

3. Частота НУР при устранении дефектов большого размера выше, чем при малых дефектах, соответственно, 57,7 и 47,9%, различие незначимое.

4. Частота НУР при отсутствии факторов риска выше, чем при их наличии, соответственно, 61,8 и 50 %, различие незначимое.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванов, С. А.* Устранение сквозных дефектов наружного носа пластическим материалом с использованием аллохряща / С. А. Иванов, И. Д. Шляга // Проблемы здоровья и экологии. 2016. № 2 (48). С. 99–104.
2. *Иванов, С. А.* Реконструкция наружного носа с использованием лобного лоскута — анализ эстетических результатов / С. А. Иванов, О. Г. Хоров // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2020. № 3. С. 38–44.
3. Distribution of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma by facial aesthetic unit / J. H. Choi [et al.] // Arch PlastSurg. 2013. Jul. Vol. 40(4). P. 387–391.
4. Effects of carving plane, level of harvest, and oppositional suturing techniques on costal cartilage warping / J. P. Farkas [et al.] // PlastReconstrSurg. 2013. Aug. Vol. 132(2). P. 319–325.
5. *Moolenburgh, S. E.* Psychological, Functional and Aesthetic Outcome after Nasal Reconstruction / S. E. Moolenburgh // Rotterdam: IpskampDrukkers BV. 2009.

УДК 616.447-008.64-071/-078-089

### КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

*Жандарова В. Г., Гертман В. Д.*

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

**к.м.н., доцент А. В. Величко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**Государственное учреждение**

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

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Первичный гиперпаратиреоз — заболевание, развивающееся в результате первичного поражения паращитовидных желез (ПЩЖ) (аденома, гиперплазия, рак), обусловленное гиперпродукцией паратиреоидного гормона (ПТГ) и проявляющееся нарушением обмена кальция и фосфора, поражением костной системы и (или) внутренних органов (в первую очередь, почек и ЖКТ) [1, 2, 3].

Единственным радикальным методом лечения ПГПТ является хирургическое удаление гиперфункционирующей ткани ПЩЖ [4].

На данный момент применяются различные виды оперативных вмешательств. Широко используется классический поперечный доступ к щитовидной железе по Кохеру. 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 доказано снижает время оперативного вмешательства [5].

Применение мини-инвазивных методов является не столько косметологически выгодным (доступ около 2,5–3 см), сколько менее травматичным. Снижается интраоперационная травма тканей, а у врача появляется прямой доступ к ОЩЖ [6].

#### **Цель**

Изучить результаты хирургического лечения первичного гиперпаратиреоза.

#### **Материал и методы исследования**

Участниками исследования являлись 50 пациентов с первичным гиперпаратиреозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении (трансплантации, эндокринной и реконструктивной хирургии) ГУ «Республиканский науч-

но-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ») в период с 01.01.2020 по 31.12.2020 гг. Медиана возраста пациентов составила 57 ( $Q_{25\%}$  — 48;  $Q_{75\%}$  — 66) года. Количество женщин составило 43 (86 %), мужчин — 7 (14 %) человек. Клиническое исследование одобрено комитетом по этике ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ».

Полученные количественные данные подвергали статистической обработке с использованием программы «Statistica» 10.0. с учетом нормальности распределения для независимых выборок. Соответствие распределения количественных показателей нормальному закону определяли с использованием теста Шапиро-Уилка. Данные описательной статистики по количественным показателям представлены в виде медианы и квартилей — Me ( $Q_{25\%}$ ;  $Q_{75\%}$ ). Нулевую гипотезу отклоняли при уровне статистической значимости  $p < 0,05$ .

Всем пациентам в предоперационном периоде проведен комплекс диагностических исследований, включающий анализ жалоб, анамнеза, данных физического обследования, исследование гормонального фона, общее и биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, методы топической диагностики: УЗИ паращитовидных желез, сцинтиграфию с  $^{99m}\text{Tc}$ -технетрилом, компьютерную томографию шеи и средостения.

Среди участников исследования 46 (92 %) проживали в городе, 4 (8 %) — в сельской местности. Подавляющее большинство проживали в Гомеле и Гомельской области — 22 (44 %), Могилёве и Могилёвской области — 10 (20 %), Бресте и Брестской области — 7 (14 %), Витебске и Витебской области — 4 (8 %), Гродно и Гродненской области 4 (8 %), Минске и Минской области — 3 (6 %).

