DOI: 10.17117/nm.2015.02.035

Поступила (Received): 30.10.2015

<http://ucom.ru/doc/nm.2015.02.035.pdf>

asu@rkb1.udm.ru

**Стяжкина С.Н., Чернышева Т.Е., Леднева А.В.,
Порываева Е.Л., Баутдинова Г.Р., Шабалина Ю.Н.
Послеоперационный гипотиреоз**

**Styazhkina S.N., Chernyshova T.E., Ledneva A.V.,
Poryvaeva E.L., Bautdinova G.R., Shabalina Yu.N.
Postoperative hypothyroidism**

Заболевания щитовидной железы приобретают в настоящее время общепатологическое значение. В данной статье рассмотрена проблема послеоперационного гипотиреоза. По данным большинства исследователей, распространенность заболевания среди населения составляет 0,5-1%, а с учетом субклинических форм может достигать 10%. Было проведено исследование 17 пациентов, проходивших стационарное лечение в эндокринологическом отделении Республиканской клинической больницы №1 Удмуртской Республики с диагнозом послеоперационный гипотиреоз. Рассматривались жалобы, объективные данные и лечение. Показано, что после тиреоидэктомии качество жизни пациентов сильно ухудшается. В результате анализа выявлено, что следует придерживаться консервативной терапии, так как хирургическое вмешательство несет за собой более серьезные последствия: страдают все органы и системы. Если же есть острая необходимость операции, то она должна быть направлена на максимальное сохранение ткани щитовидной железы, т.е. не допускать тотальной тиреоидэктомии. Достаточно обеспечить пациента с гипотиреозом адекватным количеством тироксина, чтобы полностью устранить все симптомы гипотиреоза и тем самым улучшить ее состояние

Ключевые слова: послеоперационный гипотиреоз, тиреоидэктомия, тотальная тиреоидэктомия, тироксин

Diseases of a thyroid gland gain all-pathological value now. In this article the problem of a postoperative hypothyrosis is considered. According to most of researchers, abundance of a disease among the population makes 0,5-1%, and taking into account subclinical forms can reach 10%. Research of 17 patients passing hospitalization in endocrinologic office of the Republican hospital No. 1 of the Udmurt Republic with the diagnosis a postoperative hypothyrosis was conducted. Complaints, objective data and treatment were considered. It is shown that after a thyroidectomy quality of life of patients strongly worsens. As a result of the analysis it is revealed that it is necessary to adhere to conservative therapy as the surgical intervention bears for itself more serious consequences: all bodies and systems suffer. If there is an urgent need of operation, it has to be directed on the maximal preservation of tissue of thyroid gland, to a t.a not to allow a total thyroidectomy. It is enough to provide the patient with a hypothyrosis adequate quantity of a thyroxine completely to eliminate all symptoms of a hypothyrosis and by that to improve her state

Key words: postoperative hypothyrosis, thyroidectomy, total thyroidectomy, thyroxine

Стяжкина Светлана Николаевна
Доктор медицинских наук, профессор
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Styazhkina Svetlana Nicolaevna
Doctor of Medicine Science, Professor
Izhevsk State Medical Academy
Izhevsk, Communarov st., 281

Чернышова Татьяна Евгеньевна
Доктор медицинских наук, профессор
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Chernyshova Tatyana Evgenyevna
Doctor of Medicine Science, Professor
Izhevsk State Medical Academy
Izhevsk, Communarov st., 281

Леднева Анна Викторовна
Ассистент
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Ledneva Anna Viktorovna
Assistant
Izhevsk State Medical Academy
Izhevsk, Communarov st., 281

Порываева Екатерина Леонидовна
Аспирант
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Poryvaeva Ekaterina Leonidovna
Graduate
Izhevsk State Medical Academy
Izhevsk, Communarov st., 281

