

Резрес структурно-функціональних змін камер серця та клінічної симптоматики серцевої недостатності на фоні комплексного лікування тяжкої форми тиреотоксикозу

(динамічне спостереження протягом 9 міс)

Пацієнтку К., 42 роки, було направлено на амбулаторну консультацію кардіолога лікарем-ендокринологом МЦ «Оберіг» Л.Ф. Таран з первинним діагнозом «Тиреотоксикоз, важка форма у стані медикаментозної декомпенсації. Дифузний токсичний зоб II ст.»

Згідно з даними анамнезу тиреотоксикоз у хворой було виявлено 2006 року, проте вона несистематично лікувалася тиреостатичними препаратами та почала самостійно лікуватися нетрадиційними і «народними» методами. Контроль рівня гормонів щитоподібної залози також проводився нерегулярно. Представлені лабораторні дані свідчили про хронічну декомпенсацію тиреотоксикозу.

Під час первинного огляду 20.02.2012 р. скаргилася на виражену задишку, у тому числі у стані спокою, постійне відчуття серцебиття, підвищену втомлюваність, набряки нижніх кінцівок. Також відмічала тремор кінцівок, субфебрильну температуру тіла у вечірні години. Вищезазначені скарги посилювалися восени 2011 року. З цього приводу проходила санаторно-курортне лікування, яке було неефективним. На початку лютого 2012 р., коли через виражене погіршення самопочуття звернулася до терапевта за місцем проживання, вперше було зареєстровано фібриляцію передсердь.

За призначенням ендокринолога з 20.02.2012 р. почала приймати тирозол у дозі 30 мг/добу.

Об'єктивно. Загальний стан близький до задовільного. Будова тіла нормостенічна. Шкіра та слизові оболонки чисті, дещо гіперпигментовані. Шкіра чиста, підвищеної вологості. Помірний екзофтальм. Тремор рук: позитивний. Периферичні лімфовузли не збільшені, безболісні. Щитоподібна залоза збільшена, II ст., щільно-еластичної консистенції, неоднорідна. Артеріальний тиск (АТ) на лівій руці 110/70 мм рт. ст. = АТ на правій руці. Грудна клітка звичайної форми, обидві її половини беруть участь в акті дихання. Перкуторно: над легенями – легеневий звук. Аускультативно: дихання везикулярне. Тони серця помірної звучності, фібриляція передсердь, тахіформа. Живіт м'який, печінка не виступає з-під краю реберної дуги. Периферичних набряків немає. Випорожнення нормальні. Менструації регулярні.

Результати лабораторних та інструментальних методів дослідження

ЕКГ (рис. 1): фібриляція передсердь з ЧСЧ 110-130 (у середньому 122) за хвилину.

Під час первинного ехокардіографічного обстеження (табл.) було виявлено дилатацію

лівого шлуночка (ЛШ), суттєву дилатацію лівого передсердя, дилатацію правого передсердя, ознаки легеневої гіпертензії. Відмічено наявність суттєвої мітральної регургітації, що не дозволило коректно характеризувати діастолічне наповнення ЛШ.

Клінічний аналіз крові: лейкоцити 7,6 г/л, еритроцити 5,13 Т/л, гемоглобін 130 г/л, гематокрит 40,7%, ШОЕ за методом Вестергрена 10 мм/г, паличкоядерні нейтрофіли 6%, сегментоядерні нейтрофіли 47%, моноцити 5%, лімфоцити 42%.

Біохімічні дослідження: глюкоза 4,94 ммоль/л, креатинін 37,15 мкмоль/л, загальний білок 76,24 г/л, сечовина 3,53 ммоль/л, АСТ 39,43 Од/л, АЛТ 50,89 Од/л, білірубін загальний 19,55 мкмоль/л, калій 3,76 ммоль/л, натрій 137,3 ммоль/л.

Гормони щитоподібної залози (12.10.2011 р.): ТТГ <0,005 мкМЕд/мл, вільний Т4 >7,7 пкмоль/л, АТПО >600 МЕд/мл.

