

патии встречаются в более молодом возрасте, а средний возраст составил 35,5 и 37,6 лет соответственно.

Среди операций наиболее часто хирурги отделения выполняли секторальную резекцию молочной железы, что связано с преобладанием в период с 15.05.2019 по 01.07.2019 гг. доброкачественных новообразований и мастопатий. 44,8 % операций прошли под эндотрахеальным наркозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванов, С. А.* Рак молочной железы: учеб.-метод. пособие / С. А. Иванов, И. К. Кривенчук, В. А. Кривенчук. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — 36 с.
2. *Суконко, О. Г.* Руководство по онкологии. В 2 т. Т. II. В 2 кн. Кн. 1 / О. Г. Суконко; под общ. ред. О. Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н. Н. Александрова. — Минск: Беларус. Энцыкл. імя П. Броўкі, 2016. — 632 с.
3. *Ганцев, Ш. Х.* Рак молочной железы: рук-во для врачей / Ш. Х. Ганцев; под ред. Ш. Х. Ганцева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 128 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста»).

УДК 616.89-008.441:616.447-008.61]-07

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ ПОСРЕДСТВОМ ШКАЛЫ ЦУНГА

Жизневская В. А.

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

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

Введение

Гиперпаратиреоз — заболевание, связанное с патологической гиперпродукцией паратиреоидного гормона (ПТГ), опухолево-измененными или гиперплазированными паращитовидными железами и развитием синдрома гиперкальциемии. В структуре заболеваний эндокринной системы первичный гиперпаратиреоз занимает четвертое место после сахарного диабета, ожирения и тиреотоксикоза. В настоящее время в Республике Беларусь ежегодно выявляется 150–200 случаев в год. Распространённость увеличивается с возрастом и выше среди женщин. Основным регулирующим фактором функционального состояния паращитовидной железы является уровень кальция в крови, снижение которого стимулирует специфические кальциевые рецепторы на поверхности паратиреоцитов, что приводит к повышению ПТГ в плазме крови. Основными клетками-мишенями являются остеобласты, что в дальнейшем приводит к пролиферации остеокластов. С прогрессированием заболевания развивается эндостальная резорбция, а также проксимальные каналы почек. Влияние гиперкальциемии на ЦНС связано с ишемическим повреждением нейронов, вследствие вазоконстрикции и инициации каскада апоптоза. Может проявляться в виде эмоциональной неустойчивости, спутанности сознания, делирия, психоза, ступора и комы [3]. В настоящее время ряд авторов относит психоэмоциональную форму ППТ к малосимптомным формам, тем самым подтверждая актуальность данной проблемы [4, 5]. Таким образом, проблема гиперпаратиреоза становится не только медицинской, но и социальной, и требует повышенного внимания к ранней диагностике и своевременно начатому лечению. Для исследования была использована шкала ZARS.

Шкала Цунга для самооценки тревоги (Zung Self-Rating Anxiety Scale ZARS) — ценный инструмент в изучении психических расстройств пациентов. Данная шкала является неспецифическим методом. Внешняя валидность шкалы подтверждена клиническими данными и результатами факторного

анализа. Анкета заполняется пациентом в течение трёх минут после краткого инструктирования. Пациента просят поставить отметки в ячейках тех вариантов ответов, которые, по его мнению, наиболее точно соответствуют его состоянию. Структура шкалы включает в себя 20 вопросов, каждый из которых определяет субъективную частоту возникновения того или иного симптома, ранжированной в четырёх градациях степени выраженности по каждому пункту: (1 — очень редко, 4 — постоянно для всех пунктов, кроме 5, 15, 9, 13, 17 и 19-го для которых, значения являются «зеркальными», 4 — очень редко, а 1 — постоянно). Пункты шкалы разделены на две группы. Сумма баллов первой группы прибавляется к сумме баллов второй группы. Максимальный суммарный балл составляет 80. Уровни тревожности по данной клинической шкале подразделяются следующим образом: 20–40 баллов — уровень тревоги низкий, 41–60 баллов — средний уровень тревоги, 61–80 баллов — высокий уровень тревожности [1]. Индекс тревоги рассчитывается делением полученного при обследовании пациента суммарного балла на максимально возможный суммарный балл (80) [2].

