



Рисунок 1 — Доля обследованных людей, заявивших об отсутствии жалоб, с *H. pylori*

Заключение

Таким образом, можно заключить, что общее распространение бактерии *Helicobacter pylori* в желудке и 12-перстной кишке среди населения Беларуси центрального региона при отсутствии симптомов заболеваний со стороны желудочно-кишечного тракта составляет 32,4 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Helicobacter pylori-associated diseases / K. Michael [at al.] // Current Gastroenterology Reports. — 2002. — Vol. 4, Is. 6. — P. 448–454.
2. Systematic review with meta-analysis: the worldwide prevalence of Helicobacter pylori infection / M. Zamani [at al.] // Aliment Pharmacol Ther. — 2018. — P. 1–9.
3. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V / Florence Consensus Report. Gut. — 2017. — Vol. 66 (1). — P. 6–30.

УДК 616.441-002-008.61-08-089

РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

Похожай В. В.², Величко А. В.¹, Дундаров З. А.², Зыблев С. Л.²

¹Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) — заболевание, развивающееся в результате первичного поражения паращитовидных желез (аденома, гиперплазия, рак), обусловленное гиперпродукцией паратиреоидного гормона, проявляющееся нарушением обмена кальция и фосфора, поражением костной системы и (или) внутренних органов (в первую очередь почек и желудочнокишечного тракта) [1].

В настоящий момент времени применяются различные виды оперативных вмешательств. Наиболее широко используется классический поперечный доступ к щитовидной железе по Кохеру. К достоинствам данного доступа можно отнести возможность широкой ревизии при подозрении на изменения в нескольких паращитовидных железах (ПЩЖ), а также возможность расширения объема операции при одномоментном оперативном вмешательстве на щитовидной железе (ЩЖ) [2]. Главными недостатками данного метода являются необходимость мобилизации ЩЖ, высокая косметическая травматизация, а также долгий реабили-

тационный период. Однако этот метод является методом выбора у пациентов, перенесших оперативные вмешательства на шее [3].

В настоящее время все большее внимание уделяется операциям из мини-доступа либо с использованием эндоскопических и видеоассистированных методик. При этом боковой мини-доступ считается одним из наиболее эффективных, что доказанно снижает время оперативного вмешательства. При опросе Международного общества эндокринных хирургов (IAES) в 2015 г. большая часть респондентов отметила, что прибегает к мини-инвазивным вмешательствам на ПЩЖ [4].

Однако, несмотря на всеобщую тотальную «увлеченность» миниинвазивными технологиями, когда селективная паратиреоидэктомия (ПТЭ) практически полностью заменила традиционное лечение с применением широкого доступа и ревизией ПЩЖ, актуальным вопросом хирургического лечения ПГПТ является разработка показаний к различным видам оперативной тактики при первичном гиперпаратиреозе.

Применение мини-инвазивных методов является не столько косметически выгодным (доступ около 2,5–3,0 см), сколько менее травматичным. Снижается интраоперационная травма тканей, а у врача появляется прямой доступ к ПЩЖ.

Основной объем операций выполняется под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких. В настоящее время имеются единичные сообщения о применении местной инфильтрационной анестезии при ПТЭ. Так, по данным Jessica Rose, в Англии в 2012 г. данную методику применяли лишь в одной клинике [5]. Использование местной анестезии при ПТЭ снижает послеоперационные риски, и расширяет показания к данной операции для групп пациентов с сопутствующей патологией, которые имеют высокие анестезиологические риски.

Цель

Исследование течения послеоперационного периода в зависимости от методов хирургического и анестезиологического пособия пациентам с ПГПТ.

Материал и методы исследования

Для решения поставленных задач был проведен ретроспективный и проспективный анализ историй болезней и карт амбулаторного наблюдения 200 пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении (трансплантации, реконструктивной и эндокринной хирургии) ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ») в период с 2013 по 2015 гг. Медиана возраста пациентов составила 55 (50; 61) лет. Количество мужчин составило 17 (8,5 %) человек, количество женщин составило 183 (91,5 %) пациента. Клиническое исследование одобрено комитетом по этике ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ».

Всем пациентам была выполнена паратиреоидэктомия по поводу ПГПТ. В зависимости от методики хирургического и анестезиологического пособия пациенты были разделены на 3 группы:

- группа 1 — пациенты, прооперированные с использованием стандартного доступа по Кохеру, с применением эндотрахеальной анестезии (n = 45).
- группа 2 — пациенты, прооперированные с использованием мини-доступа с применением эндотрахеальной анестезии (n = 113).
- группа 3 3 пациенты, прооперированные с использованием мини-доступа с применением местной инфильтративной анестезии по Вишневному (n = 42).

Всем исследуемым пациентам была выполнена паратиреоидэктомия по поводу первичного гиперпаратиреоза. Все участники исследования после паратиреоидэктомии в удовлетворительном состоянии выписаны из стационара на амбулаторный этап реабилитации. Основным критерием для использования оперативного мини-доступа являлось солитарное поражение ПЩЖ.

На 2-е сутки после паратиреоидэктомии 130 пациентам было предложено оценить уровень болевого синдрома с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ).

Полученные данные обработаны с помощью программы «Statistica» 6,1 (Stat Soft, GS-35F-5899H). Статистический анализ осуществляли с использованием параметрических и непараметрических методов.

