

Значительное расширение внутрисосочковых капиллярных петель при сохранении структуры сосочков, наличие лимфоплазматитарной инфильтрации в строме между сосочками являлись критериями воспаления.

Патогномичным признаком кишечной метаплазии было появление кишечных ворсин и бокаловидных клеток (БК) между эпителиоцитами при сохранении правильного и упорядоченного расположения сосочков. Критериями дисплазии эпителия являлись: древовидной формы сосочки с беспорядочным их расположением, практически полное отсутствие истинных сосочков, разрушение клеточных структур, удлинение эпителиоцитов и их ядер.

#### **Выводы**

Эндоскопия является наиболее эффективным методом скрининга и диагностики предопухоловой патологии желудка. Однако ее диагностические возможности могут быть реализованы в полной мере только при условии выполнения биопсии и проведения гистологического исследования. Однако нельзя со 100 % уверенностью сказать, что в настоящее время есть те инструментальные методы диагностики, однозначно дающие ответ на вопрос о наличии предраковых заболеваний и раннего рака желудка. Только сочетанное использование методов позволяет своевременно выявлять поражения слизистой желудка и точно стадировать течение процесса до операции, тем самым определяя ее объем, вид и прогноз течения заболевания.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Yoon, H. Diagnosis and Management of High Risk Group for Gastric Cancer / H. Yoon, N. Kim // Gut and Liver. — 2015. — № 9. — P. 5–17.
2. Correlation between endoscopic and histological diagnoses of gastric intestinal metaplasia / J. H. Lim [et al.] // Gut Liver. — 2013. — № 7. — P. 41–50.
3. Goetz, M. Confocal endomicroscopy: in vivo diagnosis of neoplastic lesions of the gastrointestinal tract / M. Goetz, R. Kiesslich // Anticancer Res. — 2008. — № 28. — P. 353–360.
4. Пахомов, Е. А. Современные инструментальные методы диагностики малигнизации язв и рака желудка на ранних стадиях / Е. А. Пахомов, К. В. Логунов, С. Н. Деркачев // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — Т. 24. — С. 30–32.

**УДК 159.942:616.441-006-089**

### **ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ПАРАТИРЕОЭКТОМИИ**

*Забавский И. В.<sup>1</sup>, Величко А. В.<sup>2</sup>*

**Научный руководитель: ассистент В. В. Похожай**

<sup>1</sup>**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

<sup>2</sup>**Государственное учреждение**

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

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Первичный парагипертиреоз (ПГПТ) — заболевание эндокринной системы, обусловленное избыточной продукцией паратиреоидного гормона (ПТГ) вследствие опухолевого поражения паращитовидных желез или их гиперплазии и характеризуется выраженным нарушением обмена кальция и фосфора, и как следствие развитием гиперкальциемии. Распространенность ПГПТ составляет около 1 случая на 500 женщин и на 1000 мужчин, частота новых случаев — 25 на 100 тыс. населения в год [1]. Частота выявления новых случаев заболевания в Беларуси составляет 150–200 случаев в год [2]. Влияние гиперкальциемии на ЦНС проявляется в виде различных психических заболеваний, вследствие нарушения проводимости нервного импульса [2]. Ряд авторов относит психоэмоциональную форму ПГПТ к малосимптомной, тем самым подтверждая актуальность данной проблемы [4, 5].

### **Цель**

Сравнительный анализ влияния вида операции на уровень тревоги пациентов с ПГПТ в дооперационном периоде, и в отдаленные сроки после паратиреоидэктомии (ПТЭ) (9–14 месяцев).

### **Материал и методы исследования**

Для проведения исследования, нами была сформирована группа из 90 пациентов. Основной группе в дооперационном периоде было предложено заполнить шкалы самооценки уровня тревожности Цунга (Zung Self-Rating Anxiety Scale).

Всем пациентам была выполнена ПТЭ. При этом следует отметить, что по виду проведенной операции основная группа в послеоперационном периоде была разделена на 3 подгруппы. Подгруппа 1 (n = 30) — пациенты, прооперированные с использованием стандартного доступа по Кохеру, с применением общей эндотрахеальной анестезии (ОЭТА). Подгруппа 2 (n = 30) — пациенты, прооперированные с использованием мини-доступа, с применением ОЭТА. Подгруппа 3 (n = 30) — пациенты, прооперированные с использованием мини-доступа с применением местной инфильтративной анестезии (МА) раствором Новокаина.

По результатам опроса была сформирована, и зарегистрирована база данных. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программного обеспечения «Statistica» 10.0. Данные описательной статистики приведены в виде: Me (Q1, Q3). Для определения статистически различий в двух зависимых группах использовался Критерий Вилкоксона (W) Для определения статистически значимых различий в двух независимых группах использовался критерий Манна — Уитни (U). Для анализа взаимосвязи между признаками применяли коэффициент корреляции Спирмена (Rs). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и обсуждение**

Средний возраст пациентов составил 56 лет (26–77 лет). Количество мужчин составило 11 (12 %) человек, количество женщин составило 79 (88 %) человек. Анализ эмпирических данных, полученных на первом этапе исследования, позволил выявить следующие закономерности (таблица 1).

