

В роднике по улице Подгорной г. Гомеля и в д. Лопатино, содержание нитратов достигало 100 мг/л, что превысило допустимую норму в 2 раза.

Образцы воды, взятые в д. Санюки и в г. Гомеля по ул. Свиридова нитратов не выявлено. Проба из д. Гажин показала содержание нитратов равному от 10–45 мг/л, что не превышает допустимые нормы.

Выводы

Не выявлено содержание нитратов выше нормы в деревне Санюки и по улице Свиридова г. Гомеля, а также источник в деревне Гажин.

В деревне Маяк и Лопатино и в роднике по улице Подгорной, допустимая норма нитратов превышает значение нормы в 2–5 раз.

При употреблении длительного времени воды из источников, превышающих допустимые нормы содержания нитратов может отрицательно сказаться на здоровье человека в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипов, М. А. Комплексное использование и охрана водных ресурсов / М. А. Антипов, И. В. Заикина, Н. А. Безденежных. — СПб.: Проспект науки, 2013. — 134 с.
2. Экология человека и окружающей среды. Новые методы и средства оздоровления / В. Т. Яковенко [и др.]. — Минск: Белорусский социально-экологический союз «Чернобыль», 2014. — 91 с.
3. Водно-болотные угодья особого природоохранного значения вдоль границы Беларуси, России и Украины. — М.: Медиа-ПРЕСС, 2014. — 164 с.

УДК 616.447-002-089.87:612

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ASA НА ВЫБОР МЕТОДА ГИПЕРПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

Похожай В. В.

Учреждение образования

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

Введение

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) — заболевание, развивающееся в результате первичного поражения паращитовидных желез (ПЩЖ) (аденома, гиперплазия, рак), и обусловленное гиперпродукцией паратиреоидного гормона, проявляющееся нарушением обмена кальция и фосфора, поражением костной системы и (или) внутренних органов [1]. Единственно приемлемым и патогенетически обоснованным методом коррекции ПГПТ в настоящее время является хирургический метод [2]. В современной эндокринной хирургии, до сих пор нет единого мнения относительно единых подходов к оперативному лечению патологии ПЩЖ [3]. На данный момент времени применяются различные виды оперативных вмешательств. Наиболее широко используется классический поперечный доступ к щитовидной железе по Кохеру [4]. Однако, все большее значение принимает использование мини-доступа в комбинации с различными видами анестезиологического пособия [5].

Цель

Исследование результатов дифференцированного хирургического лечения пациентов с ПГПТ в зависимости от их физического состояния по шкале ASA.

Материал и методы исследования

Участниками исследования являлись 200 пациентов, с первичным гиперпаратиреозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНЦ РМ и ЭЧ») в период с 2013 по 2015 гг. Всем пациентам была произведена паратиреоидэктомия по поводу ПГПТ. В зависимости от методики оперативного доступа и анестезиологического пособия все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа — пациенты, прооперированные из стандартного доступа по Кохеру, с использованием эндотрахеальной анестезии (n = 45);

2-я группа — пациенты, прооперированные из мини-доступа с применением эндотрахеальной анестезии (n = 113); 3-я группа — пациенты, прооперированные из мини-доступа с использованием местной инфильтративной анестезии по Вишневскому (n = 42).

На основании полученных данных по группам физического состояния ASA, с целью более наглядного и удобного распределения пациентов нами были сформированы условные группы риска по данному критерию. В группу низкого риска были включены пациенты 1 класса ASA, в группу среднего риска — пациенты 2 класса ASA, а в группу высокого риска — пациенты 3 и 4 классов ASA. Различий в дооперационном периоде между группами пациентов по рискам ASA в исследуемых группах выявлено не было ($\chi^2 = 1,89$; $p = 0,388$).

Полученные данные обработаны с помощью программы «Statistica» 6,1 и «MedCalc Software».

Результаты исследования и их обсуждение

Выявленное отсутствие статистически значимых различий между группами риска ASA в зависимости от пребывания в ОАРИТ среди пациентов 1-я группы исследования ($\chi^2 = 2,248$; $p = 0,325$), указывает на тот факт, что в послеоперационном периоде они были переведены в данное отделение для интенсивного наблюдения, предупреждения и раннего выявления возможных осложнений, которые могли бы быть связаны как с оперативным вмешательством, так и с сопутствующей патологией.

Среди пациентов 2-я группы выявлены статистически значимые различия между днями пребывания в ОАРИТ после ПТЭ в зависимости от группы физического состояния ASA ($\chi^2 = 12,95$; $p = 0,0015$). Так, различия выявлены между пациентами со средним и высоким рисками ($\chi^2 = 8,091$; $p = 0,00445$), а также между пациентами с низким и высоким рисками ($\chi^2 = 13,488$; $p = 0,00024$). Статистически значимых различий между пациентами с низким и средним уровнями риска ASA выявлено не было ($\chi^2 = 2,630$; $p = 0,105$).

Пациенты 3-й группы исследования ни в одном из наблюдаемых случаев не были переведены в отделение ОАРИТ в послеоперационном периоде.

Выявленное отсутствие статистически значимых различий, в общей выборке пациентов, между критерием ASA и фактом пребывания в ОАРИТ ($\chi^2 = 1,889$; $p = 0,39$), временем оперативного вмешательства (Kruskal-Wallis test: $H = 0,741$; $p = 0,69$), днями пребывания в стационаре (Kruskal-Wallis test: $H = 1,183$; $p = 0,55$) и днями пребывания в ОАРИТ (Kruskal-Wallis test: $H = 1,04$; $p = 0,6$) позволяет сделать вывод, что именно характер правильно назначенного хирургического лечения влияет на данные интра-, и послеоперационных характеристик лечения пациентов с ПГПТ.

Выводы

Отсутствие статистически значимых различий в распределении пациентов с различными категориями ASA между группами ($\chi^2 = 11,579$; $p = 0,072$) в дооперационном периоде позволяет сделать вывод, что именно правильно выбранная оперативная и анестезиологическая тактика влияют на показатели адекватности операции, дней проведенных в ОАРИТ и стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фархутдинова, Л. М. Первичный гиперпаратиреоз: проблемы и пути решения / Л. М. Фархутдинова // Мед. вестн. Башкортостана. — 2010. — Т. 5, № 1. — С. 65–70.
2. Randomized controlled clinical trial of surgery versus no surgery in patients with mild asymptomatic primary hyperparathyroidism / D. S. Rao [et al.] // J. of Clinical Endocrinology a. Metabolism. — 2004. — Vol. 89, № 11. — P. 5415–5422.
3. Zanocco, K. How should age at diagnosis impact treatment strategy in asymptomatic primary hyperparathyroidism? A cost-effectiveness analysis / K. Zanocco, C. Sturgeon // Surgery. — 2008. — Vol. 144, № 2. — P. 290–298.
4. Эндокринная хирургия: рук-во для врачей / С. С. Харнас [и др.]; под ред. С. С. Харнаса. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 490 с.
5. Современные аспекты диагностики и лечения первичного гиперпаратиреоза / И. В. Котова [и др.] // Современные аспекты хирургической эндокринологии: материалы XIX Рос. симп. с Междунар. участием, Челябинск, 15–17 сент. 2010 г. / Челяб. гос. мед. акад. — Челябинск, 2010. — С. 170–173.