

© А.С. Абдулхаликов, А.Г. Магомедов, 2006
УДК 616.441 - 006.5 : 616.12-009(045)

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА, ОСЛОЖНЕННОГО НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА

А.С. Абдулхаликов, А.Г. Магомедов

Дагестанская государственная медицинская академия

Термин «тиреотоксикоз» включает клинические и биохимические проявления действия тиреоидных гормонов, в избыточном количестве вырабатываемых щитовидной железой [1]. Концепция «тиреоидного заболевания сердца», предложенная Levine S.A. в начале XIX века, который описал предсердные аритмии, сердечную недостаточность и гипертрофию сердца при тиреотоксикозе (ТТ), остается актуальной и в настоящее время. Более того, до сих пор недостаточно изучены механизмы влияния тиреоидных гормонов на сердечно-сосудистую систему, в связи с чем необходимо индивидуализировать подход к лечению этих пациентов [3, 6]. Известно, что наиболее частым (50-99,5% случаев) и ранним проявлением ТТ является синусовая тахикардия. Помимо синусовой тахикардии при ТТ нередко встречаются наджелудочковая и желудочковая экстрасистолы. Однако, наиболее характерным при ТТ нарушением ритма сердца (НРС) является мерцательная аритмия (до 15%), в наибольшей степени отражающая тяжесть ТТ и значимость поражения миокарда [2, 4, 5, 7].

Установлено, что у больных токсическим зобом, осложненным мерцательной аритмией, повышен риск тромбоэмболии (от 8% до 40%). Нередко больные впервые поступают в клинику с явлениями перенесенного инсульта и различных эмболических осложнений [8, 9].

В связи с вышеизложенным целью исследования является разработка тактики хирургического лечения токсического зоба, осложненного нарушением ритма сердца.

Материал и методы. Анализируемая группа состояла из 26 пациентов в возрасте от 44 до 72 лет

(мужчин 5, женщин 21) с длительно существующей (более 1 года) тяжелой формой ТТ, осложненной мерцательной аритмией (МА). Диагноз устанавливался на основании клинических данных, результатов гормональных исследований: fT_4 $56,8 \pm 7,5$ пмоль/л (норма 9,0-20,0), $TTG < 0,1$ мЕд/л (0,25-3,5), УЗИ сердца (аппарат Caris Plus, секторный датчик - 2,5 МГц, парастернальная позиция, режимы М и В), ЭКГ, холтеровского мониторирования. Для восстановления синусового ритма в предоперационной подготовке больных применялся метод плановой электроимпульсной терапии (ЭИТ) с использованием дефибриллятора ДКИ-03. Применяли трансторакальный разряд от 5,0 Кв до 6,0 Кв. При необходимости производили повторные разряды до 3 раз с шагом 0,5 Кв. Наиболее эффективным был разряд 6,0 Кв, при котором синусовый ритм восстанавливался в 91% случаев. При более низкой величине начального импульса приходилось применять несколько (2-3) последовательных разрядов. Основные критерии отбора больных для ЭИТ и хирургического лечения токсического зоба, были следующие:

1. Медикаментозный эутиреоз.
2. Давность фибрилляции предсердий не более года.
3. Размер левого предсердия не более 5,5 см (N - до 4,0 см).
4. Сохраненная сократимость миокарда левого желудочка.
5. Отсутствие тромбов в полости сердца.

Результаты. Консервативная терапия с целью восстановления синусового ритма во всех случаях успеха не имела, ритм восстановить не удалось.

Используя комплексное лечение (тиреостатики,

антиаритмические препараты, средства детоксикации), в том числе для достижения эутиреоидного состояния, всем 26 пациентам в предоперационном периоде после 4 недельной подготовки антикоагулянтами (фенилин или варфарин - целевой уровень ПТИ 50-60%, МНО 2,0-3,0) произведена плановая ЭИТ. Таким образом 24 пациентам удалось восстановить синусовый ритм, обеспечивающий полноценную систолу предсердий. В ближайшем периоде (через 6-8 дней после ЭИТ), в более выгодных гемодинамических условиях и с наименьшим риском тромбоэмболических осложнений была произведена субтотальная резекция ЩЖ.

В послеоперационном периоде (1-е сутки) у 4 больных наблюдались короткие пароксизмы фибрилляции предсердий и политопная наджелудочковая экстрасистолия, однако синусовый ритм во всех случаях сохранялся. У всех 24 пациентов при динамическом наблюдении (1-3-6-12 месяцев) синусовый ритм сохранялся. Двум больным (7,7%), несмотря на повторную ЭИТ, синусовый ритм восстановить не удалось, хотя тахисистолическая форма мерцательной аритмии с применением медикаментозных средств была переведена в нормосистолическую и пациенты были благополучно прооперированы.