Баутдинова Гульнара Рафисовна
Студент
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Bautdinova Gulnara Rafisovna
Student
Izhevsk State Medical Academy
Izhevsk, Communarov st., 281

Шабалина Юлия Николаевна
Студент
Ижевская государственная медицинская академия
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281

Shabalina Yuliya Nicolaevna
Student
Izhevsk State Medical Academy
Izhevsk, Communarov st., 281

Введение (Introduction)

В последнее время отмечен рост заболеваемости щитовидной железы. Среди всех заболеваний самыми частыми являются различные формы зоба, в том числе диффузно-токсический зоб и узловые формы. Данные заболевания требуют оперативного вмешательства. После удаления всей щитовидной железы или значительной ее части у прооперированного пациента развивается пожизненный гипотиреоз послеоперационный. Заболевание появляется не у всех. Статистика показывает, что около 20% женщин и 16% мужчин страдают этим недугом после перенесенного оперативного вмешательства.

Гипотиреоз представляет собой клинический синдром, вызванный недостатком гормонов щитовидной железы в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне. По данным большинства исследователей, распространенность заболевания среди населения составляет 0,5-1%, а с учетом субклинических форм может достигать 10%. Патогенетически гипотиреоз подразделяется на: первичный (тиреогенный); вторичный (гипофизарный); третичный (гипоталамический); тканевой (транспортный, периферический). На практике в подавляющем большинстве случаев встречается первичный гипотиреоз. Установлено, что наиболее частой причиной его развития является аутоиммунный тиреоидит. Вместе с тем возможно развитие гипотиреоза после оперативного вмешательства на щитовидной железе (послеоперационный гипотиреоз), при лечении тиреостатиками (медикаментозный гипотиреоз), после облучения радиоактивными изотопами йода (пострадиационный гипотиреоз) и при эндемическом зобе. По степени тяжести первичный гипотиреоз подразделяется на субклинический гипотиреоз (уровень тиреотропного гормона (ТТГ)

повышен, а содержание тироксина (Т4) в норме); компенсированный и декомпенсированный манифестный гипотиреоз (уровень ТТГ повышен, а Т4 снижен); осложненный гипотиреоз (кретинизмом, сердечной недостаточностью, выпотными полисерозитами, вторичной аденомой гипофиза).

Материалы и методы (Materials and Methods)

Было проведено исследование 17 пациентов, проходивших стационарное лечение в эндокринологическом отделении Республиканской клинической больницы №1 Удмуртской Республики с диагнозом послеоперационный гипотиреоз. Рассматривались жалобы, объективные данные и лечение.

С одной стороны клиническая картина послеоперационного гипотиреоза значительно варьирует в зависимости от выраженности и длительности дефицита тиреоидных гормонов. С другой стороны клиническая картина всегда будет индивидуальна, у одного человека субклинический гипотиреоз не будет иметь явных клинических признаков, а у другого эти признаки могут быть чрезмерными.

Результаты (Results)

Выяснилось, что самыми частыми симптомами являются: судороги и выраженная слабость- 82,3%, одышка – 70,6%, боли в области сердца – 64,7%, головокружение – 52,9%, головные боли – 47%, отеки- 41,2%. Наименее часто встречаемые: потливость-29,3%, раздражительность, плаксивость, сердцебиение, повышенное артериальное давление – 23,5%, боли в суставах – 17, 6%, парестезии – 11,8%.

