ДИАГНОСТИКА И МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНОМЫ

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

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

Инсулинома составляет 70–75% всех нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы, характеризуется низкой заболеваемостью, сложностью визуализации и специфичностью лабораторной диагностики. Основным методом лечения является оперативное вмешательство. Сегодня интерес представляет возможность малоинвазивных хирургических вмешательств для лечения инсулиномы.

ЦЕЛЬ: использовать и оценить современные малоинвазивные хирургические технологии в оперативном лечении инсулиномы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: в 2010 г. на нами пролечено 9 пациентов с инсулиномами локализованными в поджелудочной железе. Диагностика инсулиномы включала оценку клинической картины: нейрогликопеническая симптоматика, повышенная масса тела, клинические составляющие синдрома множественной эндокринной неоплазии первого типа (МЭН-1). В двух случаях у пациентов диагностирован синдром МЭН-1. Основные исследования в лабораторной диагностике: гликемия натощак, увеличение количества иммунореактивного инсулина, С-пептида. Визуализацию инсулиномы проводили посредством проведения ультразвукового исследования и компьютерной томографии с внутривенным усилением. Диагностически значимые изменения были выявлены во всех случаях. Основным способом лечения пациентов с инсулиномами является оперативное вмешательство. Вид 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 7 случаях: дважды выполнялась панкреатодуоденальная резекция, один раз дистальная резекция поджелудочной железы и четыре раза энуклеация опухоли. Двум пациентам была выполнена лапароскопическая энуклеация опухоли. Всем пациентам проводилась профилактическая терапия послеоперационного панкреатита. При гистологическом исследовании во всех случаях выявлены специфические патоморфологические признаки.

РЕЗУЛЬТАТЫ: применяемый комплекс лабораторно-инструментальных методов диагностики позволил верифицировать инсулиному в каждом клиническом случае. Оперативное лечение привело к изменению углеводного обмена: в одном случае нарушение гликемии натощак в остальных случаях нормогликемия. Использование лапароскопического доступа привело к более мягкому течению послеоперационного периода, сокращению количества койко-дней проведенных в стационаре. Послеоперационных осложнений у пациентов прооперированных с использованием малоинвазивных хирургических методик отмечено не было.

ВЫВОДЫ: инсулиномы требуют специфического лечебно-диагностического подхода, который может быть реализован в профильных лечебных учреждениях. Использование малоинвазивных методик в хирургическом лечении инсулиномы 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 и раннее восстановление трудоспособности.