

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 анестезиологических пособий при проведении паратиреоидэктомии. 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 ПППТ в зависимости от вида анестезиологического пособия при ПТЭ

Показатель	ЭТН (n = 158)	МА (n = 42)	U	Z	p
Продолжительность операции	35 (25; 50)	25 (20; 30)	1490	-5,483	<0,001
Дни пребывания в стационаре	7 (6; 9)	5 (4; 6)	851,5	-7,398	<0,001
Дни пребывания в ОАРИТ после операции	1 (0; 2)	0 (0; 0)	903	-7,244	<0,001

Из таблицы 1 видно, что продолжительность операции при местной анестезии по медиане составила $Me = 25$ минут, что значительно меньше чем при эндотрахеальном наркозе $Me = 35$ минут, также дни пребывания в стационаре по медиане при местной анестезии составили $Me = 5$ дней, при эндотрахеальном наркозе $Me = 7$ дней. В отличии от эндотрахеального наркоза $Me = 1$ дней пребывания в ОАРИТ, пациенты с мини доступом не нуждались в послеоперационном пребывании в ОАРИТ.

Выводы

Применение мини-доступа в сочетании с местной инфильтративной анестезией при проведении ПТЭ, позволяет статистически значимо уменьшить продолжительность хирургического вмешательства, снизить послеоперационный койко-день, а также исключить пребывание пациентов в условиях ОАРИТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Is robotic parathyroidectomy a feasible and safe alternative to targeted open parathyroidectomy for the treatment of primary hyperparathyroidism? / George Garas [et al.] // International Journal of Surgery. — 2015. — Vol. 15. — P. 55-60.

УДК 616.447-089.87-089.5

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИДОВ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ И ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ 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

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].

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 [3]. 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.

Цель

Определить преимущество использования различных анестезиологических пособий 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. Всем пациентам была выполнена паратиреоидэктомия по поводу ПГПТ. В зависимости от методики хирургического 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 — пациенты, прооперированные с использованием мини-доступа с применением местной инфильтративной анестезии по Вишневскому (n = 42).

Результаты исследования и их обсуждение

Был проведён анализ различий между группами пациентов с различными видами анестезиологических пособий при проведении паратиреоидэктомии. 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 ПГПТ в исследуемых группах

Показатель	1-я группа (n = 45)	2-я группа (n = 113)	3-я группа (n = 42)	N	p
Продолжительность операции	40 (35; 60)	30 (25; 45)	25 (20; 30)	43,546	<0,001
Дни пребывания в стационаре	8 (7; 9)	7 (6; 9)	5 (4; 6)	59,823	<0,001
Дни пребывания в ОАРИТ после операции	1 (1; 2)	1 (0; 2)	0 (0; 0)	61,972	<0,001

Как видно из приведенной таблицы, наименьшая продолжительность операции была в группе 3, наибольшая в группе 1. Так же пациенты 3 группы не нуждались в послеоперационном пребывании в ОАРИТ, что объясняется применением местной анестезии, и отсутствием анестезиологических показаний к интенсивному медикаментозному ведению после ПТЭ. Наиболее долгое пребывание пациентов в стационаре отмечено у пациентов 1 группы, наименьшее в 3 группе.

Выводы

Использование мини-доступа при проведении ПТЭ под местной инфильтративной анестезией, позволяет статистически значимо уменьшить продолжительность хирургического вмешательства, также снизить послеоперационный койко-день, и исключить пребывание пациентов в условиях ОАРИТ. В подавляющем большинстве случаев, наиболее оптимальным является выполнение паратиреоидэктомии из мини-доступа, а её модификация с применением местной анестезии позволяет успешно дополнить арсенал известных хирургических вмешательств при ПГПТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Maloinvazivnye operacii v lechenii pervichnogo giperparatireoza / I. V. Slepcev [et al.] // *E'ndokrinnaya 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.
3. Is robotic parathyroidectomy a feasible and safe alternative to targeted open parathyroidectomy for the treatment of primary hyperparathyroidism? / George Garas [et al.] // *International Journal of Surgery*. — 2015. — Vol. 15. — P. 55–60.

УДК 616.447-036.22:616.447-008.61-021.3

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННЫХ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ

Крот И. И., Макаричкова Ю. Ю., Мельникова К. 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

Первичный гиперпаратиреоз — заболевание, развивающееся в результате первичного поражения паращитовидных желез (ПЩЖ), (аденома, гиперплазия, рак), и обусловленное гиперпродукцией паратиреоидного гормона (ПТГ). Первичный гиперпаратиреоз во многих странах, является одной из главных эндокринных патологий, и стоит в одном ряду с сахарным диабетом и патологией щитовидной железы, имеющих огромное социальное значение, из-за распространённости и негативных последствий на состояние здоровья пациентов [1, 2].

Выделяют первичный, вторичный и третичный гиперпаратиреоз. При первичном ГПТ (I ГПТ) гиперпродукция ПТГ, как правило, связана с развитием автономно- функционирующей аденомы ОЩЖ, реже — двух или нескольких аденом с диффузной гиперплазией или раком ОЩЖ. Вторичный гиперпаратиреоз (II ГПТ) — это реактивная гиперпродукция ПТГ гиперфункционирующими и/или гиперплазированными ОЩЖ в условиях длительной гиперфосфатемии при хронической почечной недостаточности; хронической гипокальциемии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Третичный гиперпаратиреоз (III ГПТ) — состояние, связанное с развитием аденомы ОЩЖ и ее автономным