

лення Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України. Усім хворим на амбулаторному етапі проведено обстеження спеціалістами (хірургом, урологом, гінекологом, гастроентерологом, травматологом, психіатром та ін.). Запідозрити ПГПТ, іноді — без топічного діагнозу, можна було тільки у разі випадкового визначення підвищеного рівня паратгормону та кальцію у сироватці крові. Подальше обстеження, що включало ультразвукове дослідження, сцинтиграфію ПЩЗ із $^{99m}\text{Tc-MIBI}$, спіральну комп'ютерну томографію, а в деяких випадках і пункційну біопсію, а також їх комплексне використання, дало змогу встановити точне розташування зміненої або змінених ПЩЗ. Усім пацієнтам проведено оперативне лікування з інтраопераційним експрес-гістологічним дослідженням тканини залози для підтвердження діагнозу з подальшим визначенням рівня паратгормону в ранній післяопераційний період. Патогістологічний висновок та зниження рівнів паратгормону та кальцію у сироватці крові до нормальних показників підтверджують, що тактику лікування було обрано правильно.

Висновки. Комплексне використання інструментальних та клініко-лабораторних методів діагностики у поєднанні з аналізом клінічної картини дають можливість встановити діагноз первинного гіперпаратиреозу, визначити точне розташування патологічно змінених прищитоподібних залоз та зробити правильний вибір тактики лікування.

Ключові слова: первинний гіперпаратиреоз, аденома прищитоподібної залози, паратгормон, кальцій.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Уріна МО, Паламарчук ВО, Куц ВВ. Вивчення кореляційного зв'язку між розміром аденоми прищитоподібних залоз та рівнем паратгормону, кальцію, фосфору та вітміну D сироватки крові у хворих із первинним гіперпаратиреозом. Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. 2019;2(66):30-36.
2. American Society for Bone and Mineral Research. Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. Rosen CJ, Iqbal A., Blackwell IW. — 8th ed. — 2011.
3. Bilezikian JP, Brandi ML, Eastell R, Silverberg S, Udelsman R, Marcocci C and Potts Jr JT. Guidelines for the Management of Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement from the Fourth International Workshop. J Clin Endocrinol Metab. 2014 Oct; 99(10):3561-3569.doi: 10.1210/jc.2014-1413.
4. Khan AA, Hanley DA, Rizzoli R et al. Primary hyperparathyroidism: review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. Osteoporos Int. 2017; 28:1-19.
6. Silverberg SJ, Clarke BL, Peacock M, Bandeira F, Boutroy S, Cusano NE, Dempster D, Lewiecki EM, Liu JM, Minisola S, Rejnmark L, Silva BC, Walker MD, Bilezikian JP. Current issues in the presentation of asymptomatic primary hyperparathyroidism: proceedings of the Fourth International Workshop. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99: 3580-3594.
7. Wilhelm SM, Wang TS, Ruan DT. The American Association of Endocrine Surgeons guidelines for definitive management of primary hyperparathyroidism. JAMA Surg. 2016;151:959-968.

Післяопераційний гіпопаратиреоз у пацієнтів, Луганської області прооперованих з приводу захворювань щитоподібної залози

І. І. Зельоний, Д. М. Афонін, А. А. Голій, В. А. Семиволос

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Рубіжне

Гіпопаратиреоз — рідкісне ендокринне захворювання, яке характеризується недостатністю функції парашитоподібних залоз, що призводить до зниження продукції паратгормону або розвитку резис-

тентності до його дії та порушення обміну кальцію і фосфору [2]. Європейська комісія в 2014 році ухвалила рішення про включення гіпопаратиреозу до переліку орфанних захворювань [1].

Деякі автори розглядають післяопераційний гіпаратиреоз як підтверджене післяопераційне зниження рівня кальцію у сироватці крові нижче 1,9 ммоль/л (7,6 мг/дл), незалежно від наявності симптомів, або рівень кальцію у діапазоні від 1,0 до 2,1 ммоль/л (4,0—8,4 мг/дл) із маніфестацією нейром'язових симптомів через 2 дні після операції.

