

пациентов с данной патологией, снизить количество послеоперационных осложнений, уменьшить длительность пребывания их в стационаре и сроки реабилитации в послеоперационном периоде, достичь хорошего косметического эффекта в зоне операции. Учитывая значительное преобладание женщин среди пациентов с патологией щитовидной железы, обеспечение косметического результата – одна из важных задач оперативного вмешательства

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Третьяк С. И., Синило С. Б., Ращинский С. М., Гузов С. С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время интерес к нейроэндокринным опухолям (НЭО) значительно возрос, и это связано с совершенствованием и разработкой новых методов диагностики и лечения.

Цель исследования: совершенствование алгоритма диагностики и лечения пациентов с нейроэндокринными опухолями желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Изучен архивный материал гистологических исследований 172 пациентов УЗ ГКПБ г. Минска с 2013 по 2017 гг. Проведен ретроспективный анализ 29 историй болезни пациентов с НЭО ЖКТ, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ ГК БСМП.

Результаты и их обсуждение. По данным УЗ ГКПБ произведено 2821940 гистологических исследований. Было выявлено 172 НЭО, из них – 147 НЭО ЖКТ. Частота встречаемости НЭО составила 0,006%, а НЭО ЖКТ – 0,0052%. НЭО наиболее часто встречались в желудке – 65 (37,8%), в толстой кишке – 29 (16,9%), в червеобразном отростке – 18 (10,5%), в бронхах – 14 (8,1%), в прямой кишке – 12 (7,0%), в тонкой кишке – 11 (6,4%), в 12-перстной кишке – 6 (3,5%), в легком – 6 (3,5%), в яичнике – 3 (1,7%), в печени – 2 (1,2%), в

пищевод, БДС, яичке, уретре, желчном пузыре и дивертикуле Меккеля по 1 (0,6%) случаю. Типичных (доброкачественных, I-Ki-67 меньше 7%) карциноидов – 151 (87,8%), атипичных (условно доброкачественных, I-Ki-67 7-10%) – 4 (2,3%), разной степени злокачественности (I-Ki-67 больше 10% или с наличием МТС) – 17 (9,9%). При этом необходимо отметить, что НЭО желудка чаще всего встречались на фоне хронических гастритов с полной очаговой кишечной метаплазией. С целью обсуждения полученных результатов важно подчеркнуть, что мы до сих пор продолжаем использовать понятие «карциноид», так как не всегда определяется в опухолях гормональная секреция иммуногистохимическим методом.

За последние 5 лет в ГК БСМП НЭО было обнаружено у 29 пациентов. После операций гистологически установлены карциноиды: червеобразного отростка у 6 (21%), дивертикула Меккеля у 1 (3%), тонкой кишки у 4 (14%), желудка у 8 (28%), печени у 1, желчного пузыря у 1 (3%), толстой кишки у 2 (7%) и прямой кишки у 2 (7%) пациентов.

В отделении хирургической гепатологии было пролечено 4 (14%) пациента с НЭО поджелудочной железы (ПЖ). Одна пациентка была с кистозным карциноидом хвоста ПЖ. Пациентка в течение двух лет страдала карциноидным синдромом. По поводу острого гастроэнтерита неинфекционной природы неоднократно лечилась в инфекционном отделении районной больницы. При обследовании было найдено кистозное образование в хвосте ПЖ 40*44 мм. Постоянно беспокоили поносы, повышался уровень глюкозы в крови. При поступлении в отделение хирургической гепатологии на МРТ-ангиографии: в области хвоста ПЖ определялось кистозное образование размером 56,6*40*45 мм с наличием капсулы и перегородок, накапливающих контрастное вещество, содержимое кисты было неоднородным. Пациентке выполнена дистальная резекция 40% ткани хвоста ПЖ с сохранением селезенки. В послеоперационном периоде возникло внутрибрюшное кровотечение из эрозивированной селезеночной вены. Релапаротомия, ушивание селезеночной вены. Через год при МРТ образований в ПЖ не обнаружено. Глюкоза крови в норме.