Всем пациентам была выполнена паратиреоидэктомия по поводу ПГПТ. В зависимости от вовлечения в патологический процесс костных структур пациенты были разделены на две группы:

1-я группа — пациенты с костной формой гиперпаратиреоза, имеющие остеопороз ( $n = 19$ ).

2-я группа — пациенты, с мягкой формой ГПТ, у которых клинически и лабораторно остеопороз не выявлен ( $n = 31$ ).

При проведении частотного анализа между группами пациентов с различными видами оперативных вмешательств по частоте встречаемости сопутствующей патологии различий не выявлено.

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

Всем пациентам была выполнена паратиреоидэктомия по поводу первичного гиперпаратиреоза. После проведенного лечения все они в удовлетворительном состоянии были выписаны из стационара на амбулаторный этап реабилитации.

Большинство пациентов были прооперированы мини-доступом 47 (94 %), по Кохеру — 3 (6 %). Оперативное вмешательство проводилось под эндотрахеальным наркозом у 50 (100 %) участников исследования.

В дооперационном периоде пациенты, которым производились различные виды оперативного вмешательства по поводу ПГПТ, не имели статистически значимых различий по возрасту, концентрации фосфора и уровня паратгормона до и после операции в сыворотке крови. Статистически значимое различие выявлено по концентрации общего кальция. Результаты расчетов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Возраст и биохимические показатели в группах пациентов с ПГПТ до операции. Me ( $Q_{25\%}$ ;  $Q_{75\%}$ )

Показатель	1-я группа ( $n = 19$ )	2-я группа ( $n = 31$ )	U	Z	p
Возраст, лет	61 (41; 81)	54 (24; 82)	201,	1,86	0,06
Са общ, ммоль/л	2,59 (1,24; 3,1)	2,49 (1,44; 3,11)	192,5	2,029	0,042
Форсфор, ммоль/л	0,88 (0,65; 1,27)	0,83 (0,62; 1,09)	251	0,859	0,86
ПТГ, пкмоль/мл	197,63 (72,1; 419)	214,9 (67,9; 843)	240,5	1,069	0,285

По уровню гиперкальциемии в дооперационном периоде у абсолютного большинства пациентов (48 (96 %)) была диагностирована тяжелая степень (уровень ионизированного Ca > 2 ммоль/л). У 2 (4 %) пациентов была выявлена легкая степень гиперкальциемии.

У пациентов с первичным гиперпаратиреозом наблюдали изолированное поражение верхней правой паращитовидной железы в 3 (6 %) случаях, левой верхней — в 4 (8 %), правой нижней — в 19 (38 %), левой нижней — в 18 (36 %). В 6 случаях отмечалось сочетанное поражение паращитовидных желез. Распределение частот изолированных и сочетанных поражений паращитовидных желез в группе участников исследования представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Частота изолированных и сочетанных поражений паращитовидных желез у пациентов с первичным гипертиреозом

Поражение паращитовидных желез*	Количество случаев	
	1-я группа (n = 19)	2-я группа (n = 31)
ЛН	7 (14 %)	11 (22 %)
ПН	5 (10 %)	14 (28 %)
ЛВ	3 (6 %)	1 (2 %)
ПВ	1 (2 %)	2 (4 %)
ЛН+ПН	1 (2 %)	2 (4 %)
ПВ+ЛВ	1 (2 %)	2 (4 %)

*Примечание.* ЛН — левая нижняя ПЩЖ; ПН — правая нижняя ПЩЖ, ЛВ — левая верхняя ПЩЖ; ПВ — правая верхняя ПЩЖ.

Как видно из данных, приведенных в таблице 2, наибольшая частота встречаемости поражения паращитовидных желез приходится на нижнюю пару. Суммарно поражение данной пары встречается в 80 % всех случаев ПГПТ.

При проведении анализа различий между группами пациентов в зависимости от наличия остеопороза не выявлено статистически значимых различий ( $p = 0,466$ ) по размерам железы, которые определяли интраоперационно. В 1-й группе медиана размера железы составила 135 (96; 320) мм, во 2-й — 120 (96; 170) мм.