Цель

Изучение уровня тревоги пациентов с первичным гиперпаратиреозом в дооперационном периоде, и в отдалённые сроки после паратиреоидэктомии посредством шкалы Цунга.

Материал и методы исследования

Паратиреоидэктомия поражённой околощитовидной железы — единственный радикальный метод лечения с высокой эффективностью. Для проведения исследования, нами была сформирована группа из 90 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 «РНПЦРМиЭЧ»). Средний возраст пациентов составил 56 лет (26–77 лет). Количество мужчин составило 11 (12 %) человек, количество женщин составило 79 (88 %) человек. Клиническое исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией 1975 г., и одобрено комитетом по этике ГУ «РНПЦРМиЭЧ».

Всем пациентам в предоперационном периоде проведён комплекс диагностических исследований, включающий анализ жалоб, анамнеза, данных физикального обследования, исследование гормонального фона, общее и биохимическое исследование крови, общий анализ мочи, методы топического исследования — УЗИ паращитовидных желёз, сцинтиграфию с ^{99m}Tc -технетрилом, компьютерную томографию шеи и средостения.

В дооперационном периоде пациентами были заполнены шкалы самооценки уровня тревожности Цунга.

Всем пациентам в плановом порядке была выполнена паратиреоидэктомия. При этом следует отметить, что в послеоперационном периоде пациенты были разделены на 3 группы по виду проведённой операции:

Группа 1 — пациенты, прооперированные с использованием стандартного доступа по Кохеру, с применением эндотрахеальной анестезии;

Группа 2 — пациенты, прооперированные с использованием минидоступа, с применением эндотрахеальной анестезии;

Группа 3 — пациенты, прооперированные с использованием минидоступа с применением местной инфильтративной анестезии раствором N01BA02 Прокаина (АТХ).

В позднем послеоперационном периоде, в промежутке от 9 до 14 месяцев с момента операции, всем пациентам почтовой отправкой были отсланы шкалы самооценки уровня тревожности Цунга, с просьбой ответить на поставленные в них вопросы.

Посредством Microsoft Excel была сформирована и зарегистрирована база данных, просчитаны результаты опросников. Полученные показатели были статистически обработаны, и проанализированы с помощью программы «Statistica» 6.1 (Stat Soft, GS-35F-5899H). Статистическую оценку осуществляли с использованием непараметрических методов.

Для количественных показателей параметры описательной статистики приведены в виде медианы и квартилей (Me (Q1; Q3)). Нулевую гипотезу отклоняли при уровне статистической значимости $p < 0,05$. Для проведения анализа различий до и после лечения по количественным показателям, распределение которых отличалось от нормального, применяли парный тест Уилкоксона (T, Z).

Результаты исследования и их обсуждение

Данные по исследованию уровня тревожности, полученные при помощи шкалы самооценки Цунга, в дооперационном периоде, и после паратиреоидэктомии, представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Уровень тревоги пациентов до, и после паратиреоидэктомии.

Показатель Цунга	До операции (N = 30)	После операции (N = 30)	T	Z	p
Группа 1	53 (46; 57)	41 (35; 45)	15,0	4,47	< 0,001
Группа 2	42 (38; 48)	38 (34; 43)	4,0	4,53	< 0,001
Группа 3	48 (38; 54)	37 (32; 39)	0	4,7	< 0,001

Как видно из таблицы 1, во всех группах исследуемых пациентов уровень тревоги был статистически значимо ниже в послеоперационном периоде, по сравнению с дооперационным ($> 0,001$). Разница показателей в первой группе составила 12 баллов, во второй группе — 4 балла, в третьей группе — 11 баллов (рисунок 1).



