

## ФІКСАЦІЯ СЕЛЕЗІНКИ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ЛІВОБІЧНОЇ АДРЕНАЛЕКТОМІЇ

С. М. Черенько, О. А. Товкай, О. П. Нечай

Український науково—практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин  
МОЗ України, м.Київ

## THE SPLEEN FIXING AS IMPORTANT ELEMENT OF PERFORMANCE OF LAPAROSCOPIC LEFT—SIDED ADRENALECTOMY

S. M. Cherehanko, O. A. Tovkay, O. P. Nechay

Ukrainian Scientific—Practical Center of endocrine surgery, endocrine transplantation of organs and tissues, Kiev

Операції на надниркових залозах (НЗ) виконують дедалі частіше через збільшення діагностичних можливостей та відпрацювання технології мініінвазивних втручань на цьому органі. За понад 20—річний період виконання та вдосконалення лапароскопічної адреналектомії запропоновані кілька модифікацій черезочеревинного доступу до НЗ. Найбільш часто виконують лівобічну адреналектомію з використанням передньо—бічного трансперитонеального доступу, що передбачає пересічення ободово—діафрагмальної зв'язки, мобілізацію лівого згину ободової кишки з його зведенням, розсічення пристінкової очеревини вздовж латерального краю селезінки, яку поступово мобілізують шляхом поглиблення борозни між нею та ниркою. Селезінка, що зміщується під час мобілізації та під дією сили тяжіння ксередині (положення хворого лежачи на правому боці під кутом 90°), тягне за собою хвіст підшлункової залози, поступово відкриваючи простір для маніпуляцій на НЗ, фіксованій до діафрагми і нирки. Такий прийом створює сприятливі умови для візуалізації лівої НЗ та надниркової центральної вени без використання додаткових інструментів — ретракторів, що дає можливість застосовувати лише три ендопорти для камери—ендоскопа та двох лапароскопічних інструментів. За стандартним варіантом операції подальша методика видалення пухлини НЗ не передбачає ви-

### Реферат

Обґрунтовано необхідність виконання ортотопічної фіксації селезінки після виконання основного етапу лівобічної лапароскопічної адреналектомії. Більшість хворих, насамперед, звичайної або худорлявої статури скаржаться на тимчасовий, різного ступеня дискомфорт та біль в животі, що пов'язане з переміщенням мобілізованої селезінки в ранньому післяопераційному періоді. Запропонований простий метод хірургічної фіксації селезінки шляхом накладання на пересічені листки пристінкової очеревини двох або трьох вузлових швів в зоні мобілізації селезінки та хвоста підшлункової залози, що надійно попереджає такі небажані прояви та полегшує перебіг післяопераційного періоду.

**Ключові слова:** лапароскопічна лівобічна адреналектомія; спленопексія; післяопераційний період.

### Abstract

The necessity of performance of orthotopic fixing of spleen after main stage of a left—sided laparoscopic adrenalectomy was substantiated. The majority of patients, first of all ordinary or with a lean stature, are complaining on a temporary discomfort and pain in abdomen of various degree, what is connected with transition of a mobilized spleen in early postoperative period. A simple method of surgical fixation of spleen is putting of 2 or 3 sutures on dissected sheets of parietal peritoneum in region of mobilization of spleen and pancreatic tail, what is securely prevents such an unwanted signs and facilitate a postoperative period course.

**Key words:** laparoscopic left—sided adrenalectomy; splenopexy; postoperative period.

конання спленопексії [1 — 3]. Водночас, як показали клінічні спостереження, навіть незначне переміщення такого досить важкого й об'ємного органа черевної порожнини, як селезінка, без її природної фіксації до задньо—бічної черевної стінки спричиняє після операції відчуття дискомфорту, наявності стороннього тіла у черевній порожнині, больовий синдром, психічну лабільність, страх пацієнта здійснювати звичайні рухи, що в цілому уповільнює період одужання та відновлення працездатності. Ми проаналізували подібні прояви різної вираженості у пацієнтів після виконання лівобічної лапароскопічної адреналектомії

та поставили за мету попередити їх шляхом здійснення спленопексії.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В хірургічній клініці операція лівобічної адреналектомії виконана у 328 хворих. Майже 50% з них після операції скаржилися на дискомфорт під час зміни положення тіла, пов'язаний з відчуттям переміщення внутрішніх органів. Більш часто подібні скарги відзначали у худорлявих пацієнтів та за відносно великої селезінки. Усвідомлюючи суб'єктивність оцінки подібних скарг, ми запропонували бальну шкалу оцінки їх вираженості: періодичний не-

## Бальна оцінка скарг пацієнтів обох груп

Скарги	Кількість спостережень в групах			
	основній (n=52)		порівняння (n=38)	
	абс.	%	абс.	%
Дискомфорт в животі при поворотах у ліжку (1 бал)	17	32,7	17	89,5
Відчуття «стороннього тіла» в животі під час ходьби протягом першого тижня (2 бали)	–	–	18	47,4
Біль, дискомфорт, депресія, що заважають повернутись до звичайної роботи понад 10 – 14 днів (3 бали)	–	–	5	13,2
Кількість балів у середньому на 1 пацієнта	0,33		2,24	

значний дискомфорт в черевній порожнині під час поворотів у ліжку — 1 бал, відчуття "стороннього тіла в животі" під час ходьби протягом першого тижня — 2 бали; "стороннє тіло", біль, дискомфорт та депресія, що заважають повернутись до звичайної роботи у строки понад 10 — 14 днів — 3 бали. Проспективно проведене анкетування 38 пацієнтів (група порівняння) віком від 17 до 76 років, індекс маси тіла від 18 до 35 кг/м<sup>2</sup>, через 1 — 3 — 7 — 10 днів після неускладненої лівобічної лапароскопічної адrenaлектомії. Таке саме анкетування проведене у 52 пацієнтів (основна група), яким здійснено хірургічну фіксацію селезінки за запропонованим методом. Ми не включали в групу порівняння огрядних пацієнтів, у яких індекс маси тіла перевищував 35 кг/м<sup>2</sup>.