Приводим одно из клинических наблюдений:

Пациент Т., 42 лет (история болезни № 50/0357), обратился 19.06.06 г. в отделение эндокринной хирургии РКБ с жалобами на сердцебиение, чувство удушья, возникающие при ходьбе, головную боль, периодические подъемы артериального давления до 160/100 мм рт.ст., перебои в работе сердца.

Анамнез: около 5 лет (с 2001 г.) больной находится на диспансерном учёте с диагнозом «токсический зоб», периодически принимал мерказолил (контроль дозировки препарата и уровня гормонов крови отсутствовал). Отмечает незначительный эффект от лечения.

На фоне приема мерказолила 2 года назад состояние ухудшилось, стали беспокоить одышка, чувство удушья, возникающие при ходьбе, а 10 месяцев тому назад появились перебои в работе сердца. Был назначен анаприлин. На фоне приема мерказолила и анаприлина состояние больного ухудшилось, приступы перебоев в работе сердца стали частыми и более продолжительными, в связи с чем лечился в отделении эндокринологии. При гормональном исследовании выявлен тиреотоксикоз: fT4 - 42,5 пмоль/л, ТТГ - 0,12 мЕд/л. Выписался 5.06.06 г. с улучшением. Амбулаторно (до 19.06.06) принимал мерказолил (20 мг/сут), анаприлин (30 мг/сут), фенилин (30 мг/сут).

Общий осмотр: рост 172 см, масса тела 74 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы относительно сухие, чистые. Подкожный жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Костно-суставной аппарат и мышечная система без видимых изменений. Симптом Мари слабо

положительный, Мебиуса - положительный. Пальпаторно - щитовидная железа увеличена в размерах (больше слева), деформирует контур шеи, плотной консистенции, неоднородная, безболезненная, слева пальпируется крупный узел d ~ 5,0 x 4,0 см. Отмечается экзофтальм II степени. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердечные тоны приглушены, по монитору фибрилляция предсердий, ЧСС 102 в минуту, пульс 88 в мин. (дефицит пульса 14). АД - 140/80 мм.рт.ст. Периферических отеков нет.

Общий анализ и биохимия крови - без особенностей.

Коагулограмма: ПТИ - 56,5%, МНО - 2,02.

ЭКГ от 20.06.06 г. - Пароксизмальная форма мерцания предсердий (ЧСС - 114 в 1 мин).

Рентгенография органов грудной полости: без очагово-инфильтративных изменений.

ЭхоКГ - дилатация полости левого предсердия (4,6 см). Сократимость миокарда удовлетворительная. Клапаны интактны. Регургитация на митральном клапане (+) (+ +).

Спирография: нарушения вентиляции легких нет.

УЗИ щитовидной железы: контуры неровные, нечеткие, эхоструктура паренхимы неоднородная, в правой доле гипоехогенное образование d-8 мм, в левой доле изоэхогенный узел d - 38 x 26 x 53 мм, структура с жидкостными включениями, единичные кальцинаты d 8x12 мм. V железы 64,6 мл³.

Результат пункционной биопсии: атипичии не обнаружено, картина смешанного коллоидного, активно пролиферирующего зоба.

Больному был выставлен диагноз: диффузно-узловой токсический зоб. Тиреотоксикоз средней степени выраженности, тиреотоксическая кардиомиопатия, недостаточность митрального клапана, фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, симптоматическая артериальная гипертензия, ХСН, ФК П-Ш по NYHA.

Пациенту проводилась терапия мерказолилом (15 мг/сут), атенололом (25 мг/сут), фенилином (30 мг/сут), раствором Люголя по схеме, поляризующей смесью. Достигнут медикаментозный эутиреоз, но сердечный ритм не восстановлен.

3.07.06 г. с целью восстановления синусового ритма произведена плановая ЭИТ. Ритм восстановлен с I разряда (6,0 Кв). ЧСС - 75 уд. в мин. За сутки под мониторным наблюдением: ритм синусовый.

4.07.06 г. осуществлен перевод с фенилина на гепарин (2500 ЕД - 4 р/д).

9.07.06 г. - антикоагулянты отменены.

10.07.06 г. на фоне устойчивой сердечной деятельности и гемодинамики произведена предельно-субтотальная резекция щитовидной железы с оставлением ткани железы в «опасной зоне». Сутки в кардиореанимационном зале под мониторным наблюдением: ЧСС - 80-90 уд. в мин., ритм правильный.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Ритм синусовый. Кашлевой толчок эффективный. Голос и глотание сохранены (продолжает получать поддерживающую тиреостатическую и антиаритмическую терапию). С 13.07.06 фенилин -У² таб. (15 мг) 1 р/д. ПТИ - 70-80%.

Результат гистологического исследования: смешанный активно пролиферирующий зоб с аденоматозом, очагами резорбции коллоида.

