

### **Выводы**

В дооперационном периоде пациенты с ГПТ не имели статистически значимых различий по возрасту, концентрации общего и ионизированного кальция, фосфора и уровня ПТГ в сыворотке крови. В 99 % у пациентов диагностировалась мягкая форма ПГПТ.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Et'ologiya, patogenez, klinicheskaya kartina, diagnostika i lechenie pervichnogo giperparatireoza / I. I. Dedov [et al.] // Osteoporoz i osteopatii. — 2018. — Vol. 1. — P. 13–18.
2. Randolph, G. W. Surgery of the thyroid and parathyroid glands / G. W. Randolph [et al.] // Philadelphia: Elsevier Science (USA), 2013. — 620 p.
3. Maloinvazivnye operacii v lechenii pervichnogo giperparatireoza / I. V. Slepcev // E'ndokrinная hirurgiya. — 2016. — Vol. 4. — P. 24–33.

**УДК 616.447-008.61-021.3-089**

## **ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА**

**Крот И. И., Савицкая К. А., Никитенко В. С.**

**Научные руководители: к.м.н., доцент В. В. Похожай;  
к.м.н., доцент А. В. Величко**

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

### **Введение**

В современной эндокринной хирургии, до сих пор нет единого мнения относительно единых подходов к оперативному лечению патологии ПЩЖ. На данный момент времени применяются различные виды оперативных вмешательств. Наиболее широко используется классический поперечный доступ к щитовидной железе по Кохеру, совместно с этим всё большее внимание отводится операциям из мини-доступа, либо с использованием эндоскопических и видео-ассистированных методик. При этом боковой мини-доступ считается одним из наиболее эффективных, что доказано снижает время оперативного вмешательства [1]. При опросе Международного Общества Эндокринных Хирургов (IAES) в 2002 г., большая часть респондентов отметила, что прибегает к мини-инвазивным вмешательствам на ОЩЖ [2].

### **Цель**

Определить преимущество использования оперативных доступов при проведении паратиреоидэктомии, по показателям продолжительности операции, длительности пребывания в ОАРИТ и стационаре.

### **Материал и методы исследования**

Участниками исследования являлись 200 пациентов, с первичным гиперпаратиреозом, находившихся на 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.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Был проведён анализ различий между группами пациентов с различными видами паратиреоидэктомии в зависимости от доступа. По показателям продолжительности операции, длительности пребывания в ОАРИТ и стационаре были выявлены статистически значимые различия. Результаты расчётов приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели продолжительности операции, дней пребывания в ОАРИТ и стационаре пациентов с ППТ в зависимости от вида оперативного доступа при ПТЭ

Показатель	Доступ по Кохеру (n = 45)	Мини-доступ (n = 155)	U	Z	p
Продолжительность операции	40 (35; 60)	30 (25; 40)	1795,5	-4,950	<0,001
Дни пребывания в стационаре	8 (7; 9)	6 (5; 8)	2138,0	-3,948	<0,001
Дни пребывания в ОАРИТ после операции	1 (1; 2)	0 (0; 1)	2315,0	-3,430	0,001

Сравнительный анализ из таблицы 1 показывает, что продолжительность операции по Кохеру составила по Me = 40 мин, дней пребывания в стационаре Me = 8 дней, дни пребывания в ОАРИТ Me = 1 день после операции, что значительно отличается от показателей при мини доступе: продолжительность операции Me = 30 мин, пребывание в стационаре Me = 6 дней, пребывание в ОАРИТ Me = 0 дней после операции.

#### **Выводы**

Использование мини-доступа при проведении ПТЭ позволяет статистически значимо уменьшить продолжительность хирургического вмешательства, дни пребывания в ОАРИТ после операции и в стационаре.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Maloinvazivnye operacii v lechenii pervichnogo giperparatireoza / I. V. Slepcev [et al.] // Endokrinnaya hirurgiya. — 2012. — Vol. 4. — P. 24–33.
2. Worldwide trends in the surgical treatment of primary hyperparathyroidism in the era of minimally invasive parathyroidectomy / W. R. Sackett [et al.] // Arch Surg. — 2002. — Vol. 137. — P. 1055–1059.

УДК 616.447-089.87-089.5

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИДОВ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ**

**Крот И. И., Савицкая К. А., Крент А. А.**

**Научные руководители: к.м.н., доцент В. В. Похожай;  
к.м.н., доцент А. В. Величко**

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

#### **Введение**

На данный момент выбор анестезиологического пособия является неотъемлемой частью успешного оперативного лечения. Основной объём операций производится под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией лёгких. В настоящее время имеются единичные сообщения о применении местной инфильтративной анестезии при паратиреоидэктомии. Так, по данным George Garas, в Англии в 2015 г. данную методику применяли лишь в одной клинике. Использование местной анестезии при ПТЭ снижает послеоперационные риски, и расширяет показания данной операции для групп пациентов с сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы, которые имеют высокие анестезиологические риски [1].

#### **Цель**

Определить преимущество использования различных анестезиологических пособий при проведении паратиреоидэктомии, по показателям продолжительности операции, длительности пребывания в ОАРИТ и стационаре.