

метода из-за сопутствующих заболеваний. Лечение не было проведено 63 (18,4 %) пациентам в связи с отказом или тяжелым общим состоянием.

Локорегионарное прогрессирование рака СОПР в течение 5 лет после проведенного лечения отмечено у 193 (56,3 %) пациентов из всего коллектива. Клиническим проявлением прогрессирования было развитие локального рецидива (166 наблюдений) и рост регионарных метастазов (44 наблюдения). Лечение по поводу рецидива рака было проведено 62 пациентам из 193 (32,1 %).

В течение 5-летнего периода умерли из-за рака 202 пациента из всего коллектива (58,9 %). В том числе, 5-летняя летальность, связанная с заболеванием, составила 74 случая для I–II стадии опухоли (44,6 %) и 128 случаев для III–IV стадии (72,3 %). Различие по этому показателю является статистически значимым,  $p < 0,05$ . Это подтверждает худший прогноз рака СОПР при распространенной стадии заболевания. Число случаев смерти от рака СОПР в течение 1 года после установления диагноза во всем коллективе составило 141 (41,1 %), в том числе среди ЛТВ — 57 из 194 (29,4 %), среди ЛНВ — 84 из 149 (56,3 %). Одногодичная летальность среди ЛТВ не имеет статистически значимого различия по сравнению с ЛНВ ( $p = 0,739$ ). Однако, высокая доля смертности среди лиц трудоспособного возраста определяет актуальность проблемы ранней и своевременной диагностики заболевания.

#### **Выводы**

Ежегодное число новых случаев рака СОПР в Гомельской области в 2011–2015 гг. составило в среднем около 70 случаев. Отношение числа заболевших мужчин к числу женщин — 6,5:1. Опухоль выявлена в I–II стадии у 48,7 % пациентов. ЛТВ среди исследуемого коллектива составили 56,6 %. Одногодичная летальность составила 69,8 %. Прогрессирование опухоли выявлено у 61,2 % пациентов в течение пятилетнего мониторинга.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Montero, P. H. Cancer of the oral cavity / P. H. Montero, S. G. Patel // Surg Oncol Clin N Am. — 2015. — Vol. 24, № 3. — P. 491–508.*
2. *Fanaras, N. Oral Cancer Diagnosis in Primary Care / N. Fanaras, S. Warnakulasuriya // Prim Dent J. — 2016. — Vol. 5, № 1. — P. 64–68.*
3. *Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2007–2016) / А. Е. Океанов [и др.]. — Минск: РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2017. — 286 с.*

**УДК 616.447-008.61-021.3-071**

### **ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИЕОЗА**

**Крот И. И., Савицкая К. А., Макаричкова Ю. Ю.**

**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 настоящее время первичный гиперпаратиреоз (ППТ) является третьим по распространенности после сахарного диабета и патологии щитовидной железы эндокринным заболеванием и одной из наиболее частых причин остеопороза и переломов среди вторичных остеопатий. Частота встречаемости первичного ППТ показателей заболеваемости обусловлена сложностями в диагностике ранних форм ППТ, наличием нормо- и гипокальциемических форм, уровнем диагностики ППТ, наличием или отсутствием скрининга среди населения на наличие гиперкальциемии [1].

При ПГПТ нарушен механизм подавления секреции ПТГ в ответ на гиперкальциемию. Избыточная продукция ПТГ обуславливает снижение почечного порога реабсорбции фосфатов, что провоцирует развитие гипофосфатемии и гиперфосфатурии [2].

Известны несколько форм гиперпаратиреоза в зависимости от клинической картины: мягкая (бессимптомная); костная, характеризующая прогрессирующим снижением и изменением микроархитектоники костной ткани; висцеральная, основными проявлениями которой является: метеоризм, похудание, запоры, панкреатит, аритмии, артериальная гипертензия, нефрокальциноз, нефролитиаз; костно-висцеральная представляет собой сочетание вышеизложенных форм; смешанная [2].

Основными лабораторными критериями является увеличению кальция в крови и уменьшению его содержания в костной ткани [3].

### **Цель**

Дать клиничко-лабораторную характеристику пациентов с гиперпаратиреозом.

### **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**

В дооперационном периоде пациенты, которым производились различные виды оперативного вмешательства по поводу первичного ПГПТ не имели статистически значимых различий по возрасту, концентрации общего и ионизированного кальция, фосфора и уровня ПТГ в сыворотке крови. Результаты расчётов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Возраст и биохимические показатели в группах пациентов с ПГПТ до операции

Показатель	1-я группа (n = 45)	2-я группа (n = 113)	3-я группа (n = 42)	Н	р
Возраст, лет	53 (50; 61)	56 (50; 62)	53 (49; 60)	1,876	0,392
Са общ, ед. изм.	2,32 (2,2; 2,56)	2,38 (2,23; 2,54)	2,39 (2,22; 2,52)	0,485	0,785
Ca <sup>2+</sup> , ед. изм.	1,245 (1,13; 1,305)	1,2 (1,11; 1,25)	1,165 (1,11; 1,31)	3,163	0,206
Фосфор	0,78 (0,64; 1,06)	0,93 (0,85; 1,03)	0,82 (0,79; 1,08)	0,693	0,707
ПТГ, пкмоль/мл	204,6 (127,2;315,1)	169,3 (115,1; 260,9)	183,25 (126,1; 258,9)	1,601	0,449

По уровню гиперкальциемии в дооперационном периоде, у абсолютного большинства пациентов (198 (99 %)) была диагностирована лёгкая степень (уровень ионизированного Са < 2,0 ммоль/л). У двух пациентов (1 %), была выявлена тяжёлая степень гиперкальциемии: 2,54 и 5,54 ммоль/л.

В зависимости от клинических проявлений ПГПТ были выделены следующие формы: мягкая, висцеральная, костная и костно-висцеральная. Данные распределения пациентов в зависимости от формы представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Частота распределения пациентов с ПГПТ в зависимости от клинического проявления заболевания

Форма	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Всего
Висцеральная	10 (22,2 %)	19 (16,8 %)	9 (21,4 %)	38 (19 %)
Костная	6 (13,3 %)	38 (33,6 %)	9 (21,4 %)	53 (26,5 %)
Костно-висцеральная	18 (40 %)	30 (26,5 %)	8 (19 %)	56 (28 %)
Мягкая	11 (24,4 %)	26 (23 %)	16 (38,1 %)	53 (26,5 %)
Всего	45 (100 %)	113 (100 %)	42 (100 %)	200 (100 %)

### **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. E'tiologiya, 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.