Выписан 17.07.06 г. в удовлетворительном состоянии (ЧСС 75 уд. в мин., ритмичный. АД - 120/80 мм рт.ст.) с рекомендациями: эутирокс-100 мкг утром натощак с последующим контролем уровня ТТГ через 1 мес, фенилин по 15 мг 1 р/д - 1 мес, атенолол по 25 мг 2 р/д - 1 мес. Контрольный осмотр через 1 мес. Диспансерное наблюдение.

Приведенный клинический пример наглядно показывает эффективность ЭИТ в предоперационном периоде на фоне комплексной терапии токсического зоба, осложненного нарушением ритма сердца, что позволило выполнить оперативное лечение в благоприятных условиях.

Выводы

1. При адекватной подготовке к ЭИТ в 92,3% случаев у пациентов с мерцательной аритмией, обусловленной токсическим зобом удается восстановить синусовый ритм.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА, ОСЛОЖНЕННОГО НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА

А.С. АБДУЛХАЛИКОВ, А.Г. МАГОМЕДОВ

Для совершенствования тактики хирургического лечения токсического зоба, осложненного мерцательной аритмией (МА), проанализированы результаты лечения 26 пациентов в возрасте от 44 до 72 лет. Для восстановления синусового ритма с целью предоперационной подготовки применялся метод плановой электроимпульсной терапии (ЭИТ) дефибрилятором ДКИ-03. Наиболее оптимальным был разряд 6,0 Кв. При адекватной подготовке к ЭИТ в 92,3% случаев удавалось восстановить синусовый ритм. ЭИТ у пациентов с токсическим зобом способствует восстановлению синусового ритма в предоперационном периоде и позволяет выполнить операцию (субтотальную тиреоидэктомию) в гемодинамически выгодных условиях.

Ключевые слова: тиреотоксикоз, мерцательная аритмия, электроимпульсная терапия, тиреоидэктомия

2. Электроимпульсная терапия, проводимая в предоперационном периоде больным с токсическим зобом, находящимся в состоянии медикаментозного эутиреоза, позволяет осуществить оперативное лечение (субтотальную тиреоидэктомию) в гемодинамически выгодных условиях.

Литература

1. Бубнов, А.Н. Хирургическое лечение токсического зоба, прогнозирование и способы коррекции функциональных нарушений: Автореф. дис.... докт. мед. наук / А.Н. Бубнов. - С-Пб., 1990.
2. Ванин, Л.Н. Изучение функции щитовидной железы у больных с нарушением ритма сердца: Автореф. дис.... канд. мед. наук / Л.Н. Ванин. - М., 1987.
3. Петунина, Н.А. Особенности терапии заболеваний щитовидной железы у пациентов с кардиальной патологией / Н.А. Петунина // Русский медицинский журнал. - 2005. - Т. 13, № 28. - С.1927-1932.
4. Таранин, Е.И. Клиническая смерть на фоне тиреотоксического криза с успешной реанимацией / Е.И. Таранин, А.Г. Магомедов // Анестезиология и реаниматология. - М., 1981. - С.70-71.
5. Фадеев, В.В. Диагностика и лечение токсического зоба / В.В. Фадеев // Русский медицинский журнал. - 2002. - Т. 10, № 11. - С. 513-517.
6. Darcie, D.S. Diagnostics and treatment of illness Grejvsa / D.S. Darcie, K. Ujjaini // Ann. Pharm. - 2003. - Vol. 37, № 7. - P. 1100-1109.
7. Klein, I., Levey G.S. The cardiovascular system in thyrotoxicosis / I. Klein, G.S. Levey // Braverman L.E., Utiger R.D., eds. Werner & Ingbar's. The thyroid: a fundamental and clinical text / 8th ed. Philadelphia. - 2000. - P. 596-604.
8. Ladenson, P.W. Thyrotoxicosis and the heart: old and something new / P.W. Ladenson // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 1993. - Vol. 77. - P. 332-333.
9. Presti, C.F. Thyrotoxicosis, atrial fibrillation, and embolism, revisited / C.F. Presti, R.G. Hart // Am. Heart J. - 1989. - Vol. 117. - P. 976-977.

INDIVIDUAL APPROACH TO THE SURGICAL TREATMENT OF TOXIC GOITER COMPLICATED BY THE CARDIAC RHYTHM DISTURBANCE

ABDULKHALIKOV A.S., MAGOMEDOV A.G.

To improve surgical treatment of the toxic goiter complicated by atrial fibrillation (AF) the treatment outcomes in 26 patients aged 44-72 years were analyzed. The method of scheduled countershock (CS) using defibrillator (DCI-03) was applied to restore the sinus rhythm of the heart within the preoperative preparation of the patients. The optimal discharge was 6,0 Kv. An adequate preparation for electrical cardioversion allowed to restore the sinus rhythm in 92,3 % of cases. CS in patients with the toxic goiter promotes restoration of the normal productive rhythm during the preoperative period and the surgical intervention (subtotal thyroidectomy) under favourable hemodynamic conditions.

Key words: thyrotoxicosis, atrial fibrillation, countershock, thyreoidectomy