Вдосконалена методика лівобічної лапароскопічної адrenaлектомії з новим хірургічним прийомом — спленоексією [4].

Положення хворого лежачи на правому боці. Для створення робочого простору по лівій середньоключичній лінії, під ребровою дугою вводять голку Вереша, через яку в черевну порожнину вводять 3 — 4 л вуглекислого газу (внутрішньочеревний тиск 12 мм вод. ст.). Далі здійснюють загальноприйняте втручання. Мобілізують лівий згин ободової кишки. Розсікають пристінкову очеревину на відстані 1 см від зовнішнього краю селезінки, поступово мобілізують селезінку та хвіст підшлункової залози. Під дією сили тяжіння ці органи зміщуються донизу (медіально) та відкривають простір між судинною ніжкою селезінки, короткими судинами шлунка та фасцією Жирота, за якою міститься НЗ. Це дає змогу візуалізувати діаф-

рагмальну вену (проходить на дні операційної рани поверх задніх м'язів спини) та місце її злиття з центральною наднирковою веною. Після виділення центральну надниркову вену кліпують, пересікають. Пухлину з НЗ виділяють, мобілізують за допомогою ультразвукового скальпеля або електрокоагуляції та видаляють. На заключному етапі оперативного втручання виконують спленоексію. Для цього на листки очеревини в місці розсічення під час мобілізації селезінки накладають два або три вузлові шви (залежно від величини розрізу). Завдяки цьому підтягують і закріплюють ортотопічно селезінку і хвіст підшлункової залози з подальшою їх біологічною фіксацією внаслідок відкладання фібрину та утворення сполучної тканини. Це дозволяє уникнути вільного переміщення селезінки в лівій бічній ділянці черевної порожнини та надмірного утворення спайок, зменшити тривалість періоду реабілітації, прискорити відновлення працездатності пацієнтів. Передбачуваний клінічний результат цього хірургічного прийому полягає у зменшенні частоти і вираженості суб'єктивних проявів, пов'язаних з рухливістю важкого паренхіматозного органа, зокрема, психосоматичних розладів, локального болю, страху під час ходьби та зміни положення тіла, а також потенційному зменшенні вираженості спайкового процесу внаслідок перитонізації черевної порожнини.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Бальна оцінка скарг пацієнтів обох груп наведена у *таблиці*.

Отже, у 89,5 % пацієнтів групи порівняння виявляли хоча б легкі

прояви зазначених синдромів, у середньому оцінка становила (2,2 ± 0,3) бала.

В основній групі скарги були тільки у 32,7% пацієнтів, їх бальна оцінка не перевищувала 1, у середньому (0,3 ± 0,1) бала, що достовірно менше, ніж у групі порівняння (p<0,05).

Ми не спостерігали ускладнень після використання цього прийому, зокрема, гематоми, кровотечі. Тривалість лікування пацієнтів у стаціонарі становила 5 — 7 днів.

При виконанні хірургічного етапу спленоексії тривалість оперативного втручання збільшувалася на (4 ± 1,2) хв, що не справляло суттєвого впливу на операційні витрати та строки пробудження хворих. Проте, застосування такого незначного за складністю виконання та необхідного додаткового прийому забезпечувало суттєве покращання перебігу післяопераційного періоду, зменшення вираженості больового синдрому. Слід відзначити, що під час виконання спленоексії відновлювали перитонізацію рани заочеревинного простору між ниркою та селезінкою, що попереджало утворення спайок та потенційні ускладнення, пов'язані з цим.

## ВИСНОВКИ

1. Стандартне виконання лівобічної лапароскопічної адrenaлектомії може супроводжуватись дискомфортом та виникненням скарг, пов'язаних з переміщенням вільної нефіксованої селезінки у більшості пацієнтів за нормальної маси тіла.

2. Етап спленоексії при виконанні лапароскопічної лівобічної адrenaлектомії не потребує складних маніпуляцій, не збільшує суттєво тривалість операції, натомість,

сприяє зменшенню частоти післяопераційних ускладнень, відчуття дискомфорту та "блукання" внутрішніх органів, що впливає на психічний стан пацієнтів, зменшенню тривалості періоду реабілітації після операції.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Sub—mesocolic access in laparoscopic left adrenalectomy / S. Perretta, R. Campagnacci, M. Guerrieri [et al.] // *Surg. Endosc.* — 2005. — Vol. 19, N 7. — P. 977 — 980.
2. Vereczkei A. Minimally invasive technique as the gold standard of adrenal surgery / A. Vereczkei, A. Molnar, O. P. Horvath // *Magy. Seb.* — 2012. — Vol. 65, N 5. — P. 365 — 369.
3. Грубнік В. В. Ендоскопічна адреналектомія та її можливості в лікуванні різних захворювань наднирників / В. В. Грубнік, В. В. Ільяшенко, С. В. Полтавець // *Шпитал. хірургія.* — 2004. — № 2. — С. 67 — 69.
4. Пат. 102427 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб лієнопексії в процесі виконання лапароскопічної лівобічної адреналектомії / О. А. Товкай, С. М. Черенько, О. С. Ларін (Україна). — № u 201504858; заявл. 19.05.15; опубл. 26.10.15. Бюл. № 20.