Аналіз сечі загальний: без особливостей.

Ультразвукове дослідження щитоподібної залози (10.02.2012 р.): об'єм правої долі – 22,56 см³, лівої – 17,34 см³ (вікова норма сумарного об'єму згідно з даними Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка становить 5,64-17,42 см³), ехогенність знижена, структура неоднорідна.

На підставі аналізу скарг, даних анамнезу, загального клінічного огляду, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження кардіологом було встановлено діагноз: «Кардіоміопатія внаслідок важкого тиреотоксикозу. Тиреотоксичне серце. Фібриляція передсердь, постійна форма, тахісистолический варіант. СН ІІА ст., ІІ ФК за NYHA».

Надалі амбулаторна курація хворой здійснювалася спільно ендокринологом та кардіологом. Медикаментозна терапія була спрямована на корекцію вираженої гормональної дисфункції та усунення проявів серцевої недостатності (СН). Вона включала тирозол у дозі 30-25 мг/добу, раміприл 2,5 мг 1 раз на добу щодня, індапамід (ретардна форма) 1,5 мг вранці щодня, пропранолол у початковій добовій дозі 60 мг з підвищенням дози методом титрування до 120 мг/добу, дигоксин 0,25 мг 1 раз на добу щодня.

06.03.2012 р. хвору було направлено на консультацію до хірурга-ендокринолога. З приводу довготривалого та рецидивуючого перебігу важкого тиреотоксикозу з дифузним токсичним зобом II ст. за низької ефективності консервативної терапії тиреостатиками з розвитком тиреотоксичного серця, постійної тахісистолическої форми фібриляції передсердь та СН 27.03.2012 р. доктором медичних наук А.С. Коваленком було проведено тиреоїдектомію. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Рана загоїлася первинним натягненням.

У післяопераційному періоді одразу було призначено замісну гормональну терапію – еутирокс 100 мг. Добова доза еутироксу в межах 50-100 мг в подальшому коригувалася залежно від рівня тиреотропного гормону. Також пацієнтка безперервно отримувала стандартну терапію СН (раміприл, індапамід) та антиаритмічну терапію. З 28.03.2012 р. було призначено аміодарон у дозі 600 мг/добу.

На тлі адекватного комплексного лікування спостерігалася стійка позитивна динаміка загального клінічного стану пацієнтки та

Таблиця. Показники структурно-функціонального стану серця (результати динамічного спостереження протягом 9 міс)

Показники	Дати спостереження		
	20.02.12 р.	23.04.12 р.	29.11.12 р.
Кінцево-діастолічний об'єм ЛШ, мл	181,4	173,9	145,6
Кінцево-систолічний об'єм ЛШ, мл	88,6	62,3	48,5
Ударний об'єм ЛШ, мл	92,8	111,6	97,1
Фракція викиду ЛШ, %	51,2	64,2	66,7
Розміри лівого передсердя, мм	70,9x50,3	56x42	50x40
Розміри правого передсердя, мм	69x47,3	53x38	50x38
Клапан легеневої артерії, аТ, мс	73	133	140
Діаметр правого шлуночка, мм	33,2	29,3	29,3
Ступінь мітральної регургітації	II	I-II	I
Ступінь трикуспідальної регургітації	II	I-II	I
Сегментарна скоротливість	Не змінена	Не змінена	Не змінена



Рис. 3. Динаміка даних ЕКГ за період спостереження (лютий-листопад 2012 р.)

лабораторно-інструментальних даних. 02.04.2012 р. було зареєстровано правильний синусовий ритм. Після цього в якості підтримуючої терапії використовували аміодарон з поступовим зменшенням дози протягом 6 тижнів. Динаміку показників ЕКГ за період спостереження представлено на рисунках 2, 3.