Мета роботи — оцінити ефективність використання технології електрозварювання біологічних тканин (ЕЗБТ) за допомогою апарата ЕКВЗ-300 «Патонмед» під час операцій з приводу захворювань щитоподібної залози за критерієм частоти випадків післяопераційного гіпаратиреозу.

Матеріали та методи. У ході дослідження проведено ретроспективний аналіз даних пацієнтів, які отримали хірургічне лікування з приводу захворювань щитоподібної залози за період 2015—2018 рр., що проживають у Луганській області. Представлено відомості про частоту випадків післяопераційного гіпаратиреозу (ПОГПТ) у прооперованих осіб, проаналізовано причини його виникнення, визначено оптимальну схему медикаментозної корекції та методи профілактики.

Результати та обговорення. Протягом 2015—2018 рр. зареєстровано 26 (5,9 %) випадків ПОГПТ, який мав транзиторний характер і клінічно маніфестував парестезіями в області обличчя, фібрилярними посмикуваннями м'язів, судомою м'язів-згиначів передпліччя та м'язів кисті, з формуванням типового симптому «рука акушера».

Можна зробити припущення, що розвиток ПОГПТ після операцій з використанням технології ЕЗБТ за допомогою апарата ЕКВЗ-300 «Патонмед» пов'язаний з термічною травмою паращитоподібних залоз, розташованих на близькій відстані, при виконанні коагуляції судин.

Для корекції симптомів ПОГПТ у прооперованих хворих використовували препарати кальцію (10 % розчин кальцію хлориду, кальцію глюконату) шляхом внутрішньовенного введення з розрахунку 1 мл/кг маси тіла за такою схемою: одноразове внутрішньовенне струминне введення 20 мл розчину з

подальшим внутрішньовенним краплинним введенням до 50 мл розчину на добу протягом 3—5 днів, з подальшим переведенням на пероральні форми препаратів кальцію у комбінації з вітаміном D₃. Деяким пацієнтам призначали альфакальцидол. Після проведеного лікування симптоми ПОГПТ регресували протягом 2—3 тиж.

Висновки. 1. Використання технології ЕЗБТ під час виконання оперативних втручань з приводу захворювань щитоподібної залози має вагомні переваги, а саме: скорочення тривалості операції, значне зменшення кількості залишених лігатур на судинах, а також спрощення роботи хірурга та покращення післяопераційної реабілітації пацієнта. Незважаючи на це, ми зіткнулися з проблемою, пов'язаною з термотравмою близько розташованих анатомічних утворень — поворотного нерва гортані та паращитоподібних залоз.

2. З огляду на можливість термічної травми паращитоподібних залоз під час операцій з приводу захворювань щитоподібної залози з використанням апарата ЕКВЗ-300 «Патонмед» вибір щадних режимів роботи апарата та механічних методів лігування судин, на нашу думку, дасть змогу значно знизити частоту випадків ПОГПТ.

3. Проведення своєчасної комплексної терапії ПОГПТ, яка має високу ефективність, у прооперованих пацієнтів істотно знижує частоту випадків хронізації його перебігу.

Ключові слова: післяопераційний гіпаратиреоз, технологія електрозварювання біологічних тканин (ЕЗБТ), апарат ЕКВЗ-300 «Патонмед».

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Комисаренко ЮИ, Бобрик МИ, Сидорова ИВ, Бурка ОА. Европейские рекомендации по ведению хронического гипопаратиреоза у взрослых. Международный эндокринологический журнал. 2015; 5(69):59-64.
2. Brandi ML, PBD RB L V A AJT. Management of Hypoparathyroidism: Summary Statement and Guidelines. Jr. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2016;101(6):2273-2283.