

Пациенты 3 группы исследования ни в одном из наблюдаемых случаев не были переведены в отделение ОАРИТ в послеоперационном периоде.

Выявленное отсутствие статистически значимых различий в общей выборке пациентов между критерием ASA и фактом пребывания в ОАРИТ ($\chi^2=1,889$; $p=0,39$), временем оперативного вмешательства (Kruskal- Wallistest: $H=0,741$; $p=0,69$), днями пребывания в стационаре (Kruskal- Wallistest: $H=1,183$; $p=0,55$) и днями пребывания в ОАРИТ (Kruskal- Wallistest: $H=1,04$; $p=0,6$) позволяет сделать вывод, что именно характер правильно назначенного хирургического лечения влияет на данные интра-, и послеоперационных характеристик лечения пациентов с ПГПТ.

Заключение. Отсутствие статистически значимых различий в распределении пациентов с различными категориями ASA между группами ($\chi^2=11,579$; $p=0,072$) в дооперационном периоде позволяет сделать вывод, что именно правильно выбранная оперативная и анестезиологическая тактика влияют на показатели адекватности операции, количество дней, проведенных в ОАРИТ и стационаре.

ИНСУЛИНОМА. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Кабешев Б. О., Величко А. В., Дугин Д. Л., Бредихин Е. М.

ГУ РНПЦ радиационной медицины и экологии человека,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Инсулинома – доброкачественное (реже злокачественное) новообразование (чаще из бета-клеток островков поджелудочной железы), бесконтрольно секретирующее в кровяное русло инсулин, что приводит к развитию гипогликемического симптомокомплекса и чаще проявляется тощаковым гипогликемическим синдромом. Составляет 70-75% всех нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы. До 30% пациентов при синдроме Вермера имеют инсулин-продуцирующие опухоли.

Встречаемость 1-4 случая на 1 млн населения. Инсулинома характеризуется низкой заболеваемостью, сложностью визуализации и специфичностью лабораторной диагностики. При этом основным методом лечения – оперативное вмешательство, выполняемое посредством лапаротомного доступа. Благодаря развитию медицинского оборудования и технологий, определенный интерес сегодня представляет возможность малоинвазивных хирургических вмешательств для оперативного лечения инсулином.

Цель: использовать и оценить современные малоинвазивные хирургические технологии в оперативном лечении инсулином.

Материалы и методы. С 2010 г. на базе хирургического отделения (трансплантации, реконструктивной и эндокринной хирургии) ГУ РНПЦ радиационной медицины и экологии человека лечились 8 пациентов с инсулиномами, локализованными в поджелудочной железе. Диагностика инсулином включала оценку клинической картины: нейрогликопеническая симптоматика, повышенная масса тела, клинические составляющие синдрома МЭН-1. Примерно 70% пациентов имели повышенную массу тела. В двух случаях у пациентов (обе женщины) диагностирован синдром МЭН-1. Основные специфические изменения, выявляемые посредством лабораторной диагностики: гликемия натощак, увеличение количества иммунореактивного инсулина, С-пептида. Визуализацию инсулином поджелудочной железы проводили посредством проведения чрескожного ультразвукового исследования и мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным усилением. Диагностически значимые изменения были выявлены во всех случаях. Известно, что основным способом лечения пациентов с инсулиномами является оперативное вмешательство. В основном вид хирургического вмешательства определяется размерами и локализацией опухолей. Энуклеация опухоли – операция выбора при инсулиноме. Дистальная резекция поджелудочной железы, субтотальная дистальная резекция поджелудочной железы, панкреатодуоденальная резекция выполняются при возможности

значительной травматизации паренхимы железы, повреждения холедоха и вирсунгова протока при энуклеации, опухолях большого размера, злокачественных инсулиномах, незидиобластозе. Лапаротомный доступ нами был использован в 6 случаях, при этом дважды выполнялась панкреатодуоденальная резекция, один раз дистальная резекция поджелудочной железы и трижды энуклеация опухоли. Двум пациентам выполнена лапароскопическая энуклеация опухоли. Периоперационно всем пациентам проводилась специфическая профилактическая терапия послеоперационного панкреатита. При гистологическом исследовании операционного материала во всех случаях выявлены специфические патоморфологические признаки инсулиномы.

Результаты и обсуждение. Применяемый в ГУ РНПЦ радиационной медицины и экологии человека комплекс лабораторно-инструментальных методов диагностики позволил убедительно верифицировать инсулиному поджелудочной железы в каждом клиническом случае. Оперативное лечение во всех случаях привело к изменению углеводного обмена: в одном случае нарушение гликемии натощак, в остальных случаях нормогликемия. У пациентов, у которых был использован лапаротомный доступ, развились следующие послеоперационные осложнения: в одном случае острый панкреатит с развитием панкреатического свища и реконвалесценцией в течение 6 месяцев консервативного лечения и один случай формирования абсцесса брюшной полости (пункция и дренирование под УЗ-контролем и реконвалесценция в течение 1 месяца). Использование лапароскопического доступа ожидаемо привело к более мягкому течению послеоперационного периода, сокращению количества койко-дней, проведенных в стационаре. Послеоперационных осложнений у пациентов, прооперированных с использованием малоинвазивных хирургических методик, не отмечено.

Выводы. Инсулиномы требуют специфического лечебно-диагностического подхода, который может быть реализован в профильных лечебных учреждениях. Использование малоинвазивных методик в хирургическом лечении инсулином

возможно в ряде случаев и характеризуется такими известными положительными моментами, как уменьшение операционной травмы, менее выраженный по интенсивности и длительности болевой синдром в послеоперационном периоде, ранняя активизация пациентов, снижение количества дней, проведенных в стационаре, раннее восстановление трудоспособности.

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИКИ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

Похожай В. В., Величко А. В., Дундаров З. А., Зыблев С. Л.

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время ПГПТ – третье по распространенности после сахарного диабета и патологии щитовидной железы эндокринное заболевание и одна из наиболее частых причин остеопороза и переломов среди вторичных остеопатий. Единственно приемлемым и патогенетически обоснованным методом коррекции ПГПТ в настоящее время выбран хирургический метод. В современной эндокринной хирургии, до сих пор нет единого мнения относительно единых подходов к оперативному лечению патологии ПЩЖ. Наиболее широко используется классический поперечный доступ к щитовидной железе по Кохеру. Однако всё большее значение принимает использование мини-доступа в комбинации с разными видами анестезиологического пособия. Исследования ВОЗ свидетельствуют, что от 20 до 40% средств здравоохранения теряются вследствие их неэффективного использования: чрезмерное назначение исследований и процедур, а также необоснованная госпитализация и продолжительность пребывания в стационаре.