Під час контрольної ехокардіографії після нормалізації ритму було зареєстровано виражену позитивну динаміку. Про це свідчило зменшення об'ємів (кінцево-діастолічного, кінцево-систолічного) ЛШ та, відповідно, покращення його скорочувальної функції, зменшення розмірів передсердь, у першу чергу лівого передсердя, явне зменшення проявів вторинної легеневої гіпертензії.

За даними ехокардіографії, проведеної у листопаді 2012 р. (9 міс комплексного лікування), зареєстровано нормалізацію всіх характеристик структурно-функціонального стану камер серця.

Пацієнтка продовжує перебувати під амбулаторним наглядом ендокринолога та кардіолога, виконує лікувальні рекомендації.

Особливість представленої клінічної випадку полягає в тому, що він демонструє можливість інволюції структурно-функціональних змін камер серця і відновлення їх скоротливої здатності у разі усунення етіологічного фактора СН. Поява поліорганных ускладнень важкого тиреотоксикозу, маніфестація та загострення СН вимагали мультидисциплінарного підходу до лікування. Саме узгоджена сумісна курація забезпечила позитивний результат терапії у порівняно короткий термін. Також цей клінічний випадок ще раз свідчить про шкідливість самолікування, необхідність формування у населення критичного ставлення до «народних методів», нетрадиційної медицини тощо.

Література

1. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. В.В. Миткова, В.А. Сандрикова. – Т. V. – М.: ВИДАР, 1998. – 360 с.
2. Серцево-судинні захворювання. Рекомендації з діагностики, профілактики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая. – К.: МОРИОН, 2011. – 408 с.
3. Фундаментальная и клиническая тиреология / Под ред. М.И. Баболкина, Е.М. Клебановой, В.М. Креминской – М.: Медицина, 2007. – 350 с.



Рис. 1. ЕКГ на момент госпіталізації

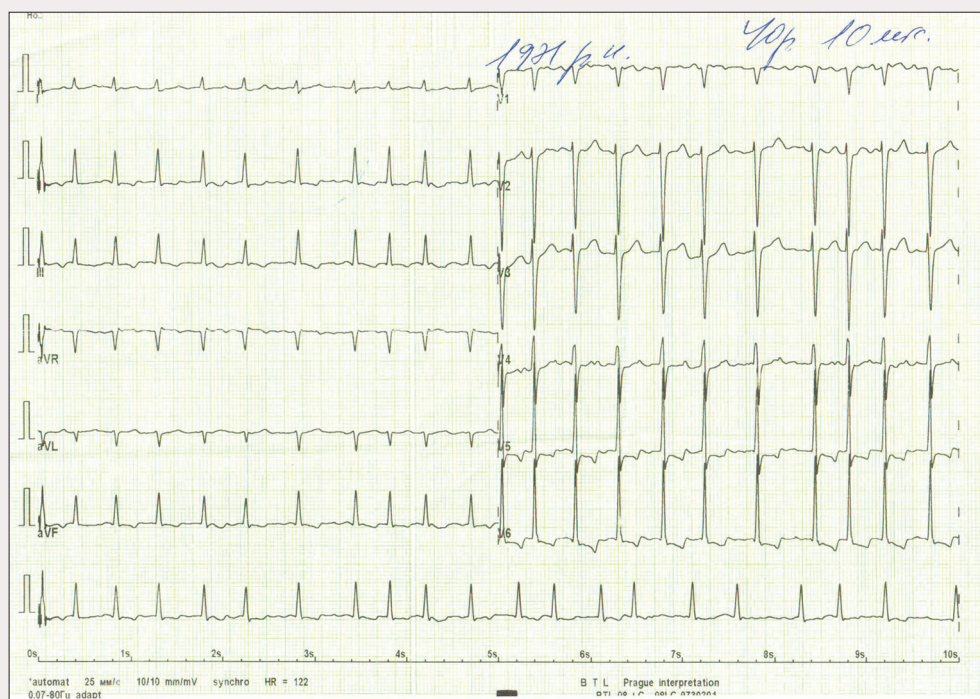


Рис. 2. ЕКГ на момент виписки