Три пациента, средний возраст 28 лет, были оперированы по поводу инсулиномы ПЖ. Все страдали гипогликемическим синдромом. У одной пациентки при КТ было обнаружено образование в головке поджелудочной железы 15*12 мм с интенсивным накоплением в артериальную фазу контрастного вещества. Выполнена локальная передняя неанатомическая резекция головки поджелудочной железы в объеме операции Фрея с панкреатоеюностомией на петле по РУ, холецистэктомия, холедохостомия по Холстеду. Осложнений не было.

Вторая пациентка в течение 2-х лет лечилась по поводу гипогликемического синдрома. Уровень глюкозы снижался до 1,6 ммоль/л. С-пептид повышался до 4133 (160-1200 пмоль/л). Показатель ИРИ повышался до 244,7 (2,1-22 мкМЕ/мл). Эндокринологами решался вопрос о химиотерапии. Через 2 года на КТ в крючковидном отростке ПЖ был обнаружен очаг до 10 мм, равномерно накапливающий контрастное вещество. Выполнена локальная передняя неанатомическая резекция поджелудочной железы в объеме операции Фрея с панкреатоеюностомией на петле по РУ, холецистэктомия, холедохостомия по Холстеду. Осложнений не было. Гистологически - инсулинома, ИГХИ: СК ++; СК₇+; S_{yn}+++; CheA +, I-Ki-67 5% без признаков инвазии в сосуды.

Третий пациент в течение 4 лет страдал гипогликемией с судорожным синдромом. Безуспешно лечился по поводу эпилепсии. При неоднократном КТ образований в ПЖ не обнаруживалось. Лишь только последнее КТ позволило установить в теле ПЖ образование 12*16 мм, интенсивно накапливающее контраст. Выполнена дистальная резекция в объеме 40% с сохранением селезенки. На 15-е сутки развилось кровотечение из язвы 12-перстной кишки. Эндоскопический гемостаз. Гистологическое заключение - высокодифференцированная эндокринная опухоль с очаговым прорастанием капсулы и инвазией в прилежащую ткань поджелудочной железы. В краях резекции опухолевого роста нет. ИГХИ: ChrF +++, Syn +++, СК-, СЕА-, I-Ki-67 10%.

Умерших пациентов не было. Ранние отдаленные результаты были прослежены только у пациентов с инсулиномами.

Выводы. НЭО – редко и трудно диагностируемая патология. Лечение только хирургическое и в специализированных отделениях с последующим наблюдением у онколога. При злокачественных НЭО показано специфическое лечение у онколога.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАРАТИРЕОИДНОГО АЛЛОГРАФТА

Хрыщанович В. Я.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Одним из решений проблемы, связанной с необратимой утратой в организме источника аутологичной паратиреоидной ткани, является паратиреоидная аллотрансплантация (ПА), которая представляет физиологически обоснованную альтернативу заместительной терапии, позволяя избежать ее возможных осложнений и побочных эффектов. С целью увеличения сроков функционирования аллотрансплантата предпринимались попытки краткосрочной иммуносупрессии циклоспорином А, предтрансплантационного культивирования в атмосфере 5% CO₂ и рентгеновского облучения трансплантата. Как показали другие авторы, пролонгация секреторной активности аллогенных паратириоцитов была обусловлена не только применением иммуносупрессивной терапии, но также выраженным дефицитом паратгормона до трансплантации, гиперфункцией донорской паратиреоидной ткани, более длительным анамнезом гипопаратиреоза и т.д.

Цель: установление прогностических факторов выживаемости паратиреоидного клеточного аллотрансплантата.

Материалы и методы. Для получения аллогенных парациотовидных желез из числа пациентов, которым выполнялась тотальная паратиреоидэктомия по поводу