

послеоперационных осложнений и сократить сроки нетрудоспособности до 5 дней.

ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ И ГИПОПАРАТИРЕОЗ ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ

**ЩЕГОЛЕВ А.А.^{1,2}, ЛАРИН А.А.¹, ПАНТЕЛЕЕВ И.В.²,
УДИЛОВА А.А.², ВАЛЕТОВА Н.Ю.²**

¹ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

alarin@m-pr.tv

Послеоперационный гипопаратиреоз и гипокальциемия являются наиболее частыми осложнениями тиреоидэктомии. В Центре эндокринной хирургии на базе ГБУЗ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ за период с января 2016 по январь 2017 гг. произведено 2522 тиреоидэктомий по поводу различных заболеваний щитовидной железы. Всем пациентам на 3-й день после операции выполнено определение уровня кальция крови. У 245 (9,7%) отмечены явления гипокальциемии – снижение уровня Са крови ниже 2 ммоль/л. Из них у 211 (86,1%) больных развились клинические проявления гипокальциемии различной степени выраженности, у 34 (13,9%) больных гипокальциемия протекала бессимптомно.

Цель исследования: определить частоту возникновения транзиторного и стойкого гипопаратиреоза после тиреоидэктомии, выполненных у больных с различными заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы. В исследование включены 186 пациентов, оперированных в 2016–2017 гг. Критерии включения: уровень общего Са крови на третий день после операции менее 2 ммоль/л, известный исходный (до операции) уровень паратгормона и общего Са крови, согласие пациента на исследование паратгормона и Са в послеоперационном периоде.

Критерии исключения: выявленный в ходе предоперационного обследования уровень паратгормона и (или) Са, выходящий за референсные значения, отказ пациента от участия в исследовании.

Пациенты распределились следующим образом: женщины 180 (96,8%) больных, мужчины – 6 (3,2%) больных.

По характеру патологии: 65 (34,9%) больных оперированы по поводу диффузно-узлового токсического зоба, 57 (30,6%) – двустороннего многоузлового эутиреоидного зоба, 30 (16,1%) – диффузного токсического зоба, 18 (9,7%) – гипертрофической формы хронического аутоиммунного тиреоидита, 9 (4,9%) – по поводу малого рака щитовидной железы, 5 (2,7%) – по поводу рецидивного зоба, 2 (1,1%) – одноузлового зоба. Во всех случаях выполнена тиреоидэктомия.

У 175 (94%) пациентов имелись в различной степени выраженности клинические симптомы гипокальциемии, у 11 (6%) пациентов клинические проявления гипокальциемии отсутствовали.

Всем пациентам с выявленной гипокальциемией с 3 дня послеоперационного периода проводилась заместительная

терапия препаратами кальция в сочетании с кальцитриолом.

План обследования включал в себя определение уровня паратгормона и Са крови в предоперационном периоде, через 1,5, 3 и 6 месяцев после операции. Заместительная терапия отменялась за 3 суток до забора крови.

Результаты. Через 1,5 месяца после операции у 74 (39,7%) пациентов показатели уровня паратгормона и общего Са фактически соответствовали показателям до операции. Этим пациентам заместительная терапия была прекращена.

Через 3 месяца после операции уровень паратгормона и общего кальция восстановился еще у 58 (31,1%) пациентов, что позволило отменить заместительную терапию.

Через 6 месяцев после операции уровень паратгормона и общего кальция восстановился еще у 36 (19,3%) пациентов, что также позволило отменить заместительную терапию.

Таким образом, из 186 пациентов с явлениями послеоперационного гипопаратиреоза и гипокальциемии через 6 месяцев после операции гипопаратиреоз сохранялся у 18 (9,7%) пациентов, при этом клинические проявления гипокальциемии отмечались у 8 (4,3%) пациентов.

Обсуждение результатов. Проведенное исследование показывает, что гипокальциемия в раннем послеоперационном периоде наблюдается у 9,7% пациентов. Однако через 6 месяцев после операции гипокальциемия сохраняется у 0,9% оперированных пациентов, причем у 0,5% больных гипокальциемия протекает бессимптомно, и только у 0,4% больных после отмены заместительной терапии препаратами Са появляются клинические симптомы гипокальциемии.

Выводы: в большинстве случаев – 90,1% – гипокальциемия носит транзиторный характер, у 0,9% пациентов гипокальциемия сохраняется более 6 месяцев.

ПЕРСИСТЕНЦИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

**ЩЕГОЛЕВ А.А.^{1,2}, ЛАРИН А.А.^{1,3}, КОГУТ О.Б.^{1,2}, МАЗУРОВА О.И.³,
КРАМАРОВА Л.А.^{1,2}, КОГАН М.А.²**

¹ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

³ КБ № 85 ФМБА России

alexandr_larin@mail.ru

Вторичным гиперпаратиреозом страдает от 30 до 45% пациентов, получающих заместительную почечную терапию. Когда уровень паратгормона достигает 800 пг/мл, возникает необходимость хирургического вмешательства. Вариабельная топографическая анатомия околощитовидных желез не всегда позволяет удалить все околощитовидные железы, вследствие чего и после операции у пациентов уровень паратгормона остается высоким.

Типичным расположением верхних ОЩЖ считается задняя поверхность щитовидной железы на уровне с/3 доли, для нижних ОЩЖ – задняя поверхность нижнего полюса щитовидной железы.

В период с 2005 по 2018 годы оперировано 302 пациента с ХБП 5 стадии, страдающих вторичным гиперпаратиреозом.