Таблица 1 — Медианы уровня тревоги пациентов до и после ПТЭ

Уровень тревожности	Низкий	Средний	Высокий	T	Z	p
До операции	36 (35; 38)	51 (46; 55)	61 (61; 64)	128,5	7,55	< 0,0001
После операции	35 (32; 38)	45 (43; 49)	—			

На первом этапе исследования мы сравнили уровень тревоги пациентов за 2–4 дня до операции и уровень тревоги через 9–14 месяцев. Были выявлены значимые различия между группами ( $T = 128,5$ ,  $p < 0,01$ ).

На втором этапе был проведен анализ уровня тревоги до и после ПТЭ в зависимости от выбора оперативного доступа. В ходе исследования установлено, что уровень тревоги статистически значимо повышен в 1-й группе ( $U = 121,5$ ;  $Z = -4,85$ ;  $p = 0,000001$ ). В 2-й и 3-й группе он снижен: для 2-й —  $U = 307$ ;  $Z = 2,1$ ;  $p = 0,03$ ; для 3 —  $U = 196,5$ ;  $Z = 3,7$ ;  $p = 0,00017$ . Более значительно снижен в 3-й группе.

При проведении частотного анализа уровня тревожности пациентов по Цунгу, в группах пациентов с ПГПТ до и после ПТЭ были выявлены статистически значимые различия. Результаты расчетов представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение уровня тревожности пациентов с ПГПТ до и после ПТЭ

Группа	Время исследования	Низкий	Средний	Высокий	$\chi^2$	p
1. Кохер + ОЭТА	До операции	1 (3,3 %)	27 (90 %)	2 (6,7 %)	16,081	< 0,001
	После операции	14 (46,7 %)	16 (53,3 %)	0		
2. Мини + ОЭТА	До операции	13 (43,4 %)	16 (53,3 %)	1 (3,3 %)	3,869	0,144
	После операции	20 (66,7 %)	10 (33,3 %)	0		
3. Мини + МА	До операции	11 (36,7 %)	18 (60 %)	1 (3,3 %)	13,792	0,001
	После операции	25 (83,3 %)	5 (16,7 %)	0		

У пациентов 1-й и 3-й групп наблюдали статистически значимое снижение уровня тревожности, однако, данных различий не оказалось во 2-й группе ( $p = 0,144$ ). В 1-й группе в послеоперационном периоде наблюдали статистически значимое снижение доли пациентов со средним уровнем тревожности ( $p = 0,003$ ), статистически значимое повышение доли пациентов с низким уровнем тревожности ( $p < 0,001$ ), статистически значимых различий по доле пациентов с высоким уровнем тревожности не выявлено ( $p = 0,491$ ). В 3-й группе в послеоперационном периоде наблюдали аналогичные изменения — статистически значимое снижение доли пациентов со средним уровнем тревожности ( $p = 0,001$ ), статистически значимое повышение доли пациентов с низким уровнем тревожности ( $p = 0,001$ ), статистически значимых различий по доле пациентов с высоким уровнем тревожности не выявлено ( $p = 1,000$ ).

Таким образом, в 1-й и 3-й группах пациентов наблюдается снижение доли пациентов со средним уровнем тревожности за счет перехода пациентов в состояние низкой тревожности.

#### **Выводы**

1. Шкала самооценки тревожности Цунга не является специфическим опросником по ПГПТ. Следовательно, дооперационные показатели тревожности, от части, были сформированы с учетом ожидания пациентом оперативного вмешательства.

2. Низкий уровень тревожности до операции во 2-й и 3-й группах пациентов отмечался чаще, по сравнению с 1-й группой. Возможно, данное явление обусловлено именно характером планируемого операционного доступа и объемом операции. Также на данное предположение указывает и наибольшая частота встречаемости высокого уровня (6,7 %) тревожности в 1-й группе.

3. Сравнение уровня тревоги до и после операции пациентов каждой из трех групп позволяет зафиксировать статистически значимые различия: для 1-й и 3-й групп —  $p < 0,01$ ; для 2-й —  $p < 0,05$ . Следовательно, можно утверждать, что у пациентов, прооперированных с использованием стандартного доступа по Кохеру, в большей степени происходит снижение уровня тревоги в сравнении с пациентами, прооперированными с использованием мини-доступа.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Фадеев В. В. // Эндокринология. — 2015. — 425 с.
2. Первичный гиперпаратиреоз как одна из распространенных эндокринопатий в Республике / О. Ф. Жданова [и др.]. — Минск: Белорусский государственный университет, МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ, 2014. — С. 32–41.
3. Zung, W. W. E. How normal is Anxiety? (Current Concepts) / W. W. E. Zung. — Upjohn Company, 1980.
4. Электронный ресурс. — Режим доступа: <http://psylab.info>. — Дата доступа: 02.03.2018.
5. Randomized trial of parathyroidectomy in mild asymptomatic primary hyperparathyroidism: patient description and effects on the SF-36 health survey / G. B. Talpos [et al.] // Surgery. — 2000. — Vol. 128. — P. 1013–1020.

**УДК 159.942:616.441-006-089.5**

### **ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ИСПОЛЬЗУЕМОГО АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ**

*Забавский И. В.<sup>1</sup>, Величко А. В.<sup>2</sup>*

**Научный руководитель: ассистент В. В. Похожай**

<sup>1</sup>**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

<sup>2</sup>**Государственное учреждение**

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

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Первичный парагипертиреоз (ПГПТ) — заболевание эндокринной системы, обусловленное избыточной продукцией паратиреоидного гормона (ПТГ) вследствие опухолевого