

Резюме

Чорний В.И., Колесніков А.Н., Себаї Слім, Мустафін Т.А., Лебедева Г.И., Кардаш К.А., Колеснікова А.Г. *Оцінка адекватності анестезії у пацієнтів, оперованих з приводу супратенторіальних новоутворень головного мозку.*

Багатокомпонентна комбінована анестезія на основі севофлурану у пацієнтів оперованих з приводу супратенторіальних новоутворень головного мозку дозволяє попередити несприятливі прояви загальної реакції організму, забезпечує додатковий анестезіологічний захист пацієнта від хірургічної агресії на фоні гемодинамічної, вегетативної та нейроендокринної стабільності, що сприятливо впливає на перебіг анестезії і післяопераційного періоду.

Ключові слова: новоутворення головного мозку, оперативне лікування, анестезія, севофлуран.

Summary

Cherniy V.I., Kolesnikov A.N., Sebai Slim, Mustafin T.A., Lebedeva G.I., Kardash K.A., Kolesnikova A.G. *Estimation of adequacy of anaesthesia at the patients of operated concerning supratentorial neoplasm of cerebrum.*

The multicomponent combined anaesthesia on the basis of sevofluran at the patients of operated concerning supratentorial neoplasm of cerebrum allows to warn the unfavorable displays of general reaction of organism, provides additional anesthetic defence of patient from surgical aggression on a background hemodynamic, vegetative and neuroendocrinal stability, that favourably affects the flow of anaesthesia and postoperative period.

Keywords: neoplasm of cerebrum, operative treatment, anaesthesia, sevofluran.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.А.Усагов

УДК 616.441-008.64:616-06

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.А.Шупер, С.В.Шупер, Ю.И.Вагина, Д.А.Некрасов,
А.Н.Шевцова, И.А.Лавринчук

Луганский государственный медицинский университет
Луганская городская многопрофильная больница №5

Вступление

В настоящее время в Украине, как и во всем мире, синдром гипотиреоза является одним из распространенных состояний в практике врача-эндокринолога, семейного врача, терапевта [1, 4, 7, 9]. По данным различных авторов, частота манифестного гипотиреоза в популяции достигает от 0,2 до 2%. В то же время субклинический гипотиреоз диагностируется в 5-10 раз чаще. Он выявляется у 7-10% женщин и 2-3% мужчин. Согласно данным крупномасштабного исследования Whickham Survey, частота вновь выявленных больных манифестным гипотиреозом среди женщин составила 4,1 на 1000 в год, а среди мужчин - 0,6 на 1000 в год. В возрастной популяции лиц старше 60 лет гипотиреоз выявляется у 6-12% [1, 6, 7, 11].

Еще в 1873 году Gull W.W. впервые описал микседему, а через 100 лет, в 1973 г., Everd D. выдвинул современную концепцию гипотиреоза, однако многие вопросы этиопатогенеза, коморбидности, клинических "масок" этой патологии остаются не до конца исследованными. Особенно это касается гипотиреоза у пожилых пациентов в связи с наличием сопутствующей патологии, приемом лекарственных препаратов, сложностями дифференциальной диагностики [2, 3, 8, 10].

Наиболее часто у пожилых пациентов верифицируется первичный гипотиреоз, обусловленный следующими факторами:

♦ субтотальной или тотальной струмэктомией в анамнезе (вне зависимости от причин оперативного вмешательства);

- ◆ тиреостатической терапией;
- ◆ радиойодтерапией тиреотоксикоза или лучевой терапией области шеи не тиреоидной патологии;
- ◆ применением медикаментозных препаратов (к ним относятся амиодарон, йодид калия, длительное накожное нанесение йодсодержащих антисептических средств и др.);
- ◆ наличием атрофической формы аутоиммунного тиреоидита в анамнезе;
- ◆ состоянием йодного дефицита.

Клиническое значение гипотиреоза у пожилых больных определяется следующими группами факторов:

- медленное и постепенное развитие и нарастание симптоматики, незаметное как для самого пациента, так и для окружающих;

- множественность и "маскообразность" проявлений гипотиреоза (рис.1), что пролонгирует время диагностического поиска и, как следствие, более позднее начало медикаментозной коррекции, а также развитие осложнений;

- многообразие симптоматики с вовлечением в процесс практически всех органов и систем организма [2, 4, 5, 7].

По данным ряда исследователей, в первый год от начала развития патологии правильный диагноз верифицировался у 34% пациентов, а у 9% больных до начала адекватной терапии проходит более 10 лет, что обусловлено неправильной трактовкой самим пациентом своей болезни (рис.1) [2,3,5,11].

В связи с вышеизложенным интересным представляется обсуждение клинического случая первичного гипотиреоза, диагностированного в терапевтическом отделении.

