

<https://doi.org/10.35339/msz.2019.84.03.06>
УДК 616.441-008.64:611.018.74:616.12-008.33-073.7

Н.Є. Піратінська^{1,2}, Л.В. Сапричова¹, В.Ю. Вдовіченко², Н.І. Клочко²

¹Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

²Харківський національний медичний університет

КАРДІОЛОГІЧНІ МАСКИ ГІПОТИРЕОЗУ

Гіпотиреоз є поширеним станом дефіциту гормонів щитоподібної залози, який легко діагностувати і коригувати. Однак часто симптоми недостатності щитоподібної залози неспецифічні і схожі на такі за інших соматичних захворювань, особливо в пацієнтів старшого віку, що викликає труднощі у своєчасній діагностиці й лікуванні. Нерідко моносимптоматика призводить до помилковості діагнозу через так звані терапевтичні «маски» гіпотиреозу. Розглянуто клінічний випадок пізно діагностованого гіпотиреозу, що перебігає під кардіологічною маскою. Лікування пацієнта з приводу серцево-судинної недостатності не принесло очікуваного результату. За додаткової діагностики було виявлено аутоімунний тиреоїдит, первинний гіпотиреоз, тяжкий перебіг. Для коригування функції щитоподібної залози пацієнтові призначено: L-тироксин, що привело до значних поліпшень з боку серцево-судинної системи.

Ключові слова: щитоподібна залоза, первинний гіпотиреоз, терапевтичні маски, діагностика.

Вступ

Гіпотиреоз – це поліорганный симптомокомплекс, який обумовлений стійким дефіцитом тиреоїдних гормонів або зниженням їхнього біологічного ефекту на тканинному рівні [1–3]. Актуальність теми зумовлена широкою розповсюдженістю захворювань щитоподібної залози, що посідають друге місце серед ендокринної патології [4, 5].

Тиреоїдні гормони справляють різноманітний вплив на всі органи й системи, викликаючи різні клінічні прояви за дисбалансу [2, 6]. Симптоми недостатності щитоподібної залози неспецифічні, часто схожі з багатьма соматичними захворюваннями, що може викликати труднощі у своєчасній діагностиці та лікуванні [3, 6, 7]. Нерідко домінування симптоматики одного органа призводить до помилкового діагнозу через так звані «маски» гіпотиреозу [8, 9]. Власний клінічний випадок пізньої діа-

гностики гіпотиреозу, який протікав під кардіологічною маскою, наведено в даній статті.

Мета даного дослідження – розглянути аспекти діагностики, складності у встановленні діагнозу, медикаментозне ведення пацієнтів із гіпотиреозом на прикладі клінічного випадку.

Матеріал і методи

Матеріалом для дослідження були результати обстеження й лікування пацієнта Н., чоловіка 52 років, у кардіологічному відділенні стаціонара. Під час обстеження використовували такі методи: збирання скарг і анамнезу, об'єктивний огляд та пальпацію, інструментальні і лабораторні методи.

Результати

У кардіологічне відділення стаціонара було госпіталізовано пацієнта з діагнозом ішемічна хвороба серця, постінфарктний та атеросклеротичний кардіосклероз. Чоловік висував скар-

© Н.Є. Піратінська, Л.В. Сапричова, В.Ю. Вдовіченко, Н.І. Клочко, 2019

ги на швидку втому, задишку при незначному фізичному навантаженні, періодичне відчуття браку повітря, набряки ніг і обличчя. В анамнезі: гіпертонічна хвороба II стадії, серцева недостатність ІА стадії.

Анамнез хвороби. Погіршення стану пацієнт відмічає протягом двох місяців, коли почали з'являтися набряки ніг. Хворий звернувся до поліклініки за місцем проживання. За рекомендацією лікаря поліклініки пацієнт зробив ультразвукову діагностику нирок. Висновок: мікронефролітиаз. Ультразвукове дослідження вен нижніх кінцівок: варикозна хвороба вен нижніх кінцівок. Ультразвукове дослідження серця: гіпертрофія міокарда лівого шлуночка, фракція викиду 63 %. У клінічному аналізі сечі і крові – без особливостей. У пацієнта виявлено ознаки серцевої недостатності на тлі ймовірного перенесеного інфаркту міокарда. Була призначена терапія: трифас, фуросемід, детралекс, аскорутин. На тлі лікування стан хворого значно не покращився, тому він був направлений на стаціонарне лікування до кардіологічного відділення.