Таблица 1. Жалобы, объективные данные и лечение

ФИО, возраст	Жалобы	Лечение
Пациентка Х., 45 лет	Жалобы на прогрессирующее снижение зрения ОН, потеря цветного зрения, зуд в глазах, слезотечение, косоглазие... Слабость общая и местная, сонливость, головокружение, одышка в покое. Беспокоят ноющие боли в суставах умеренной интенсивности, уменьшение мышечной силы. Давящие боли в области сердца, сердцебиение. Отеки на лице и ногах.	Инъекции: 1) панангин 10мл на 100 мл физ р-ра в/в кап. Внутрь: 1) L-тироксин – 100мкг утром 2) бисопролол 10мг утром 3) Бисопролол 5 мг утром
Пациентка М., 55 лет	Жалобы на судороги в мышцах, головные боли, шум в ушах. Повышение АД до 110/100. Слабость общая и местная. Вес стабильный, аппетит обычный. Одышка при ходьбе, сердцебиение. Сухость кожи.	Инъекции: 1) винпоцетин 2,0 на 100 мл физ р-ра в/в кап. 2) панангин 10,0 на 100 мл физ р-ра в/в кап. 3) хлорид кальция 1% 200 мл в/в кап.

ФИО, возраст	Жалобы	Лечение
Пациентка З., 64 года	Жалобы на выраженную слабость, головные боли, головокружение, шаткую походку, судороги в икроножных мышцах. Боли в области сердца колющего характера с иррадиацией под лопатку. Повышение АД до 180/110мм.рт.ст. снижение памяти.	Внутрь:1) L-тироксин 100 мкг утром 2) дигидротахистерол 10 кап – 2 раза Инъекции:1) физ. Раствор – 200, Панангин 10,0 в/в капельно. Внутрь: 1)Индапамид 1,5мг утром 2) метопролол 50мг 2 раза в день 3) L- тироксин 150 мкг утром 4) эналаприл – 10мг, 2 раза в день 5) тромбо ASS 100мг
Пациентка Б., 59 лет	Жалобы на интенсивные головные боли, тошноту до рвоты, головокружение. Судороги в мышцах рук и ног, в мышцах лица и межреберных мышцах. Выраженная общая и местная слабость. Потливость. Отеки на лице, руках, ногах. Забкость, заторможенность. Плаксивость. Ноющие. Давящие боли в области сердца, одышка при спокойной ходьбе.	Инъекции:1) KCl 4% 10,0; MgSO4 25% 10,0 на 100мл физ р-ра в/в кап 2)милдронат 5,0 в/в 3)актовегин 5,0 в/в Внутрь: 1)L-тироксин 75мкг утром 2)бисопролол 5мг утром 3)феназепам 1мг, 1таб на ночь 4)L-тироксин 50мкг утром
Пациентка П., 50 лет.	Жалобы на выраженную одышку даже при минимальных движениях. Выраженная общая и местная слабость – бессилия. Плаксивость. Раздражительность. При ходьбе от слабости трясутся коленки. Судороги в пальцах кистей. По утрам из-за болей в подошвах не может встать на ноги. Головные боли в правой половине головы. Прогрессивное снижение полноты. Быстро устает, головокружения. Длительные давящие боли в области сердца.	Инъекции: 1)хлорид кальция 1% 200,0 в/в кап. 2) панангин 5,0 на 200мл физ р-ра в/в кап 3) актовегин 5,0 в/в стр 4) MgSO4 25%- 10,0 на физ р-ре 100мл в/в кап Внутрь: 1) Диротон 10мг вечером 2) индап 25мг, 1 таб утром 3)дигидротахистерол 20кап 2 раза в день 4)L- тироксин 4 таб утром 5)верошпирон 0,25. 2 таб утром