Рисунок 1 — Степень снижения уровня тревожности пациентов в послеоперационном периоде

Из данного рисунка следует, что преобладающее снижение произошло в группе пациентов, прооперированных из стандартного доступа по Кохеру с применением эндотрахеальной анестезии. Близким к данному значению, оказалась разница баллов в группе пациентов, прооперированных из мини-доступа с применением местной анестезии. Значительно более низкое значение разницы показателей было выявлено в третьей категории пациентов.

Выводы

Шкала самооценки тревожности Цунга не является специфическим опросником по первичному гиперпаратиреозу. Следовательно, дооперационные показатели тревожности, от части, были сформированы с учётом ожидания пациентом оперативного вмешательства. Уровень тревожности до операции во 2-й и 3-й группах пациентов ниже, по сравнению с 1-й группой. Возможно, данное явление обусловлено именно характером планируемого операционного доступа и объёмом операции. Важно отметить, что на данное предположение указывает и наибольшая частота встречаемости высокого уровня (53) тревожности в 1-й группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Zung, W. W. E. How normal is Anxiety (Current Concepts) / W. W. E. Zung. — Upjohn Company, 1980.
2. <http://psylab.info/> шкала тревожности Цунга.
3. Grechanyj, S. V. Sluchaj giperparatireoza u bol'noj s e'ndogennym psichicheskim zabolevaniem / S. V. Grechanyj, M. V. Nekrasov, A. A. Minakov // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. — 2017. — Vol. 23. — P. 84–88.
4. Harnas, S. S. E'ndokrinnaya hirurgiya / S. S. Harnas [Endocrine Surgery]. — M.: GE'OTAR-Media, 2006.
5. E'tiologiya, patogenez, klinicheskaya kartina, diagnostika i lechenie pervichnogo giperparatireoza / I. I. Dedov [et al.] // Osteoporoz i osteopatii. — 2017. — Vol. 1. — P. 13–18.

УДК 616.89-008.441:616.447-008.61-089.87

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ ДО И ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

Жизневская В. А., Мстиславский Е. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гиперпаратиреоз (болезнь Реклингаузена, гиперпаратиреоидная остеодистрофия) — эндокринное заболевание, обусловленное гиперпродукцией паратиреоидного гормона (ПТГ) патологически изменёнными паращитовидными железами (аденома, рак, гиперплазия) и характеризующееся нарушением обмена кальция и фосфора. Гиперпаратиреоз в 2 раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин (в постменопаузальном периоде — в 5 раз чаще), наблюдается в возрасте 20–70 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 40–60 лет. Распространённость составляет примерно 1–2 случая на 1000 человек. Гиперпродукция паратиреоидного гормона (fS-PTH) приводит к избыточному выведению фосфата через почки. Снижение плазменного уровня последнего стимулирует синтез кальцитриола (1,25-(OH)₂-D₃), который способствует всасыванию избытка кальция в кишечнике. Избыток паратиреоидина влечёт за собой ускорение костной резорбции, что приводит к генерализованному остеопорозу и остеодистрофии, а также гиперкальциурии. Влияние гиперпаратиреоидизма на ЦНС проявляется в виде различных психических заболеваний, с развитием эйфории или тревожных состояний с эпизодами депрессии [1], вследствие нарушения проводимости нервного импульса. В настоящее время ряд авторов относит психоэмоциональную форму ПГПТ к малосимптомным формам, тем самым подтверждая актуальность данной проблемы [2, 3]. При изучении литературных источников не были обнаружены исследования, направленные на изучение уровня тревоги данных пациентов. Для анализа нами была выбрана шкала ZARS.

Цель

Изучения уровня тревоги пациентов с первичным гиперпаратиреозом в дооперационном периоде, и в отдаленные сроки после паратиреоидэктомии.

Материал и методы исследования

Для проведения исследования нами была сформирована группа из 90 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 «РНПЦРМиЭЧ»). Средний возраст пациентов составил 56 лет (26–77 лет). Количество мужчин составило 11 (12 %) человек, количество женщин — 79 (88 %) человек. Клиническое исследование проведено в соответствии с Хельсинкской декларацией 1975 г., и одобрено комитетом по этике ГУ «РНПЦРМиЭЧ».