

Через 2 месяца после оперативного лечения с использованием опросника SF-36 Health Status Survey мы провели оценку качества жизни пациентов. Изучение качества жизни выполнялось по следующим параметрам: физическое функционирование (Physical Functioning — PF); ролевое функционирование (Role-Physical Functioning — RP); интенсивность боли (Bodily pain — BP); общее состояние здоровья (General Health — GH); жизненная активность (Vitality — VT); социальное функционирование (Social Functioning — SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE); психическое здоровье (Mental Health — MH1); общий показатель физического (Physical health — PH) и психологического (Mental Health — MH2) компонента здоровья.

Значимых статистических различий по показателям общего физического (PH) и психологического компонентов (MH2) здоровья нами выявлено не было, однако составляющие данных критериев, такие как общее состояние здоровья (GH) и социальное функционирование (SF) были выше у пациентов с эуортизоломией ( $p=0,01$  и  $p<0,001$ ), чем в группе с клиничко-лабораторными признаками ХНН.

Вывод: пациенты с клиничко-лабораторными данными хронической надпочечниковой недостаточности после перенесенной унилатеральной адреналэктомии имеют более низкие показатели общего состояния здоровья и социального функционирования в сравнении с теми, кто имеет нормальные уровни кортизола сыворотки крови. Полученные результаты подтверждают актуальность вопросов изучения, прогнозирования и профилактики надпочечниковой недостаточности у пациентов после односторонней адреналэктомии.

## ПРЕДИКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ УНИЛАТЕРАЛЬНОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ

А.А. Чулков<sup>1</sup>, З.А. Дундаров<sup>2</sup>, А.В. Величко<sup>1</sup>, В.Н. Мартинков<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь;

<sup>2</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

На сегодняшний день адреналэктомия — это операция выбора при хирургическом лечении пациентов с объёмными новообразованиями надпочечников, при которой эффект излечения достигает 100% [M.D. Hurtado et al., 2018]. Риск развития хронической надпочечниковой недостаточности присутствует у всех пациентов, перенесших адреналэктомию. При АКТГ-независимом синдроме Кушинга частота развития осложнения превышает 90%, а у пациентов с умеренной автономной гиперсекрецией кортизола данное осложнение может встречаться в 50% случаев [A. Ibrahimli et al., 2026]. Разработка модели, позволяющей учитывать риски и прогнозировать развитие надпочечниковой недостаточности после унилатеральной адреналэктомии, может улучшить качество предоперационной подготовки, персонализировать подходы к заместительной терапии глюкокортикоидами и повысить качество жизни пациентов.

Цель. Разработать модель для прогнозирования риска развития надпочечниковой недостаточности в послеоперационном периоде у пациентов после унилатеральной адреналэктомии.

В ретроспективном одноцентровом когортном исследовании приняло участие 45 пациентов, пролеченных на базе хирургического отделения (трансплантации, реконструктивной и эндокринной хирургии) ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» за 2023–24 гг. Средний возраст составил  $52\pm 14$  лет. Распределение по полу: 7 мужчин (16%) и 38 (84%) женщин.

Критерии исключения из исследования: двустороннее поражение надпочечников; прием глюкокортикоидов на предоперационном этапе; злокачественный характер новообразования надпочечника.

Распределение непрерывных переменных оценивалось с помощью тестов Шапиро–Уилка и Колмогорова–Смирнова. Категориальные переменные описывали с указанием абсолютных и относительных частот (в процентах). Количественные показатели описывали с указанием медианы и квартилей ( $Q_1$ ;  $Q_3$ ) или среднего арифметического  $\pm$  стандартное отклонение. Для групповых сравнений использовали непараметрический критерий U-test Манна–Уитни и точный критерий Фишера. Различия между группами считали статистически значимыми при  $p<0,05$ . Анализ проводился с использованием пакетов статистических программ STATISTICA, версия 6.1 (StatSoft, Inc.) и MedCalc, trial version 23.2.1 (MedCalc Software Ltd).