Больная К., 62 года, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на выраженную общую слабость, желтушность кожи, слизистых, отечность конечностей, лица, туловища. опущение верхних век, заторможенность, сонливость, снижение аппетита, мышечную слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, выпадение волос, запоры до 3-4 дней.



Рис. 1. «Маски» первичного гипотиреоза

Считает себя больной в течение 2 лет, когда впервые обратила внимание на возникновение отечности,птоза век, общей слабости, медлительности и вялости. Системная отечность была расценена больной как полнота, и она уменьшила объем и ка-

лорийность пищи, постепенно перейдя на "морковную диету" с минимальным (вплоть до нескольких столовых ложек в сутки) объемом пищи в сутки. Масса тела больной уменьшилась, но незначительно, однако в последние 2 месяца появилась желтушность кожи и слизистых, что и побудило больную обратиться к врачу, т. к. она проживает с семьей, в которой есть дети.

Больная была обследована инфекционистом, диагноз "вирусный гепатит" не подтвердился. Затем была консультирована хирургом онкодиспансера, который выставил предварительный диагноз: Susp. Ст головки поджелудочной железы, Ст печени?, механическая желтуха. Было проведено инструментальное дообследование: УЗИ ОБП (Заключение: Дистальный блок холедоха, механическая желтуха); ФГДС (Заключение: Хроническая гастропатия (АК не найдены), данных за патологию большого дуоденального сосочка не выявлено); ирригоскопия (Заключение: Патологии в толстом кишечнике не выявлено); рентгенография ОГК (Заключение: Пневмофиброз). Консультирована гинекологом - патологии не выявлено.

Участковый терапевт с диагнозом: ИБС, диффузный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II, 2 степень, СН IIIA. Дистальный блок холедоха неясного генеза. Механическая желтуха. Вторичная анемия I степени. МКБ. Камень левой почки. Хронический пиелонефрит, ст. обострения, ХПН 0. - направил пациентку на госпитализацию в терапевтическое отделение с целью уточнения диагноза и коррекции терапии.

Из анамнеза жизни: наследственный, аллергологический, эпидемиологический анамнез не отягощен, постоянной терапии гипертонической болезни не получала, операции и травмы отрицает.

При объективном обследовании обращала на себя внимание выраженная отечность всего тела, желтушность кожи, склер, птоз верхних век, диффузная алопеция. В легких выслушивалось везикулярное дыхание, ЧЛД 16 в мин., тоны сердца приглушены, деятельность ритмичная, ЧСС=PS-64 в мин., АД 160/95 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при

пальпации мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. Почки не пальпируются, с-м поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не пальпируется. Неврологический статус - снижены активное внимание и память, положительные с-мы орального автоматизма, глазные щели D<S, птоз век, двусторонний экзофтальм. Нарушения чувствительности и рефлексов не выявлено. В позе Ромберга неустойчива, пальценосовая проба - неуверенное попадание.

Обследована в стационаре: Нв - 104 г/л, СОЭ - 15 мм/час, сахар крови - 5,3 ммоль/л, билирубин общий - 98 мкмоль/л, прямой - 72 мкмоль/л, тимоловая проба - 20 Ед, АЛТ - 0,66 ммоль/л. HBS Ag и Анти-HCV - отрицательны. Ан мочи - 1024, белок - 0,074 г/л, сахар - отр., лейкоциты - единичны в п/з.

В связи с типичной клинической картиной гипотиреоза была исследована тиреоидная функция - ТТГ - более 75 мкМЕ/мл, св. Т4 - 0,875 пмоль/мл. УЗИ щитовидной железы - гипоплазия щитовидной железы. Была проведена консультация эндокринолога - заключение: Первичный гипотиреоз, средней степени тяжести, ст. декомпенсации. Назначена терапия эутироксом (50 мг в сутки). В связи с сохраняющейся желтухой больная была направлена на компьютерную томографию ОБП - заключение: КТ признаки билиарной гипертензии с блоком холедоха на уровне Фатерова соска. Хронический панкреатит. Аномалия развития "подковообразная почка".

В результате проведенной заместительной терапии эутироксом общее состояние пациентки значительно улучшилось, отечность и общая слабость уменьшилась, аппетит и эмоциональное состояние улучшились, одышка несколько уменьшилась. Желтушность кожи и слизистых уменьшилась, однако полностью не ликвидирована, печеночные пробы, несмотря на отчетливую положительную динамику, не нормализовались.

С учетом консультаций онколога и хирурга больной рекомендована госпитализация в хирургическое отделение ЛОКБ для решения вопроса об оперативном лечении. Больная выпи-

сана из терапевтического отделения с улучшением. Рекомендован постоянный прием эутирокса под наблюдением участкового эндокринолога с коррекцией дозы при необходимости.

