

ТИРЕОТОКСИЧНЕ СЕРЦЕ У ХВОРИХ ІЗ ЗОБОМ ДО І ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

*Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя

ВСТУП

Одним з основних клінічних проявів токсичного зоба є кардіальна патологія. Порушення серцевого ритму може бути єдиним приводом для звернення хворого до лікаря. Лікування цього порушення без урахування його патогенезу є малоефективним [1]. Протягом свого розвитку тиреотоксикоз може провокувати виникнення або обтяжувати наявну кардіальну патологію, що складає одну з основних проблем у лікуванні пацієнтів з аритміями. Ця проблема набуває особливої гостроти у старшій віковій групі.

Найчастішим проявом кардіальної патології у хворих із токсичним зобом є стійка тахікардія спокою, не пов'язана з психоемоційним станом. Її частота може варіювати від 40% до 70%. Більш тяжким проявом захворювання є порушення ритму передсердь — фібриляція (ФП), вона трапляється у 10–25% випадків. Екстрасистолії різного генезу реєструються у 7% пацієнтів. Набагато рідше виявляють пароксизмальну тахікардію та тріпотіння передсердь — 3% і 1,5% відповідно [2]. Натомість слід зауважити, що з розвитком захворювання частота дисметаболическої кардіоміопатії збільшується за рахунок зростання частоти ФП, у кожного другого пацієнта віком понад 60 років вона ускладнюється розвитком або прогресуванням тяжкої серцевої недостатності [3, 4].

Мета дослідження — вивчення результатів хірургічного втручання на щитоподібній залозі у хворих на токсичний зоб, ускладнений тяжкою кардіоміопатією, та динаміки кардіоміопатії у ранній і віддалений поопераційні періоди.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

За 5 років (2005–2009) у клініці прооперовано 106 хворих на токсичний зоб. Із них у 63 (60%) пацієнтів діагностовано кардіоміопатію. Жінок було 45 (72%), чоловіків — 18 (28%). Крім загальноклінічних аналізів, у пацієнтів визначали рівень тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (вТ₄), титр антитиреоїдних антитіл за допомогою електрохемілюмінесцентного аналізатора Елексіс 2010. Ультрасонографію щитоподібної залози проводили на приладі VOLUSON 730 PRO. Електрокардіограму реєстрували на кардіографі Юкард 200. Ехокардіоскопію серця (Ехо-КС) у перед- і поопераційні періоди виконували на апараті Ultima PRO-30m. У поопераційний період корекцію гіпотиреозу проводили шляхом призначення тироксину.

Тиреотоксикоз середньої тяжкості діагностовано у 41 (65%) пацієнта, тяжкий перебіг виявлено у 22 (35%). Супутню патологію серцево-судинної, дихальної, центральної нервової систем і патологію інших ендокринних органів верифіковано у 57 (90%) пацієнтів. У 36 (57%) випадках виявлено поєднання декількох захворювань (табл. 1).

Таблиця 1

Верифікована супутня патологія	
Артеріальна гіпертензія	29 (46%)
Ішемічна хвороба серця	7 (11%)
Ревматичні вади серця	2 (3%)
Хронічні обструктивні захворювання легень із легеневою гіпертензією	3 (4,5%)
Дисциркуляторна енцефалопатія	7 (11%)
Вегетативна дисфункція нервової системи	15 (24%)
Варикозна хвороба нижніх кінцівок	4 (6%)
Жовчнокам'яна хвороба.	4 (6%)
Калькульозний холецистит	4 (6%)
Цукровий діабет	2 (3%)

Зміни серцевої провідності характеризувалися таким чином: тахікардія мала місце у 40 (64%) пацієнтів, постійна форма фібриляції передсердь (ПФФП) — у 19 (30%), патологічна екстрасистолія — у 3 (4,5%) хворих, із них у 2 вона поєднувалася з ПФФП, персистуюча фібриляція передсердь і тріпотіння передсердь (тахіформа) траплялися рідше.

У 31 (49%) пацієнта з тиреотоксичною кардіоміопатією виконано субтотальну резекцію щитоподібної залози, у 32 (51%) — тиреоїдектомію. У випадках поєднання хірургічних патологій виконували симультанні операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Від моменту первинного звернення по медичну допомогу до першої консультації ендокринолога, а отже,

початку обґрунтованого патогенетичного лікування, серед пацієнтів із тяжкою кардіальною патологією, у яких реєструвалися значні порушення серцевого ритму, у 8 (12,7%) пройшло понад 2 місяці, а у 4 (6,4%) — понад рік. Це свідчить про пізніє припущення іншого генезу патології та запізниле призначення повноцінної патогенетично спрямованої терапії у кожного п'ятого хворого.

Обсяг лікування полягав у призначенні препаратів 5 груп: антитиреоїдні, β -блокатори, глюкокортикоїди, серцеві глікозиди, кардіотропні метаболіти. Тривалість лікування складала 6–8 тижнів.

Медикаментозна терапія токсичного зоба не забезпечувала стійкої компенсації, що стало приводом до хірургічного лікування. У поопераційний період усім хворим після тиреоїдектомії та 21 (66%) пацієнту після субтотальної резекції, у яких розвинувся гіпотиреоз, із замісною метою призначали тироксин, що дозволило досягти еутиреоїдного стану. У 10 (24%) хворих після субтотальної резекції щитоподібної залози через місяць по операції зберігався субклінічний тиреотоксикоз, що негативно відображалось на перебігу кардіоміопатії. Досягнення медикаментозного еутиреозу привело до зникнення тахікардії в усіх хворих. Синусовий ритм відновився у 13 (68,5%) пацієнтів із ПФФП через місяць по операції без призначення кардіологічних препаратів. У 2 (10,5%) пацієнтів відновлення ритму відбулося у наступні 3 місяці на тлі приймання триметазидіну. Відсутність позитивної динаміки ритму, незважаючи на еутиреоїдний стан, спостерігалась у 13 (20,6%) пацієнтів у зв'язку з розвитком незворотних дистрофічних змін міокарда. За допомогою

ЛІТЕРАТУРА

1. *Вариабельность* ритма сердца при диффузном токсическом зобе / Дзюба А.Н., Василенко В.Н. // Лікарська справа. — 2005. — №8. — С. 27–29.
2. *Лечение* нарушенных ритма сердца у больных с тиреотоксикозом / Зубкова С. // Медицина неотложных состояний. — 2006. — №1. — С. 56–61.
3. *Особенности* нарушений гемодинамики, перекисного окисления липидов та імунного статусу у хворих на дифузний токсичний зоб у похилому віці / М.І. Швед, Н.В. Пасечко, Л.П. Мартинюк и др. // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2006. — №1. — С. 12–14.
4. *Отдаленные* результаты консервативного и хирургического лечения токсического зоба / В.В. Фадеев, И.И. Бузиашвили, Н.А. Абрамова и др. // Проблемы эндокринологии. — 2004. — Т. 50, №6. — С. 3–9.

РЕЗЮМЕ

Тиреотоксическое сердце у больных с зобом до и после хирургического лечения
С.Н. Завгородний, О.С. Доля, Н.Н. Поляков,
С.О. Вильховой

В работе представлены результаты исследования динамики кардиальных симптомов у больных токсическим зобом, которым выполняли резекцию или экстирпацию щитовидной железы. Изучали патологию проводящей системы сердца, эхокардиографическую картину до операции и их динамику в отдалённый послеоперационный период в зависимости от гормонального состояния пациента. Невзирая на распространённое мнение об обратимости кардиальных симптомов у