По результатам анализа клиничко-лабораторных данных, полученных через 2 месяца после унилатеральной адреналэктомии пациенты были разделены на 2 клинические группы. Группа 1 ( $n=26$ ) включала пациентов, у которых отсутствовали симптомы надпочечниковой недостаточности, а уровень кортизола составил  $\geq 295$  нмоль/л — эуортизоломия. Группу 2 ( $n=19$ ) составили пациенты, имеющие симптомы ги-

покортизолемии, а уровень кортизола по нашим данным был менее 295 нмоль/л, что трактовалось нами как надпочечниковая недостаточность. Анализ предоперационных лабораторных (общий анализ крови — ОАК; биохимический анализ крови — БхАК; показатели функции ГН оси) и инструментальных (компьютерная томография (КТ) надпочечников) данных обеих групп выявил статистически значимые различия в размере новообразования надпочечника ( $p < 0,001$ ) и уровню кортизола после выполнения малой ночной дексаметазоновой пробы ( $p < 0,001$ ). Выявленные различия между средними значениями двух вышеуказанных показателей позволили нам рассматривать их в качестве потенциальных предикторов для прогнозирования риска развития послеоперационной надпочечниковой недостаточности. Далее нами был выполнен регрессионный анализ, результат которого позволил установить, что оба критерия значимы в качестве коэффициентов уравнения множественной логистической регрессии при их одновременном включении в модель,  $p = 0,002$  и  $p = 0,007$  соответственно. Для создания практичной в использовании модели была оценена возможность её построения на основе балльной оценки предикторов, а для определения пороговых значений вышеуказанных показателей, наилучшим образом разделяющих пациентов из групп исследования, использовали ROC-анализ.

Итогом проделанной работы стала модель, позволяющая прогнозировать риск развития надпочечниковой недостаточности у пациентов после унилатеральной адреналэктомии. Если размер новообразования по данным компьютерной томографии  $> 39$  мм — начисляется 1 балл; при уровне кортизола крови после выполнения малой ночной дексаметазоновой пробы  $> 50,5$  нмоль/л — начисляется 2 балла. Сумма баллов 2 или более прогнозируют высокий риск развития послеоперационной надпочечниковой недостаточности и требует проведения профилактических мероприятий для предупреждения данного осложнения. Сумма баллов менее 2 указывает на низкий риск развития данного осложнения.

Выводы. В качестве предикторов надпочечниковой недостаточности после унилатеральной адреналэктомии могут использоваться уровень кортизола крови после малой ночной дексаметазоновой пробы и размер новообразования надпочечника по данным компьютерной томографии. Созданная на основании вышеописанных предикторов балльная модель прогнозирования развития надпочечниковой недостаточности позволяет определить риск развития данного осложнения (чувствительность 89,5%, специфичность 80,8%). Развитие послеоперационной надпочечниковой недостаточности влечёт за собой ухудшение качества жизни пациентов, что требует внимания к профилактическим мероприятиям в предоперационном и послеоперационном периодах.

## ЛЕЧЕНИЕ ТРАКЦИОННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ С СУБРЕТИНАЛЬНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИЕЙ НА ПРИМЕРЕ СЛОЖНОГО СЛУЧАЯ

А.Г. Юрковец, Ю.И. Рожко, Д.П. Глушко, Н.А. Иванович

*ГУ «РНПЦ центр радиационной медицины и экологии человека» г. Гомель, Беларусь*

Субретинальная пролиферативная витреоретинопатия (ПВР) является тяжелым отягощающим фактором отслойки сетчатки, требует витреоретинального вмешательства и нередко вызывает ее рецидивы, после хирургического лечения. Клинически субретинальная ПВР представлена бессосудистыми мембранами и тяжами, клеточную основу которых составляют клетки ретинального пигментного эпителия, гиациты, клетки Мюллера, миофибробласты и внеклеточный компонент из фибрина и коллагена I–IV типа.

Одной из причин неполного прилегания сетчатки и рецидивов отслойки сетчатки может являться субретинальная пролиферация, которая, в совокупности с пролиферативной витреоретинопатией, вызывает выраженную ретинальную тракцию.

Цель: представить на клиническом примере случай хирургического лечения тракционной отслойки сетчатки с удалением субретинальных тяжей через ретиномические отверстия.

Пациент Е., мужчина, 1968 года рождения. Поступил для хирургического лечения правого глаза с диагнозом: OD — Субтотальная тракционная отслойка сетчатки с захватом макулярной области, несвежая. Субретинальный фиброз, ПВР тип С. Артифакция. OS — Начальная возрастная катаракта.

При поступлении: острота зрения на правом глазу снизилась около года назад, за помощью не обращался. Около месяца назад диагностирована отслойка сетчатки на правом глазу.

Vis OD = 0,03 эксцентрично н/корр. Внутриглазное давление 20 мм рт. ст. Объективно OD: ИОЛ по центру, прозрачная. Фиброз задней капсулы хрусталика. Рефлекс глазного дна розовый. В стекловидном теле умеренная витреальная деструкция, в нижнем отделе с тракциями. Глазное дно: ДЗН бледно-розо-