

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ГИПЕРПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ASA

Величко А. В., Дундаров З. А., Похожай В. В., Зыблев С. Л.

ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной
медицины и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) – заболевание, развивающееся в результате первичного поражения паращитовидных желез (ПЩЖ) (аденома, гиперплазия, рак), и обусловленное гиперпродукцией паратиреоидного гормона, проявляющееся нарушением обмена кальция и фосфора, поражением костной системы и/или внутренних органов. Единственно приемлемым и патогенетически обоснованным методом коррекции ПГПТ в настоящее время является хирургический метод. В современной эндокринной хирургии до сих пор нет единого мнения относительно единых подходов к оперативному лечению патологии ПЩЖ. На данный момент применяются разные виды оперативных вмешательств. Наиболее широко используется классический поперечный доступ к щитовидной железе по Кохеру. Однако всё большее значение принимает использование мини-доступа в комбинации с разными видами анестезиологического пособия.

Цель: исследование результатов дифференцированного хирургического лечения пациентов с первичным гиперпаратиреозом в зависимости от их физического состояния по шкале ASA.

Материал и методы. Участниками исследования определены 200 пациентов с первичным гиперпаратиреозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНЦ РМ и ЭЧ») в период с 2013 по 2015 гг. Всем пациентам была произведена паратиреоидэктомия по поводу ПГПТ. В зависимости от

методики оперативного доступа и анестезиологического пособия все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – пациенты, прооперированные из стандартного доступа по Кохеру, с использованием эндотрахеальной анестезии (n=45); 2 группа – пациенты, прооперированные из мини-доступа с применением эндотрахеальной анестезии (n=113); 3 группа – пациенты, прооперированные из мини-доступа с использованием местной инфильтративной анестезии по Вишневскому (n=42).

На основании полученных данных по группам физического состояния ASA с целью более наглядного и удобного распределения пациентов нами были сформированы условные группы риска по данному критерию. В группу низкого риска были включены пациенты 1 класса ASA, в группу среднего риска – пациенты 2 класса ASA, а в группу высокого риска – пациенты 3 и 4 классов ASA. Различий в дооперационном периоде между группами пациентов по рискам ASA в исследуемых группах не выявлено ($\chi^2 = 1,89$; $p = 0,388$).

Полученные данные обработаны с помощью программы «Statistica 6,1» и «MedCalc Software».

Результаты и обсуждение. Выявленное отсутствие статистически значимых различий между группами риска ASA в зависимости от пребывания в ОАРИТ среди пациентов 1 группы исследования ($\chi^2 = 2,248$; $p=0,325$), указывает на тот факт, что в послеоперационном периоде они были переведены в данное отделение для интенсивного наблюдения, предупреждения и раннего выявления возможных осложнений, которые могли бы быть связаны как с оперативным вмешательством, так и с сопутствующей патологией.

Среди пациентов 2 группы выявлены статистически значимые различия между днями пребывания в ОАРИТ после ПТЭ в зависимости от группы физического состояния ASA ($\chi^2=12,95$; $p=0,0015$). Так, различия выявлены между пациентами со средним и высоким рисками ($\chi^2=8,091$; $p=0,00445$), а также между пациентами с низким и высоким рисками ($\chi^2=13,488$; $p=0,00024$). Статистически значимых различий между пациентами с низким и средним уровнями риска ASA не выявлено ($\chi^2=2,630$; $p=0,105$).

Пациенты 3 группы исследования ни в одном из наблюдаемых случаев не были переведены в отделение ОАРИТ в послеоперационном периоде.

Выявленное отсутствие статистически значимых различий в общей выборке пациентов между критерием ASA и фактом пребывания в ОАРИТ ($\chi^2=1,889$; $p=0,39$), временем оперативного вмешательства (Kruskal- Wallistest: $H=0,741$; $p=0,69$), днями пребывания в стационаре (Kruskal- Wallistest: $H=1,183$; $p=0,55$) и днями пребывания в ОАРИТ (Kruskal- Wallistest: $H=1,04$; $p=0,6$) позволяет сделать вывод, что именно характер правильно назначенного хирургического лечения влияет на данные интра-, и послеоперационных характеристик лечения пациентов с ПГПТ.

Заключение. Отсутствие статистически значимых различий в распределении пациентов с различными категориями ASA между группами ($\chi^2=11,579$; $p=0,072$) в дооперационном периоде позволяет сделать вывод, что именно правильно выбранная оперативная и анестезиологическая тактика влияют на показатели адекватности операции, количество дней, проведенных в ОАРИТ и стационаре.

ИНСУЛИНОМА. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

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

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

Введение. Инсулинома – доброкачественное (реже злокачественное) новообразование (чаще из бета-клеток островков поджелудочной железы), бесконтрольно секретирующее в кровяное русло инсулин, что приводит к развитию гипогликемического симптомокомплекса и чаще проявляется тощаковым гипогликемическим синдромом. Составляет 70-75% всех нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы. До 30% пациентов при синдроме Вермера имеют инсулин-продуцирующие опухоли.