

НОВИЙ ЕНДОСКОПІЧНИЙ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНИЙ ДОСТУП ДО ЛІВОГО НАДНИРНИКА

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

**Одеський національний медичний університет
Одеса, Україна**

Вступ: розроблений новий доступ дозволяє за більш короткий час виконати лівобічну адреналектомію з найменшою крововтратою. Метою роботи був вибір оптимального методу лапароскопічного видалення пухлин наднирникових залоз.

Матеріали і методи: Було проаналізовано різні доступи при виконанні 172 адреналектомій з 1995 року по 2011 рік. Порівняно два ендоскопічні доступи до лівого наднирника (тансочеревинний та позаочеревинний) з новим нами розробленим трансочеревинним доступом, який використано при виконанні останніх 8 лівобічних адреналектомій. Нова методика полягає у візуалізації лівого наднирника шляхом трансочеревинної часткової мобілізації шлунку по великій кривизні, тракції мобілізованої частини шлунку вниз та медіально, розсіченні заднього листка очеревини понад хвостом підшлункової залози з подальшим видаленням наднирника.

Результати і обговорення: 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.

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

Ключові слова: наднирник, операція.

Вступ

За період накопичення досвіду у виконанні ендоскопічних адреналектомій описано різні методики лапароскопічної адреналектомії [4,5]. Операцією вибору при захворюваннях лівого наднирника, асоційованих 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 кліпсування та пересічення центральної наднирникової вени, що попереджає виділення підвищеної кількості кортизолу та катехоламінів у кровообіг.

Метою роботи був вибір оптимального методу лапароскопічного видалення пухлин наднирникових залоз.

Матеріали та методи дослідження

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 пацієнтів (18,5%), синдром Кушинга у 36 пацієнтів (21,5%), феохромоцитома у 37 пацієнтів (22,5%), інсиденталоми у 60 випадках (36%), метастаз раку легенів у праву надниркову залозу 2 (1,5%). [2,3]

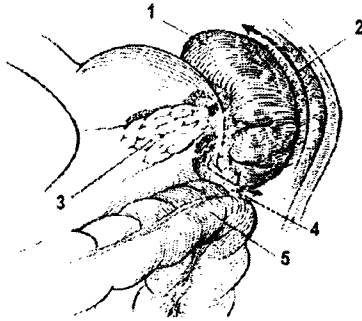
Правобічну лапароскопічну адреналектомію виконували трансочеревинним доступом в положенні хворого на спині [4].

На вигляд наднирники відрізняються від навколишньої жирової тканини своїм золотистим забарвленням і структурою коркового шару [1].

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

Згодом ми відмовилися від цього доступу, при виконанні лівобічної адреналектомії, вважаючи на великі технічні труднощі і травма-

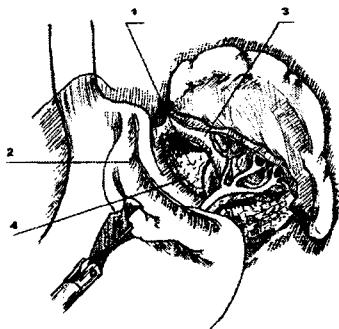
тичність, близькість крупних магістральних судин, селезінки, підшлункової залози і відповідно набагато більший ризик виникнення ускладнень.



Малюнок 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.

На протязі 2008-2009 років втручання на лівому наднирникові виконували із позаочеревного доступу. Хворого укладавали на правий бік, стіл розламували як при операції на лівій нирці. Цей доступ має низку недоліків, виникають труднощі візуалізації наднирника та центральної вени серед позаочеревинної клітковини. Також, при розмірі пухлини більш ніж 5 см, вищепроведений доступ не є оптимальним, тому що неможливо у повному обсязі виконати мобілізацію наднирника в малому позаочеревинному просторі.

Однак, в останній час, на протязі 10 місяців лівобічну адреналектомію виконували через новий нами розроблений доступ — 8 хворих (4,7 %), (мал. 2). Трансочеревинно виконували часткову мобілізацію шлунку по великій кривизні. При цьому пересічували та коагулювали короткі судини шлунку. Виконували тракцію мобілізованої частини шлунку вниз та медіально (2). Розсікали задній листок очеревини (3) та заходили в позаочеревинний простір понад хвостом підшлункової залози. Візуалізуючи лівий наднирник (1), виконували його мобілізацію. Коагулювали та пересікали дрібні артеріальні стовбури (4). При використанні цього доступу, вдавалося чітко виділити центральну наднирникову вену та своєчасно кліпувати її. Після цього наднирник виділяється, занурюється в поліхлорвініловий пакет та видаляється.



Малюнок 2. Новий метод трансочеревинної лівобічної адреналектомії. 1 — наднирник, 2 — дно шлунку, 3 — задній листок очеревини, 4 — судини наднирника.

Після відеоендоскопічної адреналектомії нами не використовувалися наркотичні анальгетики, крововтрата була мінімальною, дренажування було непотрібним. Вперше хворий підіймався з ліжка через 8-10 годин після операції.

Результати дослідження та їх обговорення

При виконанні представленого доступу відмічається найменша крововтрата під час операції. Даний доступ є найменш травматичний. У групі оперованих данним ендоскопічним методом в 1 випадку виконано конверсію, тому що пухлина лівого наднирника 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.

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 всіх пацієнтів в групі оперованих данним трансочеревинним методом з приводу новоутворень рецидивів не виявлено.

Проаналізувавши данні, зосередивши увагу на показаннях і доступах, а також порівняльному аналізу тривалості оперативного втручання, частоті конверсії, ускладнень і тривалості перебування в стаціонарі, було встановлено, що виконання лапароскопічної адреналектомії розробленим нами доступом є безпечним і ефективним, і її функціональні результати переважають понад результатами раніше визнаних ендоскопічних доступів та відкритих операцій. [4] Одже, ендоскопічну адреналектомію, незалежно від використовуваного доступу, слід розглядати як переважний спосіб лікування доброякісних пухлин наднирників.

Висновки

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

Використовуючи даний доступ лівобічної адреналектомії значно знижується крововтрата під час операції, середня тривалість перебування хворого в стаціонарі.

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

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 Jan;93(2):221-7.
2. Jaroszewski DE, Tessier DJ, Schlinkert RT, Grant CS, Thompson GB, van Heerden JA, Farley DR, Smith SL, Hinder RA. Laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma. *Mayo Clin Proc.* 2003 Dec;78(12):1501-4
3. G Bergamini , Borrelli A, Lassig R, Manca G, Presenti L, Borrelli D. Video-laparoscopic adrenalectomy in Conn syndrome. Analysis of 39 case observations. *Chir.* 2003 Jun-Jul;24(6-7):221-4.
4. Zeh HJ 3rd, Udelsman R. One hundred laparoscopic adrenalectomies: a single surgeon's experience. *Ann Surg Oncol.* 2003 Nov;10(9):1012-7.
5. Jacobsen NE, Campbell JB, Hobart MG. Laparoscopic versus open adrenalectomy for surgical adrenal disease. *Can J Urol.* 2003 Oct;10(5):1995-9