

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

Відбір пацієнтів з тиреоїдною патологією для оперативного лікування виконували на основі рекомендацій та настанов Європейської тиреоїдної асоціації і Українського науково-практичного центру ендокринології та ендокринної хірургії МОЗ України. Покази до хірургічного лікування встановлювались комісійно за участю хірурга-ендокринолога з кафедри хірургії ФПО, лікаря-ендокринолога клініки, онколога. Із 1240 пацієнтів прооперовано 419 (34%), серед яких 270 (64,4%) з приводу вузлового зобу, 72 (17,2%) – тиреотоксикозу, 48 (11,5%) – раку ЩЗ, 24 (6,9%) – гіперпаратиреозу.

Висновки.

1. Відбір пацієнтів з тиреоїдною патологією для хірургічного лікування потребує комплексного цілеспрямованого обстеження з урахуванням розроблених стандартів і рекомендацій та кваліфікаційної підготовки лікарів діагностичного профілю.

2. Вирішення лікувальної тактики повинно прийматися комісійно у спеціалізованих клінічних лікувальних закладах, які мають необхідну матеріальну і кадрову забезпеченість.

3. Необхідне покращення обізнаності лікарів суміжних спеціальностей в питаннях діагностики і лікувальної тактики у пацієнтів з тиреоїдною патологією в межах неперервного післядипломного навчання.

Технические аспекты селективного забора крови из устьев надпочечниковых вен

**А. А. Никоненко, А. А. Подлужный, И. В. Зубрик, И. В. Русанов,
А. Л. Макаренков**

**Запорожский государственный медицинский университет,
Запорожская медицинская академия последипломного образования**

Селективный забор крови из устьев надпочечниковых вен (СЗКНВ) – ключевое исследование для диагностики латерализации гиперсекреции альдостерона при первичном гиперальдостеронизме (ПГА). Несмотря на многолетнюю практику применения данного метода процедура до сих пор не стандартизована по протоколу ее выполнения и трактовке результатов.

Цель исследования: усовершенствовать методику СЗКНВ.

Материалы и методы: произведен анализ СЗКНВ у 49 пациентов с гормонально-активными аденомами и диффузно-узловыми гиперплазиями надпочечников, которые находились на лечении с 2011 по 2018 г.г. Женщин 33 – (67,3%), мужчин – 16 (32,7%). Средний возраст – $48,7 \pm 8,4$ лет. Всем пациентам для верификации топического диагноза и локализации центральных вен надпочечников выполнялась компьютерная томография (КТ) на аппарате Toshiba Asteion. Показаниями для СЗКНВ служили все случаи ПГА при отрицательном ночном дексаметазоновом тесте, а также наличие двухсторонних аденом и гиперплазий надпочечников с синдромом субклинической гиперкортизолемии. СЗКНВ проводили только в утренние часы (с 8 до 9 ч утра) с набором 3-х порций крови 5,0 мл из бедренной вены и центральных вен правого (ЦВПН) и левого надпочечника (ЦВЛН) с определением в них уровня кортизола и альдостерона. При невозможности катетеризации ЦВЛН порции крови набирали из левой почечной вены у 7 пациентов (14,2%).

Результаты и обсуждение: катетеризацию центральных вен в 100% случаев дополняли флебографией с целью выявления дополнительных венозных коллатералей. При их на-

личий особый значение имеет сравнение уровня кортизола в порции центральной вены с порцией в бедренной вене, так как повышение пропорции в сторону бедренной вены указывает на мультивенозный дренаж со стороны надпочечника, а полученные данные являются некорректными для расчетов. О латерализации гиперсекреции альдостерона при ПГА судили при альдостерон–кортизоловом соотношении с обеих сторон как 3:1, а в случаях субклинической гиперкортизолемии использовали абсолютные числа уровня кортизола в той же пропорции.

Считаем выполнение забора крови в указанные утренние часы особо необходимым, так как это совпадает с пиковым выбросом АКТГ, а потому не требует дополнительной стимуляции надпочечников его синтетическими аналогами. Поскольку удачная катетеризация ЦВПН – ключ к СЗКНВ, то венозный дренаж крови из надпочечников оценивали по данным КТ перед его выполнением для более точной постановки ангиокатетера. Для этого обязательно определяли скелетотопию ЦВПН по отношению к телам позвонков. При постановке катетера его располагали на несколько сантиметров краниальнее, так как при выполнении исследования пациенты задерживают дыхание на вдохе. Таким образом, катетеризацию ЦВПН производили преимущественно в боковой проекции и изредка дополняли правой скошенной (РАО45°). Катетеризацию же ЦВЛН производили в переднезадней проекции.

Справа венозная кровь дренировалась в 89,8% случаев через центральную вену в нижнюю полую вену по ее задней полуокружности, а в 10,2% случаев наблюдали дополнительные венозные ветки к правой почечной вене, нижней диафрагмальной вене и системе печеночных вен. ЦВЛН в 100% случаев впадала в левую почечную вену по ее верхнему краю, принимая ветвь от нижней диафрагмальной ветви перед впадением в 85,7% случаев.

Выводы:

1. СЗКНВ следует дополнять флебографией надпочечников для выявления дополнительного венозного сброса, что проявляется снижением уровня кортизола в центральной вене.

2. КТ надпочечников с оценкой особенностей анатомии впадения центральных вен до выполнения СЗКНВ позволяет производить их суперселективную катетеризацию.

Сцинтиграфия з ^{99m}Tc -mibi в плануванні паратиреоїдектомії у пацієнтів з гіперпаратиреозами

І. В. Новерко, В. Ю. Кундін, М. В. Сатир

Інститут серця МОЗ України, Київ

Вступ. Гіперпаратиреоз (ГПТ) – ендокринне захворювання, обумовлене підвищенням продукції паратиреоїдного гормону (ПТГ). За даними різних авторів, поширеність ГПТ складає 1:1000. Патогенетично розрізняють первинний ГПТ (ПГПТ), що виникає внаслідок розвитку аденоми, гіперплазії або карциноми однієї чи кількох парашитовидних залоз (ПЩЗ); вторинний ГПТ (ВГПТ) – вторинна гіперфункція та гіперплазія ПЩЗ внаслідок їх гіперстимуляції при тривалій гіпокальціємії (дефіцит вітаміну Д, хронічна ниркова недостатність); а також третинний ГПТ (ТГПТ), що характеризується формуванням автономної аденоми ПЩЗ на тлі тривалого ВГПТ.

Сцинтиграфия з ^{99m}Tc -MIBI є найбільш специфічним методом візуалізації ПЩЗ при ГПТ. Додатково в складних клінічних випадках застосовують ОФЕКТ/КТ. Показан-