

удлиняется на 0,7. Определен максимальный уровень гликемии в течение дня до 12 ммоль/л, при котором сроки заживления составляют до 10 дней.

Выводы: 1) Статистически достоверными параметрами, влияющими на периоперационное течение, являются максимальная гликемия и экскурсия сахара крови в течение дня. 2) Оптимальный уровень постпрандиальной гликемии при хирургическом лечении гнойно-воспалительных заболеваний определен до 12 ммоль/л. 3) При увеличении максимального уровня сахара крови и колебаний в течение дня на 1 ммоль/л количество дней пребывания в стационаре удлиняется.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

ЯШКОВ Ю.И., БОРДАН Н.С., СМИРНОВА Г.Е., МАЛЫХИНА А.И.,
БЕКУЗАРОВ Д.К.

АО «Центр Эндохирургии и литотрипсии», Москва
Yu@yashkov.ru

Введение. За последние 20–25 лет были показаны уникальные возможности бариатрических операций в лечении больных, страдающих сахарным диабетом (СД) 2 типа. В РФ первая операция, целью которой была коррекция СД2 типа и гиперхолестеринемии, была выполнена в 1999 г. (Ю.И. Яшков). В настоящее время операции метаболической направленности выполняются не только у лиц, страдающих тяжелыми формами ожирения, но также у лиц, страдающих СД2 типа даже в тех случаях, когда показатели индекса массы тела превышают 30 кг/м². Представлен собственный и международный опыт метаболических операций у лиц с ожирением различной степени выраженности, страдавших СД2 типа.

Материал и методы. Авторами были проанализированы результаты лечения 236 больных СД2 типа, которым выполнялись следующие виды операций: продольная резекция желудка (ПРЖ) — (n=35), билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) в модификации Hess —Marceau (n=137), БПШ в модификации SADI-s (n=64).

Результаты. После БПШ Hess-Marceau компенсации СД2 типа удалось добиться у 98,6% оперированных, причем устойчивая ремиссия у них сохранялась на протяжении свыше 5 лет после операции. После БПШ- SADI-s ремиссия СД2 типа достигнута у 96,9% больных в сроки наблюдения до 4 лет, после ПРЖ ремиссия СД отмечена у 70% оперированных. У 3 пациенток с нормальным исходным ИМТ после БПШ отмечена компенсация СД2 типа у 2 пациентов, и у одной — субкомпенсация в сроки наблюдения до 9 месяцев.

Не выявлено зависимости частоты компенсации СД2 типа от исходного уровня гликемии, гликированного гемоглобина, объема проводимой дооперационной сахароснижающей терапии. К негативным предикторам компенсации сахарного диабета после БПШ относятся снижение концентрации С-пептида в исходе ниже 1 р/мол/л, а также наличие в исходе аутоиммунных антител.

Заключение: БПШ в модификациях Hess-Marceau, а также SADI-s обладают наиболее отчетливым патогенетически обоснованным метаболическим эффектом при СД 2 типа, причем доказана эффективность в плане достижения компенсации СД 2 типа и у лиц с ИМТ менее 35 кг/м². Условием благоприятного прогноза компенсации СД 2 типа является наличие сохраненного пула бета-клеток поджелудочной железы, определяемого по базальному и стимулированному уровням С-пептида. Метаболическую хирургию следует рассматривать как высокоэффективный метод лечения больных, страдающих СД 2 типа при ИМТ свыше 30 кг/м², а операции метаболической направленности необходимо включить в стандарты оказания медицинской помощи больным СД 2 типа и в Алгоритмы специализированной медицинской помощи при СД 2 типа.

ПРИНЦИПЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

ВЕРТЯНКИН С.В., МЕЩЕРЯКОВ В.Л., ТУРЛЫКОВА И.А.

Саратовский ГМУ, Саратов
vl.mesher@yandex.ru

За последние годы установлено, что более половины населения нашей планеты страдает заболеваниями щитовидной железы. Следует отметить, что количество больных с эндокринной патологией, требующих хирургического лечения, неуклонно растет. Расширение диапазона и объема оперативных вмешательств за последние десятилетия способствовало значительному увеличению не только частоты послеоперационных осложнений, но и росту числа некорректных операций, которые не всегда приводят к летальному исходу, но зачастую становятся причиной более тяжелого течения послеоперационного периода.

Цель исследования: повысить безопасность эндоскопических хирургических вмешательств на щитовидной железе.

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии и онкологии в период с мая 2013 по январь 2017 гг. с помощью эндовидеохирургической техники 225 больным с доброкачественными и злокачественными образованиями щитовидной железы все операции осуществлялись аксиллярным доступом. Операции выполнены 216 женщинам и 9 мужчинам, средний возраст — 35 лет. Послеоперационный диагноз: многоузловой зоб — у 71 пациента, узловой зоб — у 78, токсическая аденома — у 34, рак щитовидной железы у 33, диффузный токсический зоб в 9 случаях.

Обсуждение результатов. Пациентам были выполнены гемитиреоидэктомии — в 132 случаях, тиреоидэктомии — в 57, субтотальные резекции — в 47. Объем щитовидной железы был от 17 до 88 мл.

Результаты исследования. Подмышечный латеральный грудной доступ. Начальный этап — выделение верхних и нижних щитовидных артерий, которые пересекались. Далее после визуализации и выделения возвратного нерва производилась экстрафасциальная гемитиреоидэктомия