При огляді виявлено: стан середнього ступеня тяжкості. Свідомість ясна, положення активне, статура правильна. Надлишкова маса тіла. Шкірний покрив чистий. Набряки ніг і обличчя. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Зев чистий. Периферійні лімфовузли не збільшені, щитоподібна залоза не пальпується. Грудні залози без патологічних змін. Перкуторно над легенями легеневий звук. Аускультативно ослаблене дихання, нижче кута лопаток дихання не прослуховується. Частота дихальних рухів – 19/хв. Межі відносно серцевої тупості розширені вліво на 2 см. Тони серця ослаблені, ритмічні. Артеріальний тиск – 130/100 мм рт. ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) – 68 уд./хв, пульс (Ps) – 68 уд./хв. Живіт м'який, безболісний. Печінка виступає з-під краю ребра на 2 см. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні випорожнення – без особливостей. З боку органів ендокринної системи патології не виявлено.

У стаціонарі проведено додаткові дослідження. *Клінічний аналіз крові:* еритроцити – $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобін – 135 г/л, кольоровий показник – 0,84, лейкоцити – $7,3 \times 10^9/л$, паличкоядерні – 1 %, сегментоядерні – 83 %, еозинофіли – 1 %, лімфоцити – 14 %, моноцити – 1 %, швидкість зсідання еритроцитів – 39 мм/год.

Аналіз сечі загальний: кількість – 80 мл, питома вага – 1018, колір – жовтий, реакція – слабокисла, білок – немає, цукор – не виявлений, лейкоцити – 0–1 у п/з, еритроцити – немає, перехідний епітелій – одиниці в п/з, слиз – небагато. *Аналіз крові на вміст глюкози натще* – 3,5 ммоль/л. *Біохімічний аналіз крові:* загальний холестерин – 8,26 ммоль/л, ліпопротеїни високої щільності – 1,33 ммоль/л, тригліцериди – 2,75 ммоль/л, коефіцієнт атерогенності – 5,2 ммоль/л, ліпопротеїни низької щільності – 5,69 ммоль/л, ліпопротеїни дуже низької щільності – 1,24 ммоль/л, загальний білок – 85 ммоль/л, сечовина – 9,5 ммоль/л, креатинін – 0,175 ммоль/л. Калій – 5,2 ммоль/л, натрій – 136 ммоль/л, хлориди – 99 ммоль/л. Швидкість клубочкової фільтрації – 38 мл/хв/ $1,73 м^2$. *Ро-ОГК:* легені без патології, корені структурні, синуси вільні. *Електрокардіографія:* ритм синусів, гіпертрофія міокарда лівого шлуночка, відсутність наростання зубця R у V1–V4 відділеннях, можливо, постінфарктний кардіосклероз. *Ехокардіографія серця з доплером:* дилатація лівого передсердя, гіпертрофія міокарда лівого шлуночка, гідроперикард. *Ультразвукове дослідження внутрішніх органів:* гепатомегалія (+1,5 см), ознаки жирового гепатозу, хронічного холециститу, мікроліти обох нирок.

Поставлено діагноз: ішемічна хвороба серця. Атеросклеротичний кардіосклероз. Змішана дисліпідемія. Серцева недостатність ІА стадії зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка. Гідроперикард. Гіпертонічна хвороба II стадії, 2-го ступеня, ризик помірний. Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок. Хронічна венозна недостатність II стадії. Стеатогепатоз. Хронічний холецистит, ремісія. Хронічна хвороба нирок III стадії, мікроліти нирок. Хворому призначено: спіронолактон, еналаприл, детралекс, фуросемід, фленокс, цефтріаксон, корвітин, ентеросгель, аторвакор.

У зв'язку з тим що зберігалися скарги і лікування було малоефективним, у пацієнта запідозрено порушення функції щитоподібної залози. Додатково провели ультразвукове дослідження й перевірили рівень тиреоїдних гормонів. Ультразвукове дослідження щитоподібної залози: об'єм правої частки – 6,0 см³, лівої частки – 5,3 см³, перешийок – 0,3 см. Парен-

хіма неоднорідна з гіпо- та анехогенними включеннями – аутоімунний тиреоїдит. Тиреоїдні гормони: T_3 – 0,77 (1,0–2,8) нмоль/л, T_4 – 22,9 (53–158) нмоль/л, ТТГ – 32,2 (0,23–3,4) мОд./л, аТПО – 652,8 (до 34) Од./л. Поставлений діагноз: аутоімунний тиреоїдит, гіпертрофічна форма. Первинний гіпотиреоз, тяжкий перебіг.

