

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ У ХВОРИХ НА СОМАТОТРОПІНОМИ

Пасічник Г.П.
КЛ «Феофанія» ДУС

Соматотропіноми – вид аденом гіпофіза, які характеризуються гіперпродукцією соматотропіну передньою долею гіпофіза.

Бувають ізольованими в 16-24% випадків всіх аденом (I.Tyre, 2006) і часто поєднується з іншими видами аденом.

Надлишок соматотропіна в дитинстві призводить до гігантизму.



В дорослому віці ріст рівня
гормона призводить до
акромегалії



Основний метод лікування – хірургічний (транссфеноїдальний чи транскраніальний доступ).

Кількість хворих та операцій щорічно зростає.

В поточному році – 86 операцій з приводу аденоми гіпофіза.



Пацієнти з соматотропіномами
«проблемні» для анестезіологічного
забезпечення будь-яких оперативних
втручань через :

- нейро-ендокринні розлади;
- розлади водно-електролітного балансу;
- соматичну специфіку.

Соматична специфіка

Труднощі при укладці пацієнта на операційний стіл:

- великий зріст
- зміна пропорцій тіла







Труднощі інтубації трахеї і проведення допоміжної вентиляції через маску:

- збільшення розмірів носа і нижньої щелепи;
- збільшення товщини губ і язика;
- обмеження рухів в скронево-нижньощелепному суглобі;
- обмеження рухів в шийному відділі хребта.

Обстеження до операції

- Стандартні дослідження
- Електроліти плазми
(калій, натрій, кальцій, магній)
- Рівень кортизолу
- Рівень пролактину
- Рівень ТТГ, Т3 і Т4
- Визначення глікемічного профілю
- МРТ головного мозку



Консультації

- Ендокринологом (особливо при поєднанні з іншими клінічними проявами аденоми гіпофізу – хвороба Іценко - Кушинга, гіпокортицизм, гіпотиреоз та ін.
- Офтальмологом (навіть без наявності хіазмального синдрому з визначенням полей зору, що дозволяє доповнити морфологічну картину пухлини)
- Отоларингологом (не тільки перед трансфеноїдальним доступом і можливим застосуванням стереотаксису. Дозволяє оцінити і передбачити труднощі інтубації, виключити наявність запального процесу в носоглотці і пазухах носа)

Премедикація

Бензодіазепіни – середники вибору:

- знижують ВЧТ на 18-29% (J.Mensy,1997);
- посилюють гіпнотичний ефект

Холінолітики – при наявності брадикардії і підвищеної саливації, що часто спостерігається у пацієнтів з аденомами гіпофіза (M.Coldwell,2008).

Антигістамінні – тільки при показаннях.

Опіоїди – недоцільно, оскільки незначна гіперкапнія призводить до підвищення ВЧТ і погіршення перфузії мозку.

Особливості премедикації

Основна особливість – замісна глюкокортикоїдна терапія при поєднанні з гіпокортицизмом (кортикотропінома).

За 10-12 годин до операції:

- метил-преднізолон - 1-1,5 мг/кг;
- гідрокортизон – 1,5-2 мг/кг.

Під час операції – повторне введення.

Протягом 1-2 діб доза і частота зменшується з повною відміною на 3 добу.

Висновки

Оцінка функціонального статусу та резервних можливостей органів і систем – основа передопераційної підготовки, від якої залежить вибір методу анестезіологічного забезпечення і корекція розладів життєдіяльності в періопераційному періоді.

Дякую за увагу

