

*Рудая А.И., Тихоновецкая Е.Ю.*

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОПАРАТИРЕОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Хмара И.М.*

*Кафедра детской эндокринологии, клинической генетики и иммунологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Повсеместно отмечается рост злокачественных новообразований щитовидной железы (ЩЖ), узлового зоба и диффузного токсического зоба, в том числе среди детской популяции (Miller K.D. et al., 2020). Тотальная тиреоидэктомия (ТТЭ) является методом выбора лечения этих заболеваний у детей (Демидчик Е.П., 1996). Нередко осложнением ТТЭ является послеоперационный гипопаратиреоз (ПОГПТ).

**Цель:** изучить клинические проявления, состояние различных органов и систем у детей и подростков для выявления возможных критериев прогнозирования возникновения ПОГПТ и его течения после ТТЭ различных по этиологии заболеваний ЩЖ.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализированы результаты обследования детей и подростков, выполненные через 6 мес. – 7 лет после хирургического лечения заболеваний ЩЖ (папиллярного рака, узлового зоба, диффузного токсического зоба). Возраст детей и подростков на момент выполнения анализируемых данных составил 8-18 лет. В основную группу вошли дети после экстракапсулярной тиреоидэктомии (n = 161). В группу сравнения включили 65 детей и подростков, которым была проведена резекция ЩЖ. Обследование детей и подростков проводилось в ГУ «Клиника НИИ радиационной медицины и эндокринологии», переименованного в ГУ «Клиника медицинской реабилитации». Статистическая обработка полученных результатов проведена с применением программ для медико-биологических исследований Statistica 6.0.

**Результаты и обсуждение.** Хронический ПОГПТ имел место у 45 (27,9%) пациентов после ТТЭ. У 8 (17,8%) детей после ТТЭ определяли концентрацию общего кальция ниже 1,56 ммоль/л, у 14 (31,1%) больных содержание общего кальция составляло от 1,56 до 1,82 ммоль/л и у оставшихся 23 пациентов (51,1%) с уровнем кальция в сыворотке крови от 1,83 до 2,08 ммоль/л – легкой степени тяжести. В группе сравнения не было случаев ПОГПТ.

В случае тяжелого течения ПОГПТ дети жаловались на судороги и парестезии в 25% случаев, при среднетяжелом ПОГПТ – 42,8% пациентов и при легком течении – у 43,5% пациентов. Дети в группе сравнения также предъявляли жалобы на парестезии в 16,9%. Отличия в состоянии сердечно-сосудистой системы у детей с ПОГПТ определялись достоверным удлинением средней продолжительности интервала QT (34±11 мс против 27±14 мс у детей с нормальным уровнем общего кальция в крови) и снижением средней величины систолического АД (САД, 79±4,5 мм рт. ст. vs 91±4,6 мм рт. ст.), P < 0,05. Статистически значимо меньшие величины максимальной Особенности характеристик дыхательной системы у детей с ПОГПТ определялась достоверно более низкой средней величиной показателя максимальной вентиляции легких (МВЛ), полученной в ходе спирографии (54±3,8% vs 65±3,4%), P < 0,05. Наименьшие уровни МВЛ были у детей с ТТГ ≤ 0,1 мМЕ/л (46±5,7%).

Корреляция между развитием ПОГПТ и объемом хирургического лечения (ТТЭ/гемитиреоидэктомия) не вызывала сомнения. Однако у детей с ТТЭ в связи с папиллярным раком, которым выполняли ТТЭ, отсутствовала зависимость между распространенностью опухолевого процесса (TNM) и развитием ПОГПТ. Повторной радиойодтерапии у детей способствовали дополнительному снижению уровня кальция в крови (Rs = -0,64, P < 0,05).

**Выводы:** при выполнении ТТЭ у детей и подростков не установили достоверных предикторов развития ПОГПТ. Дополнительный вклад в усугубление изменений фосфорно-кальциевого обмена при ПОГПТ вносили повторные курсы абляции радиоактивным йодом. Течение ПОГПТ характеризуется ростом средних величин QT на ЭКГ, снижением САД и при спирографии величины МВЛ, причем при супрессии ТТГ значения МВЛ были наименьшими.