

частоту госпитализации и количество дней, проведенных в ОАРИТ (Mann–WhitneyU-test, $U=2315,0$; $Z= -3,430$; $p=0,001$), а также в целом уменьшить количество дней госпитализации (Mann–WhitneyU-test, $U=2138,0$; $Z= -3,948$; $p<0,001$). Также применение мини-доступа позволяет снизить послеоперационный болевой синдром и, как следствие, уменьшить объём анальгезирующей терапии (Kruskal-Wallis test: $H=13,355$; $p=0,0013$).

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Радиевский И. Л., Гетманчук С. М., Лысюк Н. Н.

Брестская областная больница, г. Брест, Республика Беларусь

Введение. Эндоскопическая хирургия в короткие сроки нашла широкое применение во многих областях медицины: эндокринология – не исключение. Основными преимуществами эндоскопического доступа к щитовидной железе является возможность проведения диагностической эндовидеоскопии, малая травматичность хирургического вмешательства, сокращение продолжительности стационарного лечения, сроков нетрудоспособности, а также косметический эффект. Показания для эндоскопических вмешательств на щитовидной железе считают солитарный узел (узлы) без признаков малигнизации с размером до 60 мм, объем щитовидной железы в пределах нормы или 1 степени увеличения, без предшествующих оперативных вмешательств или облучения области щитовидной железы. Основным ограничивающим фактором для применения эндовидеоскопических методик является трудность создания адекватной операционной полости, которая обеспечивала бы достаточную свободу хирургических вмешательств.

Цель: определить целесообразность применения эндоскопических технологий в сравнении с классическими методиками.

Материал и методы. На базе 1-го хирургического отделения оперируются в год около 300 пациентов с разными заболеваниями щитовидной железы.

С декабря 2010 г. внедрена и широко применяется эндоскопическая резекция доли щитовидной железы.

Сущность методики в сравнении с обычной классической в том, что вместо длинного воротникообразного разреза на шее с рассечением мышц производится разрез длиной 3-4 см (на 10 см ниже ключицы). Через данный разрез производится препаровка кожи от фасций шеи для создания объемного пространства. Вскрываются фасции шеи, капсула щитовидной железы. Доля железы выделяется с помощью ультразвукового скальпеля (диаметр инструмента – 5 мм).

Результаты и обсуждение. По данной методике в год оперируются около 50 пациентов. Пациентам выполнялась эндоскопическая гемитиреоидэктомия: 58% – левосторонняя, 38% – правосторонняя, 4% пациентов выполнена тотальная тиреоидэктомия. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 30-40 минут. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у данной группы пациентов – 1 день. Конверсий не было. После оперативного вмешательства в связи с незначительным болевым синдромом наркотические анальгетики не назначались. Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. В отдаленном периоде пациенты жалоб не предъявляли, дисфагии не наблюдалось.

Преимущества подобной малоинвазивной технологии налицо: реабилитационный период пациента в стационаре вдвое короче, чем при открытом вмешательстве, меньше болевой синдром и, что немаловажно, нет косметического дефекта.

Преимущество для хирургов заключается в использовании оптики, которая дает многократное увеличение операционного поля: лучше дифференцируются возвратный нерв и парашитовидные железы, что уменьшает риск их повреждения, и естественно, послеоперационных осложнений.

Выводы. Внедрение эндоскопических вмешательств позволяет получить хорошие клинические результаты у

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