

причины нарушения стабильности вертикальной стойки. При этом учитывалась реакция вышележащих отделов позвоночного столба и таза, а также баланс тела в виде смещения общего центра давления на стопы.

Ортопедическая коррекция функциональных нарушений ОДС у детей школьного возраста включала следующие лечебные процедуры:

- массаж спины, под воздействием которого поражённые укороченные мышцы, расположенные на вогнутости позвоночника, расслабляются и растягиваются, а ослабленные, растянутые мышцы на стороне выпуклости, тонизируются, тем самым обеспечивая подвижность каждого сегмента позвоночного столба;
- коррекционно–суставная гимнастика, которая проводилась для укрепления и развития силы мышц, увеличения эластичности суставов и улучшения трофики межпозвонковых структур. Коррекционно–суставная гимнастика проводилась в форме групповых занятий, решала задачи активной коррекции выявленных функциональных нарушений, формирования и закрепления навыка правильной осанки, увеличения подвижности позвоночника, нормализации походки. Особое внимание уделялось мышечным группам, ответственным за поддержание непринужденной позы в правильном положении: мышцы шеи, спины, поясницы, косые и прямые мышцы живота, подвздошно–поясничные мышцы, ягодичные, мышцы нижних конечностей и сводов стоп. При этом направленное дозированное влияние на мышцы, вовлеченные в тонусо–силовой баланс тела, проводилось дифференцировано, с учётом их структурно–функционального взаимодействия. Физические упражнения выполнялись из исходных положений разгрузки позвоночника: лёжа на спине, лёжа на животе, коленно–кистевом положении. Принципиальным являлось обучение точности воспроизведения каждого движения;
- пневматическая механотерапия — обеспечивала тоническое напряжение и воздействие на мышцы стабилизаторы, а также устраняла мышечные дисбалансы, перекосы, асимметрии и была направлена на восстановление целостности костно–мышечной системы у детей.

Дозировка каждой из вышеперечисленных лечебных процедур подбиралась исходя из индивидуальных особенностей каждого ребёнка, учитывая функциональное состояние и уровень подготовленности к выполнению физических упражнений.

Проведённый курс по ортопедической коррекции функциональных нарушений ОДС у детей школьного возраста способствовал устранению дисбаланса в суставах, мышцах и связках, а также создал предпосылки для развития силовой выносливости мышц туловища и создания мышечного корсета, восстанавливая правильное положение тела.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

А.А. Чулков¹, З.А. Дундаров², А.В. Величко¹, Б.О. Кабешев¹, Я.Л. Навменова¹

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

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Литературные данные о изменении функции гипоталамо–гипофизарно–надпочечниковой оси у пациентов унилатеральной адреналэктомии разнятся [B. Kahramangil et al., 2022]. Хроническая надпочечниковая недостаточность присутствует более чем у 90% пациентов, перенесших адреналэктомию по поводу АКТГ–независимого синдрома Кушинга, а у пациентов с умеренной автономной гиперсекрецией кортизола (mild autonomous cortisol secretion — MACS) данное осложнение встречается в 50% случаев [V. Morelli et al., 2018]. Сегодня эталоном в диагностике надпочечниковой недостаточности (НН) принят стимуляционный тест с синтетическим 1–24–АКТГ. Преимущества теста в высокой чувствительности и специфичности по сравнению альтернативными методами: измерением нативного утреннего уровня адренокортикотропного гормона (АКТГ) и кортизола [A. Ibrahimli et al., 2026].

Цель. Изучить распространенность хронической надпочечниковой недостаточности 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±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).

Перед разделением исследуемых на группы мы провели опрос с целью выявления симптомов, которые могут указывать на наличие хронической надпочечниковой недостаточности: усталость, снижение аппетита, потеря массы тела, артралгия, миалгия, повышение пристрастия к солёной пище, гиперпигментация кожи, снижение качества жизни, депрессия, тревога. Учитывая данные опроса и результаты исследования уровня утреннего (0800) сывороточного кортизола крови через 2 месяца после проведенной унилатеральной адреналэктомии пациенты были разделены на 2 клинические группы. В группу 1 ($n=26$; средний возраст 54 ± 14 ; жен. — 24, муж. — 2) вошли пациенты, у которых отсутствовали вышеперечисленные симптомы, а уровень кортизола составил ≥ 295 нмоль/л, что принималось нами как эуортизолизм ($402,6 [323,5–498,4]$ нмоль/л). Группу 2 ($n=19$; средний возраст 50 ± 14 ; жен. — 14, муж. — 5) составили пациенты, имеющие симптомы хронической надпочечниковой недостаточности, а уровень кортизола по нашим данным был менее 295 нмоль/л, что принималось нами как гипокортизолемиа ($232,6 [199,1–276,2]$ нмоль/л) и трактовалось как надпочечниковая недостаточность.

Вывод: пациенты, которым выполняется унилатеральная адреналэктомия по поводу объёмного новообразования надпочечника в $42,2 \pm 7,4\%$ имеют риски развития хронической надпочечниковой недостаточности, которая может потребовать заместительной терапии.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ УНИЛАТЕРАЛЬНОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ

А.А. Чулков¹, З.А. Дундаров², А.В. Величко¹, С.Л. Зыблев¹, Э.А. Повелица¹

¹ГУ «РНПЦ центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь;

²УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Заболеваемость новообразованиями надпочечников ежегодно растёт, при этом результаты исследований специалистов в лучевой диагностике показывают, что примерно в 10% случаев они обнаруживаются случайно. Имеется высокая корреляция с возрастом: у пожилых пациентов новообразования надпочечников встречаются чаще, чем у молодых. Рост заболеваемости объясняется увеличением частоты использования методов визуализации (КТ/МРТ/ПЭТ–КТ) для диагностики заболеваний, несвязанных с опухолями брюшной полости или грудной клетки [К. Venkataramani et al., 2026].

Цель: выполнить оценку качества жизни пациентов после оперативного лечения новообразований надпочечников.

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 ± 14 лет. Распределение по полу: 7 мужчин (16%) и 38 (84%) женщин.

По результатам клинико–лабораторных данных, полученных через 2 месяца после операции, пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 ($n=26$; средний возраст 54 ± 14 ; жен. — 24, муж. — 2) включала пациентов с эуортизолизмом ($402,6 [323,5–498,4]$ нмоль/л); в группу 2 ($n=19$; средний возраст 50 ± 14 ; жен. — 14, муж. — 5) вошли пациенты с признаками хронической надпочечниковой недостаточности (ХНН).

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).