Был проведен анализ по длительности пребывания пациентов в стационаре. Количество дней пребывания в стационаре до операции составило 3 (1; 12), после — 5 (1; 12).

Уровень ПТГ до и после операции статистически значимо не различался в 1-й и 2-й группах (таблица 3). Во всех случаях снижение уровня ПТГ произошло более чем на 50 % от исходного.

Таблица 3 — Уровень ПТГ в группах пациентов до и после операции

Показатель	1-я группа (n = 19)	2-я группа (n = 31)	U	Z	p
ПТГ до, пкмоль/мл	197,63 (72,1; 419)	214,9 (67,9; 843)	240,5	1,069	0,285
ПТГ после, пкмоль/мл	39,61 (15; 89,3)	34,55 (15,4; 71)	256	0,76	0,448

У 2 пациентов из 1-й группы в раннем послеоперационном периоде были диагностированы осложнения в виде кровотечений. Проведена ревизия в обоих случаях.

Сравнительный анализ показывает, что ни в одном случае после операции не отмечалось полного нарушения подвижности голосовых складок. Рецидив ГПТ отмечался в 1 случае.

Эффективным методом диагностики ПГПТ в 30 случаях было УЗИ.

Во всех 50 случаях оперативное вмешательство заканчивалось оставлением дренажа в паратиреоидном пространстве.

### **Выводы**

1. При ПППТ наиболее часто поражается нижняя пара паращитовидных желез.
2. Костная форма у пациентов диагностировалась значительно реже.
3. В большинстве случаев (94 %) при проведении ПТЭ предпочтение отдавалось хирургическому вмешательству из мини-доступа. Низкое количество осложнений после операции указывает, что данный метод является менее травматичным по отношению к другим.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Фархутдинова, Л. М. Первичный гиперпаратиреоз: проблемы и пути решения / Л. М. Фархутдинова // Медицинский вестник Башкортостана. 2010. № 1. С. 65–70.
2. Никонова, Л. В. Гиперпаратиреоз. Часть I / Л. В. Никонова, В. Н. Волков, С. В. Тишковский // Журнал ГГМУ. 2005. № 3. С. 12–16.
3. Эпидемиология первичного гиперпаратиреоза / И. И. Дедов [и др.] // Проблемы эндокринологии. 2010. № 5. С. 3–7.
4. Bart, L. Primary Hyperparathyroidism and Hypoparathyroidism / L. Bart // Hospital physician. 2000. Vol. 2, № 1. P. 2–12.
5. Малоинвазивные операции в лечении первичного гиперпаратиреоза / И. В. Слепцов [и др.] // Эндокринная хирургия. 2012. № 4. С. 24–33.
6. Голохвастов, Н. Н. Гиперкальциемия. Первичный гиперпаратиреоз / Н.Н. Голохвастов. СПб.: Гиппократ, 2003. 134 с.

**УДК 618.19-006.6-037**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Жижкевич А. Е., Евдокимова А. В.**

**Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Беляковский**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Рак молочной железы (РМЖ) на сегодняшний момент является ведущей патологией и стоит на втором месте по распространенности среди всех злокачественных опухолей и является наиболее частым онкологическим заболеванием у женщин почти во всех экономически развитых странах. В 2020 г. РМЖ был зарегистрирован у 2,2 млн женщин, при этом зафиксировано 685 тыс. случаев летального исхода от данного заболевания в мире. Ежегодно в Республике Беларусь выявляется около 5 тыс. новых случаев — это 10 % от общего количества заболевших всеми онкологическими заболеваниями [1, 2].

На сегодняшний день существуют различные факторы риска развития РМЖ. К таким факторам относятся повышение возраста, ожирение, наследственная предрасположенность, злоупотребление алкоголем и табакокурение, нарушения со стороны репродуктивной системы женщины и гормональная терапия в период постменопаузы [3].

Основным методом снижения количества смертности от РМЖ является сочетание ранней диагностики и последующее эффективное лечение, с применением хирургических методов лечения, лучевой терапии и терапевтического лечения согласно современным алгоритмам [4].

### **Цель**

Провести анализ анамнестических данных пациенток, посвященных исследованию факторам риска рака молочной железы, определить и изучить наиболее значимые из них.