

послеоперационных осложнений и сократить сроки нетрудоспособности до 5 дней.

ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ И ГИПОПАРАТИРЕОЗ ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ

**ЩЕГОЛЕВ А.А.^{1,2}, ЛАРИН А.А.¹, ПАНТЕЛЕЕВ И.В.²,
УДИЛОВА А.А.², ВАЛЕТОВА Н.Ю.²**

¹ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

alarin@m-pr.tv

Послеоперационный гипопаратиреоз и гипокальциемия являются наиболее частыми осложнениями тиреоидэктомии. В Центре эндокринной хирургии на базе ГБУЗ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ за период с января 2016 по январь 2017 гг. произведено 2522 тиреоидэктомий по поводу различных заболеваний щитовидной железы. Всем пациентам на 3-й день после операции выполнено определение уровня кальция крови. У 245 (9,7%) отмечены явления гипокальциемии – снижение уровня Са крови ниже 2 ммоль/л. Из них у 211 (86,1%) больных развились клинические проявления гипокальциемии различной степени выраженности, у 34 (13,9%) больных гипокальциемия протекала бессимптомно.

Цель исследования: определить частоту возникновения транзиторного и стойкого гипопаратиреоза после тиреоидэктомии, выполненных у больных с различными заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы. В исследование включены 186 пациентов, оперированных в 2016–2017 гг. Критерии включения: уровень общего Са крови на третий день после операции менее 2 ммоль/л, известный исходный (до операции) уровень паратгормона и общего Са крови, согласие пациента на исследование паратгормона и Са в послеоперационном периоде.

Критерии исключения: выявленный в ходе предоперационного обследования уровень паратгормона и (или) Са, выходящий за референсные значения, отказ пациента от участия в исследовании.

Пациенты распределились следующим образом: женщины 180 (96,8%) больных, мужчины – 6 (3,2%) больных.

По характеру патологии: 65 (34,9%) больных оперированы по поводу диффузно-узлового токсического зоба, 57 (30,6%) – двустороннего многоузлового эутиреоидного зоба, 30 (16,1%) – диффузного токсического зоба, 18 (9,7%) – гипертрофической формы хронического аутоиммунного тиреоидита, 9 (4,9%) – по поводу малого рака щитовидной железы, 5 (2,7%) – по поводу рецидивного зоба, 2 (1,1%) – одноузлового зоба. Во всех случаях выполнена тиреоидэктомия.

У 175 (94%) пациентов имелись в различной степени выраженности клинические симптомы гипокальциемии, у 11 (6%) пациентов клинические проявления гипокальциемии отсутствовали.

Всем пациентам с выявленной гипокальциемией с 3 дня послеоперационного периода проводилась заместительная

терапия препаратами кальция в сочетании с кальцитриолом.

План обследования включал в себя определение уровня паратгормона и Са крови в предоперационном периоде, через 1,5, 3 и 6 месяцев после операции. Заместительная терапия отменялась за 3 суток до забора крови.

Результаты. Через 1,5 месяца после операции у 74 (39,7%) пациентов показатели уровня паратгормона и общего Са фактически соответствовали показателям до операции. Этим пациентам заместительная терапия была прекращена.

Через 3 месяца после операции уровень паратгормона и общего кальция восстановился еще у 58 (31,1%) пациентов, что позволило отменить заместительную терапию.

Через 6 месяцев после операции уровень паратгормона и общего кальция восстановился еще у 36 (19,3%) пациентов, что также позволило отменить заместительную терапию.

Таким образом, из 186 пациентов с явлениями послеоперационного гипопаратиреоза и гипокальциемии через 6 месяцев после операции гипопаратиреоз сохранялся у 18 (9,7%) пациентов, при этом клинические проявления гипокальциемии отмечались у 8 (4,3%) пациентов.

Обсуждение результатов. Проведенное исследование показывает, что гипокальциемия в раннем послеоперационном периоде наблюдается у 9,7% пациентов. Однако через 6 месяцев после операции гипокальциемия сохраняется у 0,9% оперированных пациентов, причем у 0,5% больных гипокальциемия протекает бессимптомно, и только у 0,4% больных после отмены заместительной терапии препаратами Са появляются клинические симптомы гипокальциемии.

Выводы: в большинстве случаев – 90,1% – гипокальциемия носит транзиторный характер, у 0,9% пациентов гипокальциемия сохраняется более 6 месяцев.

ПЕРСИСТЕНЦИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПОСЛЕ ПАРАТИРЕОИДЭКТОМИИ

**ЩЕГОЛЕВ А.А.^{1,2}, ЛАРИН А.А.^{1,3}, КОГУТ О.Б.^{1,2}, МАЗУРОВА О.И.³,
КРАМАРОВА Л.А.^{1,2}, КОГАН М.А.²**

¹ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, Москва

³ КБ № 85 ФМБА России

alexandr_larin@mail.ru

Вторичным гиперпаратиреозом страдает от 30 до 45% пациентов, получающих заместительную почечную терапию. Когда уровень паратгормона достигает 800 пг/мл, возникает необходимость хирургического вмешательства. Вариабельная топографическая анатомия околощитовидных желез не всегда позволяет удалить все околощитовидные железы, вследствие чего и после операции у пациентов уровень паратгормона остается высоким.

Типичным расположением верхних ОЩЖ считается задняя поверхность щитовидной железы на уровне с/3 доли, для нижних ОЩЖ – задняя поверхность нижнего полюса щитовидной железы.