ФИО, возраст	Жалобы	Лечение
Пациентка К., 61год.	Жалобы на судороги в верхних и нижних конечностях. В мышцах спины. Отсутствие чувствительности в области левого уха. Слабость, потливость, головокружение. Одышка при физической нагрузке. Отеки стопы. Жажда.	Инъекции: 1)Церекард 4мл в/в кап. на 200мл физ.р-ра 2)кальция глюконат 10 мл в/в кап на 100мл физ.р-ра Внутрь:1) L-тироксин 200мкг ,1 таб 1раз в день 2) L-тироксин 250 мкг. 1 таб утром. 3) берлиприл 4) канефрон 2 таб, 3 раза в день 5) индап 25мг
Пациентка Г., 56 лет	Жалобы на сердцебиение до 104 уд в мин., повышенное АД 204/104 мм.рт.ст. раздражительность, сонливость днем, бессонница к вечеру. Одышка при мин физической нагрузке. Повысился аппетит, прибавка в весе на 4 кг за 2 мес. Судороги в мышцах конечностей. Головокружение.	Инъекции: 1)панангин 10мл, кардионат 5 мл в/в кап на 100мл физ.р-ра. 2)тиоктацид 600мл в/в кап Внутрь: 1)метопролол 2мг- 2 раза в день 2) L-тироксин 150мкг утром 3)L-тироксин 175 мкг утром. 4)канефрон 2таб 3р/день 5) метформил 500 мг на ночь
Пациент М.,55 лет.	Жалобы на плече справа,в шее (в области послеоперационного рубца). Общая слабость, бессонница. Снижение зрения полгода. Судороги в стопах. Головные боли в височной области. Аппетит хороший, вес стабильный. Колющие боли в области сердца. Уменьшение мышечной силы. Одышка приступами, после физической нагрузки. Отеки в области стоп. Отрыжка после еды.	Инъекции: 1)Церекард 4мл в/в кап. на 200мл физ.р-ра 2)NaCl 0,9% 100 3) Кеторол 2,0 в/в N6 4) тиоктацид 600мл в/в кап. Внутрь:1) L- тироксин 150 мкг утром 2) amitriptilin 10мг, 1 таб.
Пациентка Ф., 52 года.	Жалобы на судороги рук, нижних конечностей. Покалывание в пальцах кистей, стоп. Боли в области плеч. Общая слабость. Похудание. Поты. Головокружение, обморочные состояния. Боли в суставах. Сердцебиение. Аппетит хороший.	Инъекции: 1)кальция глюконат 10 мл в/в кап на 100мл физ.р-ра Внутрь: 1) Дексаметазон 0,5 мг 2 таб. 2) L-тироксин 200мкг ,1 таб 1раз в день до еды.

ФИО, возраст	Жалобы	Лечение
Пациентка Ш., 64 года.	Жалобы на нестабильное АД: от 170/120 до 100/70. Ноющие боли в правой половине туловища в покое. Постоянные судороги. Головная боль в височной области. Приступ бессонливости. Боли в области сердца по типу спазмов. Интенсивные боли в спине. Аппетит непостоянный, вес стабильный. Общая слабость, одышка при ходьбе. Сердцебиение. Отеки на руках, ногах, лице.	Инъекции: 1) Аспаркам 10,0 в/в кап на 200,0 0,9% NaCl. 2) Церекард 4мл в/в кап. на 200мл физ.р-ра Внутрь: 1) L-тироксин 100 мкг. 1 таб утром. 2) CaD3 1 таб 3 раза в день. 3) альфадол по 1 таб 2 раз в день.
Пациентка А., 65 лет.	Жалобы на выраженную слабость, вялость, сонливость, сухость кожных покровов, судороги в нижних конечностях, головные боли, головокружение, одышка при ходьбе, периодически и в покое. Снижение зрения, памяти, слуха. Повышение АД до 170/100мм.рт.ст. Перебои в работе сердца, чувство замирания. Боли в области сердца ноющего характера, периодические. Изжога после приема пищи.	Инъекции: 1)Церекард 4мл в/в кап. на 200мл физ.р-ра 2) Кеторол 2,0 в/в N6 Внутрь: 1) L-тироксин 100 мкг. 1 таб утром. 2) эналаприл – 10мг, 2 раза в день.
Пациентка Л., 48 лет.	Жалобы на судороги, онемение в руках и ногах. Интенсивные головные боли. Эмоциональная нестабильность. Бессонница. Внутренняя дрожь. Острые боли в области сердца. Одышка при ходьбе. Потливость. Боль в мышцах. Сердцебиение. Отеки на ногах, руках.	Инъекции: 1) Церекард 4мл в/в кап. на 200мл физ.р-ра 2) панангин 10мл глю 5% 200,0 3) тиоктацид 600мл в/в кап. Внутрь: 1) L-тироксин 100 мкг. 1 таб утром. 2) альфадол по 1 таб 2 раз в день. 3) феназепам 1мг, 1таб на ночь.
Пациентка К., 56 лет.	Жалобы на судороги в руках и ногах, частые парестезии. Снижение веса. Бессонница по ночам. Снижение памяти и зрения. Общая слабость. Уменьшение мышечной силы. Одышка. Отрыжка воздухом.	Инъекции:1) тиоктацид 600мл в/в кап. 2) Церекард 4мл в/в кап. на 200мл физ.р-ра 3) хлорид кальция 1% 200,0 в/в кап. Внутрь: 1) L-тироксин 112,5 мкг. 1 таб утром. 2) альфадол по 1 таб 2 раз в день.