Для коригування функції щитоподібної залози пацієнтові призначили: L-тироксин – 75 мкг на добу, цефоселен – 1 капсулу на добу 2 тижні. На тлі лікування тироксином самопочуття пацієнта поліпшилось. Зникли набряки, нормалізувався артеріальний тиск – 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 60 уд./хв, Ps – 60 уд./хв. Хворого виписано у відносно задовільному стані з покращанням.

Обговорення результатів досліджень

Проаналізувавши даний випадок, ми можемо вважати, що саме завдяки додатковому

обстеженню пацієнту було поставлено вірний діагноз: первинний гіпотиреоз. Призначено адекватне лікування, на тлі якого стан хворого покращився, і пацієнт був виписаний у відносно задовільному стані під спостереження ендокринолога з рекомендаціями контролю рівня тиреоїдних гормонів.

Висновки

За даним клінічним випадком ми показали, що гіпотиреоз може перебігати під маскою інших захворювань. Кардіологічні прояви гіпотиреозу нерідко призводять до діагностичних помилок. Пацієнти змушені звертатися до лікарів різних спеціальностей, що зі свого боку ускладнює своєчасну діагностику й, відповідно, лікування. Поєднання клінічного мислення лікаря з додатковими методами дослідження пацієнта сприяють правильному встановленню діагнозу і призначенню своєчасної адекватної терапії.

Список літератури

1. Диагностика и мониторинг (наблюдение) заболеваний щитовидной железы / Хойк К. К., Каллиер А., Канагазапати А. С., Ризен В. ; пер. с англ. Е. С. Кинг-Гуляева. – Женева : ВОЗ, 2001. – 22 с. – Режим доступа : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/91976>.
2. Lazar M. A. Thyroid hormone action: a binding contract / M. A. Lazar // J. Clin. Invest. – 2003. – № 112. – P. 497–499.
3. Boelaert K. Thyroid hormone in health and disease / K. Boelaert, J. A. Franklyn // Journal of Endocrinology. – 2005. – Vol. 187, № 1. – P. 1–15.
4. Age- and gender-specific TSH reference intervals in people with no obvious thyroid disease in Tayside, Scotland: the Thyroid Epidemiology, Audit, and Research Study (TEARS) / T. Vadiveloo, P. T. Donnan, M. J. Murphy, G. P. Leese // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2013. – № 98. – P. 1147–1153.
5. Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism / P. N. Taylor, D. Albrecht, A. Scholz [et al.] // Nature Reviews Endocrinology. – 2018. – Vol. 14. – P. 301–316.
6. The incidence of autoimmune thyroid disease: a systematic review of the literature / A. McGrogan, H. E. Seaman, J. W. Wright, C. S. de Vries // Clin. Endocrinol. – 2008. – № 69. – P. 687–696.
7. The role of thyroid hormones in anxiety and depression / R. Larisch, S. Schulte, G. Hildenbrand, R. Hoermann // Nuklearmedizin. – 2015. – № 53. – P. 1–17.
8. Meta-analysis: subclinical thyroid dysfunction and the risk for coronary heart disease and mortality / N. Ochs, R. Auer, D. C. Bauer [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2008. – № 148. – P. 832–845.
9. Cooper D. S. Subclinical thyroid disease / D. S. Cooper, B. Biondi // Lancet. – 2012. – № 379. – P. 1142–1154.

References

1. Khoik K.K., Kallier A., Kanahazabapati A.S., Rizen V. (2001). *Diahnostika i monitorinh (nabliudeniie) zabolevanii shchitovidnoi zhelezy [Diagnosis and monitoring (observation) of thyroid diseases]*. (Ye.S. Kinh-Huliaieva, Trans.). Geneva: WHO, 22 p. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/91976> [in Russian].
2. Lazar M.A. (2003). Thyroid hormone action: a binding contract. *J. Clin. Invest.*, № 112, pp. 497–499.
3. Boelaert K., Franklyn J.A. (2005). Thyroid hormone in health and disease. *Journal of Endocrinology*, vol. 187, № 1, pp. 1–15.

4. Vadiveloo T., Donnan P.T., Murphy M.J., Leese G.P. (2013). Age- and gender-specific TSH reference intervals in people with no obvious thyroid disease in Tayside, Scotland: the Thyroid Epidemiology, Audit, and Research Study (TEARS). *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, № 98, pp. 1147–1153.

