

ПЕРІОПЕРАЦІЙНИЙ МЕТАБОЛІЗМ У ХВОРИХ ВТОРИННИМ ГІПЕРПАРАТИРЕОЗОМ І СПОСОБИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Член-кореспондент НАМН України, професор Черній В.І., к.м.н. Денисенко О.І.

ДУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

Державного управління справами, м. Київ, Україна

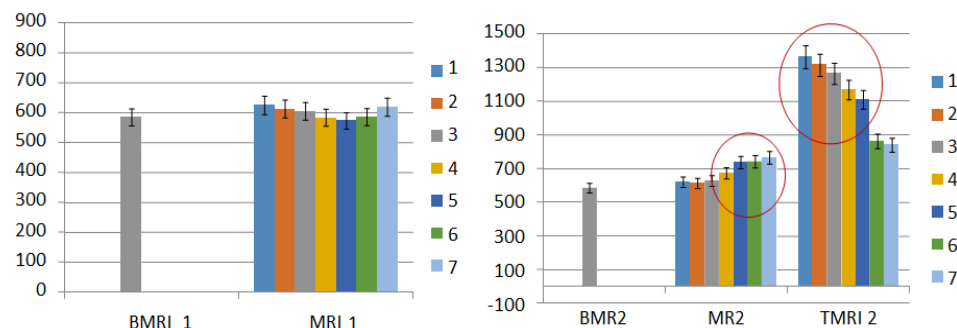
Вступ. Актуальним являється вивчення змін метаболізму у хворих з вторинним гіперпаратиреозом (ВГПТ) при паратиреоїдних хірургічних втручаннях (ПТХВ) та пошуки способів їх корекції.

Мета дослідження. Вивчити метаболізм у хворих ВГПТ при ПТХВ та оцінити можливості його корекції.

Матеріали і методи. Дослідження було проспективним, не рандомізованим. Досліджено 135 пацієнтів ВГПТ з термінальною стадією ХНН, яким проводилися ПТХВ (72 чоловіки, 63 жінки, віком від 19 до 73 років). Передопераційний ризик ASA III-IV. Загальне знеболення з використанням інгаляційного анестетика севофлорана та наркотичного анальгетика фентаніла в умовах низько-поточної штучної вентиляції легень. Операційний моніторинг був доповнений використанням непрямой калориметрії. В групі I (n=70) визначався поточний метаболізм (ПМ) та базальний метаболізм (БМ) на фоні стандартної інтенсивної терапії. В групі II (n=65) додатково визначався цільовий метаболізм (ЦМ) та ступінь порушення метаболізму (СПМ = %), а інтенсивна терапія доповнена глюкокортикоїдами.

Результати. Вихідні значення метаболізму в обох групах були низькі та близькі до базального рівня. Метаболізм пацієнтів групи I лишався низьким протягом усього ПТХВ (p<0,05). У групі II, з етапу видалення парацитоподібних залоз відмічалось стійке зростання поточного метаболізму, з суттєвим перевищенням вихідного та базального рівня (p<0,05). При цьому, цільовий метаболізм знижувався, але перевищував рівень поточного метаболізму (p<0,05). Пацієнти групи II швидше пробуджувалися та переводилися в палату, порівняно з групою I, а нудота та блювота у них була в 2,5 раз рідше (9,2% у групі II, 22,9% в групі I, p<0,05). Через 12 годин після ПТХВ, відчуття болі за шкалою ВАШ, у групі II, було нижче, ніж в групі I (p<0,05). Протягом доби після ПТХВ, кислотно-лужний стан венозної крові обох груп суттєво не змінювався, а рівень іонізованого кальцію знижувався (p<0,05), що потребувало додаткового в/в введення 10% глюконату кальцію.

Динаміка показників енергомоніторингу у пацієнтів у 1 та 2 групах



Гіпометаболізм у хворих з вторинним гіперпаратиреозом - усі пацієнти, що з початку операції мали метаболізм близький до базального, а на етапах видалення залоз і до закінчення операції, навіть базальний рівень, внаслідок значних порушень метаболізму.

Висновки. Периопераційний енергомоніторинг робить більш безпечним проведення ПТХВ у пацієнтів з ВГПТ. Додаткове визначення цільового метаболізму та ступеню порушення метаболізму дозволяє ефективніше будувати периопераційну інтенсивну терапію.