К сожалению, пациентка от дообследования отказалась. Анализ данного клинического случая позволяет предложить несколько гипотез относительно развития у больной гипотиреозом механической желтухи.

В качестве причины "дистального блока холедоха на уровне Фатерова сосочка" и механической желтухи (с учетом невыявленной онкопатологии печени, поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки, толстого кишечника, а также отсутствия других доказанных причин для развития этого состояния на момент обследования) можно предположить диффузный паренхиматозный отек как следствие гипотиреоза, в том числе стенок холедоха, на фоне воспалительных или дистрофических изменений в гастродуоденальной зоне.

Гипотетической дополнительной причиной желтушности кожи и слизистых может также оказаться "морковная диета" больной, т. к. при гипотиреозе доказано снижение метаболизма каротина с развитием иктеричности.

Описанный клинический случай иллюстрирует сложности дифференциальной диагностики первичного гипотиреоза у пожилых пациентов, "маскированность" клинической картины, особенно на фоне сопутствующей патологии, подтверждает необходимость проведения скрининга тиреоидной патологии.

Литература

1. Гайдаев Ю. О. Стан ендокринологічної служби України та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією / Ю. О. Гайдаев, Р. О. Моїсеєнко, М. П. Жданова // Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2006. - № 2. - С. 18 - 22.

2. Доскина Е. В. Гипотиреоз у пожилых больных / Е. В. Доскина // Русский медицинский журнал. - 2007. - № 27. - С. 48 - 52.

3. Макар Р. Д. Заболевания щитовидной железы в пожилом возрасте: особенности клинического течения, диагностики и лечения / Р. Д. Макар, О. Р. Макар // Міжнародний ендокринолог. журнал. - 2007. - № 6. - С. 24 - 28.

4. Петунина Н. А. Гипотиреоз / Н. А. Петунина, Л. В. Трухина // Русский медицинский журнал. - 2007. - Т. 15. - № 1. - С. 1 - 4.

5. Тиреоидные гормоны и нетиреоидная патология. Профилактика, лечение. / [В. Н. Крутько, А. В. Будневский, В. Т. Бурлачук, Т. И. Грекова]. - Петрозаводск: Интелтек, 2003. - С. 32-36.

6. Тронько Н. Д. Щитовидная железа и радиация (фундаментальные и прикладные аспекты: 20 лет после аварии на Чернобыльской АЭС) / Н. Д. Тронько // Міжнародний ендокринологічний журнал. - 2006. - № 2. - С. 4 - 8.

7. Трошина Е. А. Синдром гипотиреоза в практике интерниста: методическое пособие для врачей / Е. А. Трошина, Г. Ф. Александрова, Ф. М. Абдулхабирова. - М., 2003. - 41 С.

8. Фадеев В. В. Современные концепции диагностики и лечения гипотиреоза у взрослых / В. В. Фадеев // Проблемы эндокринологии. - 2004. - № 2. - С. 1 - 7.

9. Serum TSH, T (4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994) National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES - II) / J. G. Hollowell, N. W. Staehling [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metabol. - 2002. - Vol. 87. - P. 489 - 499.

10. Toft A. Thyroid hormone treatment, how and when? / A. Toft // Thyroid International. - 2001. - № 4. - P. 16 - 18.

11. Vanderpump M. P. J. The incidence of thyroid disorders in the community: a 20-year follow-up of the Wickham Survey / M. P. J. Vanderpump, W. M. G. Tunbridge [et al.] // Clin. Endocrinol. - 1995. - № 43. - P. 55 - 68.

Резюме

Шупер В.А., Шупер С.В., Вагина Ю.И., Некрасов Д.А., Шевцова А.Н., Лавринчук И.А. *Клинический случай первичного гипотиреоза в терапевтической практике.*

В работе описан клинический случай дифференциальной диагностики первичного гипотиреоза на фоне коморбидной патологии.

Ключевые слова: первичный гипотиреоз, дифференциальная диагностика, коморбидность.

Резюме

Шупер В.О., Шупер С.В., Вагина Ю.І., Некрасов Д.О., Шевцова А.М., Лаврінчук І.О. *Клінічний випадок первинного гіпотиреозу в терапевтичній практиці.*

У роботі описаний клінічний випадок диференціальної діагностики первинного гіпотиреозу на фоні коморбідної патології.

Ключові слова: первинний гіпотиреоз, диференціальна діагностика, коморбідність.

Summary

Shuper V.A., Shuper S.V., Vagina Yu.I., Nekrasov D.A., Shevtsova A.N., Lavrinchuk I.A. *The clinical case of primary hypothyroidism in therapeutic practice.*

In the work the clinical case of differential diagnostics of primary hypothyroidism on the background of the co-morbidity is described.

Key words: primary hypothyroidism, differential diagnostics, co-morbidity.

Рецензент: д.мед.н., проф.Л.М.Іванова

Для нотаток