5. Taylor P.N., Albrecht D., Scholz A., Gutierrez-Buey G., Lazarus J.H., Dayan C.M., Okosieme O.E. (2018). Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nature Reviews Endocrinology*, vol. 14, pp. 301–316.

6. McGrogan A., Seaman H.E., Wright J.W., de Vries C.S. (2008). The incidence of autoimmune thyroid disease: a systematic review of the literature. *Clin. Endocrinol.*, № 69, pp. 687–696.

7. Larisch R., Schulte S., Hildenbrand G., Hoermann R. (2015). The role of thyroid hormones in anxiety and depression. *Nuklearmedizin*, № 53, pp. 1–17.

8. Ochs N., Auer R., Bauer D.C., Nanchen D., Gussekloo J., Cornuz J., Rodondi N. (2008). Meta-analysis: subclinical thyroid dysfunction and the risk for coronary heart disease and mortality. *Ann. Intern. Med.*, № 148, pp. 832–845.

9. Cooper D.S., Biondi B. (2012). Subclinical thyroid disease. *Lancet*, № 379, pp. 1142–1154.

Н.Е. Пирятинская, Л.В. Сапричева, В.Ю. Вдовиченко, Н.И. Клочко

КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ ГИПОТИРЕОЗА

Гипотиреоз является распространенным состоянием дефицита гормонов щитовидной железы, которое легко диагностировать и корректировать. Однако часто симптомы недостаточности щитовидной железы неспецифические и похожи на такие при других соматических заболеваниях, особенно у пациентов старшего возраста, что вызывает трудности в своевременной диагностике и лечении. Нередко моносимптоматика приводит к ошибочному диагнозу из-за так называемых терапевтических «масок» гипотиреоза. Рассмотрен клинический случай поздно диагностированного гипотиреоза, протекающего под кардиологической маской. Лечение пациента по поводу сердечной недостаточности не принесло ожидаемого результата. При дополнительной диагностике выявлен аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз, тяжелое течение. Для корректировки функции щитовидной железы пациенту назначили L-тироксин, что привело к исчезновению симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: щитовидная железа, первичный гипотиреоз, диагностика, терапевтические маски.

N.E. Piriatska, L.V. Saprichova, V.Y. Vdovichenko, N.I. Klochko

CARDIAC MASKS OF HYPOTHYROIDISM

Hypothyroidism is a common condition of thyroid hormone deficiency that is easily diagnosed and corrected. But often the symptoms of thyroid insufficiency are nonspecific and similar to other somatic diseases, especially in older patients, which causes difficulties in timely diagnosis and treatment. Monosymptomatics often leads to an erroneous diagnosis, these are the so-called therapeutic «masks» of hypothyroidism. The article discusses a clinical case of late diagnosed hypothyroidism occurring under a cardiologist mask was reviewed. Patient treatment for cardiovascular failure did not bring the expected result. Additional diagnostics revealed autoimmune thyroiditis, primary hypothyroidism, severe course. To correct thyroid function, the patient was prescribed L-thyroxine, which led to the disappearance of symptoms from the cardiovascular system.

Keywords: thyroid gland, primary hypothyroidism, diagnosis, therapeutic masks.

Надійшла 27.08.19

Відомості про авторів

Пирятинська Наталія Євгенівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, асистент кафедри гістології, цитології та ембріології Харківського національного медичного університету.

Адреса: 61022, м. Харків, майдан Свободи, 4, ХНУ ім. В.Н. Каразіна;

61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

Тел.: +38(068)736-58-24.

E-mail: Piriatska@karazin.ua.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0436-5632>.

Сапричова Лариса Віталіївна – асистент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фізичної реабілітації медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.

Адреса: 61022, м. Харків, майдан Свободи, 4, ХНУ ім. В.Н. Каразіна.

Тел.: +38(097)540-69-83.

E-mail: l.saprychova@karazin.ua.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4543-5839>.

Вдовіченко Вячеслав Юрійович – кандидат медичних наук, доцент кафедри клінічної анатомії та оперативної хірургії Харківського національного медичного університету.

Адреса: 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

Тел.: +38(066)273-38-69.

E-mail: vdovichenko.viacheslav@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7374-9990>.

Клочко Наталія Іванівна – асистент кафедри гістології, цитології та ембріології Харківського національного медичного університету.

Адреса: 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

Тел.: +38(066)571-45-52.

E-mail: histology_knmu@ukr.net.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5495-9258>.