Нормальность полученных данных определяли, используя Shapiro-Wilk's test. Количественные параметры представлены: в случае соответствия закона распределения нормальному — в виде среднего значения (M) и ошибки среднего (m); в случае, когда распределение отличалось от нормального — в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-й (LQ) — нижний квартиль и 75-й (UQ) — верхний квартиль). Были использованы непараметрические методы статистического исследования: критерий Mann — Whitney U-test (для анализа различий двух независимых групп по количественному признаку), критерий Wilcoxon (для анализа различий двух зависимых групп по количественному признаку), критерий Kruskal — Wallis (для анализа различий трех независимых групп по количественному признаку), и корреляционный анализ по Spearman (для определения меры связи двух количественных параметров). Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали равным и менее 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении анализа различий между группами пациентов с различными 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), в ОАРИТ 1 (1;2) день, а при использовании мини-доступа в стационаре 6 (5; 8), (Mann — Whitney U-test, $U = 2138$; $Z = -3,948$; $p < 0,001$) в ОАРИТ 0 (0; 1) дней (Mann — Whitney U-test, $U = 2315$; $Z = -3,430$; $p < 0,001$).

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

Также был проведен анализ различий по показателям продолжительности пребывания в стационаре и ОАРИТ среди всех 3-х 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-й и 2-й 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-й 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 анальгезирующей терапии меньшее 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 ($r_s = 0,914$; $p = 0,001$).

Также выявлены статистически значимые (Kruskal — Wallis test: $H = 105,337$; $p = 0,0001$) различия между группами по факту назначения в послеоперационном периоде наркотических анальгетиков (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 анальгетиков отмечена сред пациентов 3 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 — Whitney U-test, $U = 2315,0$; $Z = -3,430$; $p = 0,001$), а также в целом уменьшить количество дней госпитализации (Mann — Whitney U-test, $U = 2138,0$; $Z = -3,948$; $p < 0,001$). Также применение мини-доступа позволяет снизить послеоперационный болевой синдром и, как следствие, уменьшить объем анальгезирующей терапии (Kruskal — Wallis test: $H = 13,355$; $p = 0,0013$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Никонова, Л. В. Гиперпаратиреоз. Часть I / Л. В. Никонова, В. Н. Волков, С. В. Тишковский // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. — 2005. — № 3. — С. 12–16.
2. High success rate of parathyroid reoperation may be achieved with improved localization diagnosis / O. Hessman [et al.] // World J. of Surgery. — 2008. — Vol. 32, № 5. — P. 774–781.
3. The impact of office neck ultrasonography on reducing unnecessary thyroid surgery in patients undergoing parathyroidectomy / M. Milas [et al.] // Thyroid. — 2005. — Vol. 15, № 9. — P. 1055–1059.
4. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Disease state clinical review: postoperative hypoparathyroidism – definitions and management / B. C. Stack [et al.] // Endocrine Practice. — 2015. — Vol. 21, № 6. — P. 674–685.
5. Rose, J. Management of primary hyperparathyroidism [Electronic resource] / J. Rose, M. A. Guerrero // Thyroid and parathyroid diseases: new insights into some old and some new issues / ed. L. S. Ward. — [S. l.], 2012. — Chap. 14. — Mode of access: <http://www.intechopen.com/books/thyroid-and-parathyroid-diseases-new-insights-into-some-old-and-some-new-issues/surgical-management-of-primary-hyperparathyroidism>. — Date of access: 02.02.2017.

УДК 616.137.83-089

ИСХОДЫ АУТОВЕНОЗНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ НА АОРТО-БЕДРЕННОМ СЕГМЕНТЕ У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАНИЙ

*Приходько Т. М., Лызигов А. А., Тихманович В. Е.,
Каплан М. Л., Панкова Е. Н.*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Протезная инфекция продолжает оставаться одной из наиболее значимых клинических проблем в сосудистой хирургии. Когда сосудистые хирурги сталкиваются с этой проблемой, они имеют возможность выбора между различными техниками оперативного лечения, в частности прибегают к удалению протеза в сочетании с дебридментом прилегающих к зоне инфицирования артерий, и при недостаточном коллатеральном кровоснабжении к экстраанатомическому шунтированию, использованию криоконсервированного трансплантата, протеза импрегнированного антибиотиком или аутовенозной пластике [1, 3]. Аутовена обладает всеми свойствами идеального протеза, в частности: трехслойное строение, наличие эндотелия и механические свойства, сходные с таковыми у артерии [4]. Но, не смотря на это, аутовенозная реконструкция является менее используемой из-за технической сложности процедуры и недостатка подходящего материала. Также сосудистых хирургов сдерживает от выбора данного метода риск развития нарушений венозного оттока.

Цель

Провести комплексную оценку явлений венозной недостаточности у пациентов после аутовенозной реконструкции на аорто-бедренном сегменте с помощью шкалы Виллалта. Определить наличие различий в исходах аутовенозной реконструкции на аорто-бедренном сегменте в зависимости от первичного заболевания.

Материал и методы исследования

В данной статье проанализированы результаты лечения 25 пациентов, которым с сентября 2010 г. по сентябрь 2018 г. была проведена аутовенозная реконструкция с использованием бедренной вены. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от показаний.

В зависимости от показаний к аутовенозной реконструкции, выделено 9 (36 %) первичных пациентов и 16 (64 %) вторичных пациентов (рисунок 1). Первичными считали пациентов без реконструктивно-восстановительных вмешательств на аорто-бедренном сегменте в прошлом и с наличием язвенно-некротических дефектов на нижних конечностях в 8 случаях и нагноившейся забрюшинной гематомы в 1 случае. Вторичными считали пациентов с реконструктивно-восстановительными операциями на аорто-бедренном сегменте в прошлом, которым на момент госпитализации или пребывания в послеоперационном периоде были диагностированы протезная инфекция у 14 человек и несостоятельность анастомоза у 2 человек. По полу все пациенты мужского пола (100 %). Возраст пациентов 59 (55; 64) лет.