

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

вторичного гиперпаратиреоза, были отобраны 17 неродственных по отношению к реципиентам доноров в возрасте от 27 до 59 лет. Показания к паратиреоидэктомии соответствовали критериям, обозначенным в рекомендациях Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO, 2009). Для последующей трансплантации были использованы 1-3 паращитовидные железы каждого из семнадцати доноров с диффузной гиперплазией, которые подвергали предтрансплантационной обработке с целью получения первичной культуры паратироцитов. Всего было выполнено девятнадцать ПА, показанием к которым был гипопаратиреоз (ГПТ) после операций на щитовидной и паращитовидной железах по поводу рака ($n=13$), болезни Грейвса ($n=3$), аутоиммунного тиреоидита Хашимото ($n=1$) и вторичного гиперпаратиреоза ($n=1$). В зависимости от метода оперативного вмешательства пациенты были разделены на две группы. В первой группе ($n=7$) производили имплантацию макроинкапсулированного в синтетическую микропористую мембрану трансплантата ($\sim 6-9 \times 10^6$ клеток) в глубокую бедренную артерию, во второй группе осуществляли рентгенэндоваскулярную «доставку» суспензии паратироцитов ($\sim 6-40 \times 10^6$ клеток) в селезеночную артерию. Распределение пар реципиент/донор по АВ0-фенотипу крови в обеих группах было следующим: 0 (I)/A (II) – 1, A (II)/A (II) – 2, A (II)/0(I) – 3, A (II)/AB(IV) – 2, B (III)/0(I) – 4, B (III)/B (III) – 1, A (II)/B(III) – 1, 0(I)/0(I) – 5. Совпадение по АВ0-фенотипу донора в 1 группе реципиентов было в 1 случае, во 2 группе – в 7 случаях. НЛА-типирования не проводили. Критериями функционирования аллотрансплантата считали повышение концентрации сывороточного кальция ≥ 2 ммоль/л, снижение потребности в кальций-содержащих лекарственных средствах, повышение уровня сывороточного паратгормона (ПТГ) в сравнении с предтрансплантационными показателями, купирование или улучшение основных симптомов заболевания.

Результаты и обсуждение. Наибольшая продолжительность функционирования паратиреоидного аллотрансплантата была отмечена у реципиентов, получивших паращитовидную железу от доноров с очень высокой

концентрацией ПТГ (≥ 500 пг/мл). Возраст реципиентов не оказывал статистически достоверного влияния на сроки функционирования трансплантата, в то же время была установлена слабая линейная зависимость по формуле: $T = 0,1 \times B + 2,3$, где T – длительность функционирования трансплантата (в месяцах), B – возраст реципиента (лет). То есть при увеличении возраста реципиента на 1 год длительность функционирования трансплантата по указанной формуле возрастает на 0,1 месяца (положительный тренд). Влияние возрастного фактора на T составляет только 20%, следовательно остальные 80% приходятся на другие факторы. Погрешность прогнозирования составляет 53%. У пациентов с более длительным анамнезом ГПТ (≥ 5 лет) результаты ПА были достоверно лучше – максимальная функциональная активность аллогraftа (12-14 месяцев) наблюдалась у пациентов с более чем 10-летним анамнезом ГПТ. В этом случае была получена средняя линейная зависимость с коэффициентов корреляции 0,73 и положительным трендом, которую можно рассчитать по формуле: $T = 0,6 \times t + 3,4$, где t – длительность ГПТ (лет). То есть, при увеличении длительности заболевания реципиента на 1 год длительность функционирования трансплантата возрастает на 0,6 месяца. Влияние анамнеза ГПТ на T более сильное и составляет 45% с погрешностью прогнозирования 35%. Как показал корреляционный анализ, более низкое содержание сывороточного ПТГ у реципиентов до пересадки способствовало увеличению продолжительности выживания аллотрансплантата. В условиях выраженного и стойкого гормонодефицита (при «стартовой» концентрации ПТГ < 15 пг/мл) сроки функциональной активности аллогraftа достигали 6-14 месяцев. Совпадение фенотипа группы крови не оказывало достоверного влияния на продолжительность функционирования паратиреоидного аллотрансплантата.

Выводы. Использование для культивирования паратироцитов и последующей аллотрансплантации гиперплазированной паратиреоидной ткани, полученной от доноров с высокими показателями сывороточного ПТГ (≥ 500 пг/мл), способствует наибольшей (> 6 месяцев)

продолжительности функционирования паратиреоидного аллотрансплантата. Длительный (от 6 до 14 месяцев) положительный результат ПА наблюдается у пациентов с анамнезом ГПТ ≥ 5 лет и дооперационной концентрацией сывороточного ПТГ < 15 пг/мл после пересадки не менее 8 млн паратироцитов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Якубовский С. В.¹, Кондратенко Г. Г.¹, Черноморец В. В.².

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

²УЗ «10-я ГКБ», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Одна из актуальных тенденций современной хирургии – внедрение малоинвазивных технологий. Бурный прогресс в развитии эндоскопических технологий в последние годы сделал технически возможными операции на щитовидной железе (ЩЖ) через небольшой разрез на шее или из более отдаленных доступов – на передней грудной стенке, из подмышечной впадины [LinosD., 2011].

Основным преимуществом операций, выполняемых из дистанционных доступов, является полное отсутствие рубцов на шее, что обеспечивает значительный косметический эффект, а также снижение выраженности болевого синдрома и сроков временной нетрудоспособности.

Цель: описание нашего опыта применения малоинвазивных операций на ЩЖ методом видео-ассистированной хирургии шеи – VANS (Video Assisted Neck Surgery) на базе УЗ «10-я ГКБ», сравнение полученных результатов с литературными данными.

Материал и методы. Показаниями к операции стали наличие узлового зоба с диаметром образования не более 4 см (подозрение на аденому ЩЖ, токсический узел и в отдельных случаях коллоидный узел) и объемом доли менее 40 мл. Пациенты с признаками тиреоидита, наличием в анамнезе операций на шее в исследование не включались.