

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, раннее восстановление трудоспособности.

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИКИ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

Похожай В. В., Величко А. В., Дундаров З. А., 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. В настоящее время ПГПТ – третье по распространенности после сахарного диабета и патологии щитовидной железы эндокринное заболевание и одна из наиболее частых причин остеопороза и переломов среди вторичных остеопатий. Единственно приемлемым и патогенетически обоснованным методом коррекции ПГПТ в настоящее время выбран хирургический метод. В современной эндокринной хирургии, до сих пор нет единого мнения относительно единых подходов к оперативному лечению патологии ПЩЖ. 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. Исследования ВОЗ свидетельствуют, что от 20 до 40% средств здравоохранения теряются вследствие их неэффективного использования: чрезмерное назначение исследований и процедур, а также необоснованная госпитализация и продолжительность пребывания в стационаре.

Цель: исследование течения послеоперационного периода в зависимости от методов хирургического и анестезиологического пособия пациентам с ПГПТ.

Материал и методы. Участниками исследования отобраны 200 пациентов с первичным гиперпаратиреозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ 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).

Полученные данные обработаны с помощью программы «Statistica 6.1» и «MedCalc Software».

Результаты и обсуждение. При проведении анализа различий между группами пациентов с разными видами паратиреоидэктомии в зависимости от доступа и характера анестезиологического пособия были выявлены статистически значимые различия по показателям длительности пребывания в ОАРИТ и стационаре. При использовании доступа по Кохеру в стационаре пациенты находились 8 (7; 9) дней, в ОАРИТ – 1 (1; 2) день, а при использовании мини-доступа в стационаре – 6 (5;8) дней, (Mann-Whitney U-test, $U=2138,0$; $Z=-3,948$; $p<0,001$) в ОАРИТ 0 (0;1) дней (Mann-Whitney U-test, $U=2315,0$; $Z=-3,430$; $p<0,001$).

Пациенты, оперированные из доступа по Кохеру, дольше находились в стационаре в послеоперационном периоде, что связано с большим объёмом операционного доступа, и, как следствие, с необходимостью более длительного наблюдения за ними, а также необходимостью более длительной анальгезирующей терапии.

Проведен также анализ различий по показателям продолжительности пребывания в стационаре и ОАРИТ среди всех 3 исследуемых групп. Пациенты 3-й группы не нуждались в послеоперационном пребывании в ОАРИТ, что объясняется применением местной анестезии и отсутствием анестезиологических показаний к интенсивному медикаментозному ведению после ПТЭ, по сравнению с пациентами 1 и 2 групп, где медиана пребывания в ОАРИТ составила 1 день (Kruskal-Wallis test: $H=59,823$; $p<0,001$). Наиболее долгое пребывание пациентов в стационаре отмечено у пациентов 1-й группы – 8 дней, наименьшее в 3 группе – 5 дней. Пациенты 2-й группы в среднем находились на стационарном лечении в течение 7 дней (Kruskal-Wallis test: $H=61,972$; $p<0,001$).

Вне зависимости от методики хирургического вмешательства в послеоперационном периоде все пациенты получали обезболивающие препараты. Однако при проведении анализа различий установлено, что пациенты 3-й группы статистически значимо нуждались в аналгезирующей терапии меньше время по сравнению с другими группами (Kruskal-Wallis test: $H=98,1$; $p<0,001$).

Выявленные между группами различия в днях назначения Sol. Analgini 50% 2,0 в/м (Kruskal-Wallis test: $H=98,108$; $p=0,0001$) объясняется наличием статистически значимой сильной линейной корреляционной зависимостью с днями пребывания пациентов в стационаре ($r_s=0,914$; $p=0,001$).

Выявлены также статистически значимые (Kruskal-Wallis test: $H=105,337$; $p=0,0001$) различия между группами по факту назначения наркотических аналгетиков в послеоперационном периоде (Sol. Promedoli 2% – 1,0 в/м). При проведении парного теста различия выявлены между всеми группами ($p<0,05$). Установлено, что наименьшая частота назначения наркотических аналгетиков отмечена среди пациентов 3-й группы исследования, наивысшая – среди пациентов 1-й группы (100%).

Заключение. Применение мини-доступа с последующей селективной ПТЭ позволяет статистически значимо снизить

частоту госпитализации и количество дней, проведенных в ОАРИТ (Mann–WhitneyU-test, $U=2315,0$; $Z= -3,430$; $p=0,001$), а также в целом уменьшить количество дней госпитализации (Mann–WhitneyU-test, $U=2138,0$; $Z= -3,948$; $p<0,001$). Также применение мини-доступа позволяет снизить послеоперационный болевой синдром и, как следствие, уменьшить объём анальгезирующей терапии (Kruskal-Wallistest: $H=13,355$; $p=0,0013$).

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Радиевский И. Л., Гетманчук С. М., Лысюк Н. Н.

Брестская областная больница, г. Брест, Республика Беларусь

Введение. Эндоскопическая хирургия в короткие сроки нашла широкое применение во многих областях медицины: эндокринология – не исключение. Основными преимуществами эндоскопического доступа к щитовидной железе является возможность проведения диагностической эндовидеоскопии, малая травматичность хирургического вмешательства, сокращение продолжительности стационарного лечения, сроков нетрудоспособности, а также косметический эффект. Показания для эндоскопических вмешательств на щитовидной железе считают солитарный узел (узлы) без признаков малигнизации с размером до 60 мм, объем щитовидной железы в пределах нормы или 1 степени увеличения, без предшествующих оперативных вмешательств или облучения области щитовидной железы. Основным ограничивающим фактором для применения эндовидеоскопических методик является трудность создания адекватной операционной полости, которая обеспечивала бы достаточную свободу хирургических вмешательств.

Цель: определить целесообразность применения эндоскопических технологий в сравнении с классическими методиками.