ФИО, возраст	Жалобы	Лечение
Пациентка К., 32 года.	Жалобы на похудание, боли в костях. Сердцебиение.	Инъекции: 1) глюкоза 5% 200,0 панангин 10,0 в/в кап. 2) Церекард 4мл в/в кап. на 100мл физ.р-ра Внутрь: 1) Эутирокс 175 мкг утром. 2) альфа-Д3 0,25 мкг 1 кап 2 раза в день.
Пациентка Б., 58 лет.	Жалобы на выраженную слабость, недомогание. Одышка при ходьбе, физической нагрузке. Головные боли, головокружение, резкое снижение памяти. Судороги во всем теле, чувство стягивания, жжения в конечностях. Периодические боли в сердце. Отеки на ногах.	Инъекции: 1) Церекард 4мл в/в кап. на 200мл физ.р-ра 2) панангин 10мл 200,0 физ. р-ра 3) фуросемид 40 мл в/в 4) милдронат 5,0 в/в стр. Внутрь: 1) L-тироксин 100 мкг. 1 таб утром. 2) альфадол по 1 таб 2 раз в день. 3) верошпирон 0,25. 2 таб утром.
Пациентка Б., 61 год.	Жалобы на общую слабость, потливость. Одышку при ходьбе. Головные боли, головокружение. Сердцебиение, боли в сердце периодические. Отеки на ногах.	Инъекции: 1) Аспаркам 10,0 в/в кап на 200,0 0,9% NaCl. 2) винпоцетин 2,0 в/в кап. на 200,0 физ. р-ра. Внутрь: 1) L-тироксин 150 мкг утром 2) бисопролол 5мг утром 3) L-тироксин 175мкг утром 4) тромбо ASS 100мг
Пациентка Ч., 67 лет.	Жалобы на выраженную слабость, чувство что мышцы «отделяются» от костей. Отечность на лице, руках, ногах. С трудом двигается. Одышка в покое. Давящие боли в области сердца. Онемение пальцев.	Инъекции: 1) 1) тиоктацид 600мл в/в кап. 2) Церекард 4мл в/в кап. на 200мл физ.р-ра 3) панангин 10мл, в/в кап на 100мл физ.р-ра. 4) милдронат 5,0 в/в Внутрь: 1) эналаприл – 10мг, 2 раза в день. 2) L-тироксин 125 мкг. 1 таб утром. 3) бисопролол 2,5 таб утром

Обсуждение и заключение (Discussion and Conclusion)

Заболевания щитовидной железы приобретают в настоящее время общепатологическое значение. Тиреоидная недостаточность сопровождается глубокими изменениями обменных процессов, особенно липидного, энергетического, что приводит к прогрессированию сердечно-сосудистой патологии (ИБС, инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, инсульта), развитию неврологических нарушений, вплоть до «миксематозного безумия», ухудшению памяти, существенному снижению интеллектуальной активности, в ряде случаев – нарушениям дыхания во сне.

