open adrenalectomy for surgical adrenal disease / N. E. Jacobsen, J. B. Campbell, M. G. Hobart // *Can. J. Urol.* – 2003. – Vol. 10(5). – P. 1995–1999.

Отримано 02.04.13