Показанием к операции явились исчерпанные возможности консервативного лечения, высокий уровень паратгормона (ПТГ) более 800 пг/мл (286 пациентов – 94,7 %), а также выраженные клинические проявления гиперпаратиреоза и визуализированные при ультразвуковом исследовании околощитовидные железы, при уровне ПТГ от 460 до 800 пг/мл (16 пациентов – 5,3 %).

У 227 (76,2 %) пациентов было достигнуто стойкое снижение уровня ПТГ, у 72 (23,8 %) пациентов уровень ПТГ после операции составлял более 300 пг/мл, т.е. у данных пациентов была отмечена персистенция вторичного гиперпаратиреоза, требующая повторного обследования и повторного хирургического вмешательства. У оперированных пациентов типичное расположение верхних ОЩЖ отмечено у 221 (73,2 %) пациентов, нижних ОЩЖ – у 178 (58,9 %) пациентов.

Обследование у пациентов с персистенцией ВГППП включало в себя УЗИ, сцинтиграфию с Технеций [99mTc] сестамиби и мультиспиральную компьютерную томографию шеи и средостения с контрастированием. При обследовании было выявлено 8 пациентов с околощитовидной железой, эктопированной в средостение.

Основной визуализирующей методикой явилась двухфазная сцинтиграфия, поскольку УЗИ у данных пациентов было неинформативным. У 4 (50,0%) пациентов результаты сцинтиграфии были подтверждены результатами МСКТ, у 4 (66,7%) МСКТ также оказалась неинформативной. Всем пациентам предложено повторное хирургическое вмешательство. 3 пациента от повторной операции отказались, 5 пациентов были оперированы через 3-и месяца после первой операции. Хирургическое вмешательство начиналась с доступа по Кохеру и оценкой возможности удалить эктапированную в средостение околощитовидную железу, не прибегая к стернотомии. Это оказалось возможным у одного пациента с ОЩЖ локализованной справа от трахеи, на 3 см ниже правой ключицы. Неполная продольная стернотомия была выполнена 4 пациентам (1 мужчина и 3 женщины), у всех пациентов была выделена и удалена эктопированная в средостение околощитовидная железа. У двух пациентов ОЩЖ локализовалась в тимусе, у одного – в верхнем средостении справа от пищевода, еще у одного – за верхней долей левого легкого на уровне пятого межреберья. Длительность операции составляла от 1 ч. 20 мин. до 2 ч. 40 минут. Размеры удаленных ОЩЖ составили от 1,5 до 4 см. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Выписка из стационара произведена на 6–8 сутки после хирургического вмешательства. У всех пациентов отмечено снижение уровня паратгормона от 5 до 34 пг/мл, купирование костных и суставных болей.

Выводы: у 23,8 % пациентов, оперированных по поводу ВГППП, отмечается персистенция заболевания. Из них у 11% причиной персистенции является околощитовидная железа, эктопированная в средостение. При эктопированной в средостение ОЩЖ повторное хирургическое

вмешательство в объеме неполной срединной стернотомии позволяет локализовать эктопированную ОЩЖ железу, выполнить паратиреоидэктомию из средостения и достичь хорошего клинического и биохимического результата.

ВЛИЯНИЕ НА ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ТЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПАРАМЕТРОВ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЩЕГОЛЕВ А.А.^{1,2}, МЕЛЕШКЕВИЧ Т.А.^{1,3}, МИТИЧКИН А.Е.¹, ПАНТЕЛЕЕВ И.В.^{1,2}, ОРАЗВАЛИЕВ А.И.^{1,5}, ЛУЧИНА Е.И.¹, ГУЛМЫРАДОВА Д.М.³, КИРЬЯНОВА Л.В.⁴

¹ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Центр эндокринной хирургии Москва

² РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

³ Российский университет дружбы народов, Москва

⁴ НИУ МГСУ

⁵ ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва

samson2012@yandex.ru

Достижение целевых уровней гликемии является необходимым условием периоперационного ведения пациентов с сахарным диабетом (СД).

Цель: оценить влияние различных параметров компенсации гликемии на периоперационное течение и сроки госпитализации у пациентов СД.

Материалы и методы: обследованы 204 пациента с СД на фоне проводимого хирургического лечения у пациентов с гнойными осложнениями челюстно-лицевой области средней степени тяжести (по уровню интоксикации и объему поражения): со средним возрастом 57 ± 27 , среди них мужчин – 76, женщин – 128, с длительностью СД от 0 до 34 лет.

Проведено: оценка влияния различных параметров гликемии, достижение их целевых уровней на сроки госпитализации и течение периоперационного периода.

Результаты: Начальный прандиальный уровень гликемии составил $13,2 \pm 9,97$; постпрандиальная (максимальная) гликемия $17,27 \pm 10,12$, колебания гликемии в течение дня $6,72 \pm 2,76$. После проведения коррекции сахароснижающей терапией прандиальная гликемия $9,02 \pm 2,53$; постпрандиальная $11,84 \pm 2,89$, экскурсия гликемии в течение дня $2,75 \pm 1,65$. При статистической обработке данных выявлены наиболее достоверно влияющие параметры компенсации СД: экскурсия гликемии и постпрандиальный уровень в течение дня. Увеличение колебаний суточной гликемии на 1,0 ммоль/л удлиняет продолжительность пребывания в стационаре на 0,4 дня, (модель $y=12+0,4x$) и оказывает влияние на скорость течения периоперационного периода на 36%, ($p < 0,05$). Срок госпитализации зависит от максимального уровня гликемии на 21% ($r^2=0,21$). Расчетная модель дней госпитализации: $Y=14-0,7X$, где у-дни госпитализации, х- максимальный уровень гликемии, модель рассчитана с точностью 95%. Из чего следует, что при увеличении максимального уровня сахара крови на 1 ммоль/л количество дней пребывания в стационаре