Достаточно обеспечить пациента с гипотиреозом адекватным количеством тироксина, чтобы полностью устранить все симптомы гипотиреоза. Очень важно при назначении тироксина обеспечить правильное дозирование этого препарата, поскольку его передозировка приводит к появлению жалоб, связанных с избытком гормонов щитовидной железы (потливость, раздражительность, учащение пульса, похудание).

Список используемых источников:

1. Стяжкина С.Н., Леднева А.В., Порываева Е.Л., Лаврентьева Н.С., Головина Ю.С., Семенова Е.И. Тиреоидэктомия как операция выбора при диффузном токсическом зобе III степени. Качество жизни после проведенного оперативного лечения // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 8.
2. Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Грачева В.А. Клинико-морфологические параллели при узловых образованиях щитовидной железы // Морфологические ведомости. 2009. № 3.
3. Курникова И.А., Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е. Перспективы эндоэкологической реабилитации больных аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы // Фундаментальные исследования. 2011. № 11.
4. Стяжкина С.Н., Грачева В.А., Коробейников В.И. Особенности тиреоидной патологии в Удмуртской Республике // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2010. № 1.
5. Стяжкина С.Н., Заривчацкий М.Ф., Курникова И.А., Бакирова Н.М., Бадамшина Т.В. Хирургические аспекты тиреоидеологии: монография. Ижевск-Пермь, 2011. 150 с.
6. Заривчацкий М.Ф., Гребнев А.Г., Марьяновский А.А., Четвертных В.А. Послеоперационный гипотиреоз. 2014.
7. Благосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология. СПб: СпецЛит, 2004. 398 с.
8. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. 2006. 234 с.
9. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.Ф. Эндокринология. 2007.

References:

1. Styazhkina S.N., Ledneva A.V., Poryvaeva E.L., Lavrentyeva N.S., Ju.S. Golovina, E.I. Thyroidectomy as the operation of choice in diffuse toxic goiter III level. Quality of life after surgical treatment conducted. Modern problems of science and education. 2015. № 8.
2. Styazhkina S.N., Sitnikov V.A., Gracheva V.A. Clinical and morphological parallels in thyroid nodules. Morphological statements. 2009. № 3.
3. Kurnikova I.A., Stjzhkina S.N., Chernyshova T.E. Prospects endoecological rehabilitation of patients with autoimmune thyroid disease. Fundamental research. 2011. № 11.
4. Styazhkina S.N., Gracheva V.A., Korobeynikov V.I. Features of thyroid pathology in the Udmurt Republic. Health, demography, ecology of Finno-Ugric peoples. 2010. № 1.
5. Styazhkina S.N., Zarivchackiy M.F., Kurnikova I.A., Bakirova N.M., Badamshina T.V. Surgical aspects tireoideologii: monograph. Izhevsk-Perm, 2011. 150 p.
6. Zarivchatskiy M.F., Grebnev A.G., Maryanovskiy A.A., Chetvertnykh V.A. Postoperative hypothyroidism. 2014.

7. Blagosklonnaya Ya.V., Shlyakhto E.V., Babenko A.Yu. *Endocrinology. St. Petersburg: SpetsLit, 2004. 398 p.*
8. Valdina E.A. *Thyroid Disease. 2006. 234 p.*
9. Dedov I.I., Melnichenko G.A., Fadeev V.F. *Endocrinology. 2007.*

© 2015, Стяжкина С.Н., Чернышева Т.Е.,
Леднева А.В., Порываева Е.Л., Баутдинова Г.Р.,
Шабалина Ю.Н.
Послеоперационный гипотиреоз

© 2015, Styazhkina S.N., Chernyshova T.E.,
Ledneva A.V., Poryvaeva E.L., Bautdinova G.R.,
Shabalina Yu.N.
Postoperative hypothyroidism