

Визначальні фактори, які впливають на віддалені результати хірургічного лікування хворих на токсичний зоб із тяжкою формою тиреотоксикозу

О. В. Шідловський, В. В. Кравців, В. М. Привроцький, Л. С. Донченко

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Вступ. Хірургічне лікування токсичного зобу у поєднанні з тяжкою формою тиреотоксикозу не завжди дає змогу покращити загальний стан і прогноз життя пацієнта. Причиною виникнення таких клінічних ситуацій є різні ускладнення, зокрема порушення серцевого ритму за типом фібриляції передсердь, серцева недостатність (СН), структурно-функціональні зміни серцевого м'яза.

Мета роботи — встановити визначальні фактори, які впливають на віддалені результати хірургічного лікування хворих на токсичний зоб із тяжкою формою тиреотоксикозу.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 123 хворих на токсичний зоб із тяжкою формою тиреотоксикозу, для лікування яких використовували хірургічний метод. Середній вік пацієнтів — від 21 до 74 років, тривалість тиреотоксикозу — від 18 до 68 міс. Показаннями до оперативного втручання в кожному конкретному випадку була неефективність медикаментозної терапії. Тиреотоксикоз у пролікованих пацієнтів спричинений хворобою Грейвса—Базедова (у 82 випадках), вузловим токсичним зобом (у 29 випадках), змішаним токсичним зобом (у 12 випадках).

Усім хворим під час госпіталізації та через рік після хірургічного лікування проводили такі дослідження: загальноклінічні, УЗД та визначення рівня гормонів щитоподібної залози (тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (Т₄ вільний)) та антитіл до тиреопероксидази (АТПО), добове (холтеровське) моніторування електрокардіограми (ЕКГ), ехокардіографію.

Для оцінки змін ступеня тяжкості та функціонального класу (ФК) СН використовували тест 6-хвилинної ходьби (ТШХ) згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів. За результатами ТШХ пацієнтів залежно від ступеня тяжкості та ФК СН розподілили на дві підгрупи: 1-ша підгрупа —

95 пацієнтів із СН ІІА ФК ІІ, 2-га підгрупа — 28 пацієнтів із СН ІІБ ФК ІІІ. На підставі аналізу даних досліджень, проведених через рік, результати хірургічного лікування оцінили як «хороші», «задовільні», «незадовільні» («неефективне лікування»).

Результати та обговорення. Аналіз даних проведених досліджень показав, що у 12 (9,7 %) пацієнтів результати хірургічного лікування є хорошими. У них відновилась ритмічна серцева діяльність, нормалізувались функціональні-структурні показники серцевого м'яза, а ІІ ФК СН змінився на І ФК. Середня тривалість тиреотоксикозу становила від 18 до 25 міс, а середній вік таких пацієнтів — від 21 до 33 років.

У 43 (35,0 %) випадках результати лікування оцінили як задовільні: загальний стан хворих покращився, ступінь виразності структурно-функціональних змін діяльності серця зменшилась. Проте ступінь тяжкості та ФК СН не змінилися. У 19 пацієнтів відновився нормальний ритм серцевих скорочень, а у 24 — постійна форма фібриляції передсердь змінилась на пароксизмальну. Середній вік хворих становив від 32 до 45 років, а середня тривалість тиреотоксикозу — від 26 до 43 міс.

Незадовільними були результати лікування у 40 (32,5 %) пацієнтів. У них на тлі покращення загального стану не досягнуто достовірно позитивних змін діяльності серця та структурно-функціональних показників серцевого м'яза. Не змінилися ступінь тяжкості та ФК СН. Середній вік таких пацієнтів — від 45 до 57 років. Середня тривалість тиреотоксикозу становила від 38 до 51 міс. У 15 з них були супутні захворювання метаболічного характеру.

Як «неефективні» оцінили результати лікування у 28 (22,8 %) хворих. Середній вік таких пацієнтів — від 62 до 74 років, а тривалість тиреотоксикозу становила понад 40 міс. Загальний стан цих хворих не

змінився. Показники ТШХ у 9 пацієнтів погіршились, а у 19 — не змінились. Структурно-функціональні зміни у серці та аритмія залишилися на рівні показників до операції.

Висновки. Визначальними факторами, які впливають на віддалені результати хірургічного лікування хворих на токсичний зоб із тяжкою формою тиреотоксикозу, є порушення серцевого ритму за типом фібриляції передсердь, структурно-функціональні зміни серцевого м'яза, високий ступінь тяжкості серцевої недостатності, старший вік пацієнтів, значна тривалість тиреотоксикозу, наявність супутніх захворювань метаболічного характеру.

Ключові слова: ідентифікація, нерви гортані, хірургічне лікування.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Aristarkhov VG, Kvasov AV, Donyukov AI, Aristarkhov RV, Biryukov SV, Pusin DA. Comparative long-term results of surgical treatment of patients with diffuse toxic goiter. *Hirurgia*. 2017;(8):13-17. doi: 10.17116/hirurgia.2017813-17.
2. Kravtsiv VV, Shidlovskiy VO, Shidlovskiy OV. Thyrotoxic Cardiomyopathy and Heart Failure in Patients with Toxic Goiter. Changes after Surgery. *Galician medical journal*. 2016;23(3):9-32. Electronic Location Identifier: 10.21802/gmj.2016.3.4. doi: 10.21802/gmj.2016.3.4.
3. Quérat C, Germain N, Dumollard J-M, Estour B, Peoc'h M, Prades J-M. Surgical management of hyperthyroidism. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. 2015;132(2):63-66. doi.org/10.1016/j.anorl.2014.04.005.

ПАТОЛОГІЯ ПРИЩИТОПОДІБНИХ ЗАЛОЗ

Первинний гіперпаратиреоз. Клінічні випадки: труднощі діагностики та лікування

В. В. Войтенко, В. О. Паламарчук, М. О. Уріна

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

Вступ. Первинний гіперпаратиреоз (ПГПТ) — ендокринне захворювання, що характеризується надмірною секрецією паратиреоїдного гормону (ПТГ) і наближеним до верхньої межі норми або підвищеним рівнем кальцію у сироватці крові внаслідок первинної патології прищитоподібних залоз (ПЩЗ). Клінічна картина ПГПТ проявляється великою кількістю симптомів, що зумовлено залученням у патологічний процес різних органів і систем та істотно знижує якість життя пацієнтів, призводить до їх інвалідизації, підвищує ризик передчасної смерті [1, 2]. Захворювання здебільшого діагностують на асимптомній стадії [3].

Приблизно 80 % випадків ПГПТ пов'язані з однією аденомою ПЩЗ, досить рідко патологічно змінени-

ми можуть бути декілька залоз. Діагноз встановлюють шляхом одночасного визначення рівня ПТГ та рівня кальцію у сироватці крові [4, 5].

Мета роботи — визначити тактику діагностики та лікування пацієнтів із нетиповою клінічною картиною ПГПТ шляхом комплексного використання клініко-лабораторних методів дослідження.

Матеріали та методи. Подано опис серії клінічних випадків пацієнтів із нетиповою клінічною картиною ПГПТ. Головними скаргами у хворих були: ерективна дисфункція, помітне психоемоційне виснаження, повільна консолидація переломів кісток та ін.

У дослідженні взяли участь пацієнти з ПГПТ, які отримали лікування в умовах хірургічного відді-