

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
ФГБОУ ВО «БУРЯТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ДОКЛАД НА ТЕМУ «ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ЗОБЫ»

ВЫПОЛНИЛИ: СТУДЕНТЫ IV КУРСА ГР. 141402

БАШКУЕВА Т.Б.

БОРИСОВ Б.Э.

ЖАЛСАНОВ А.Ж.

ХУНДОЕВ С.С.

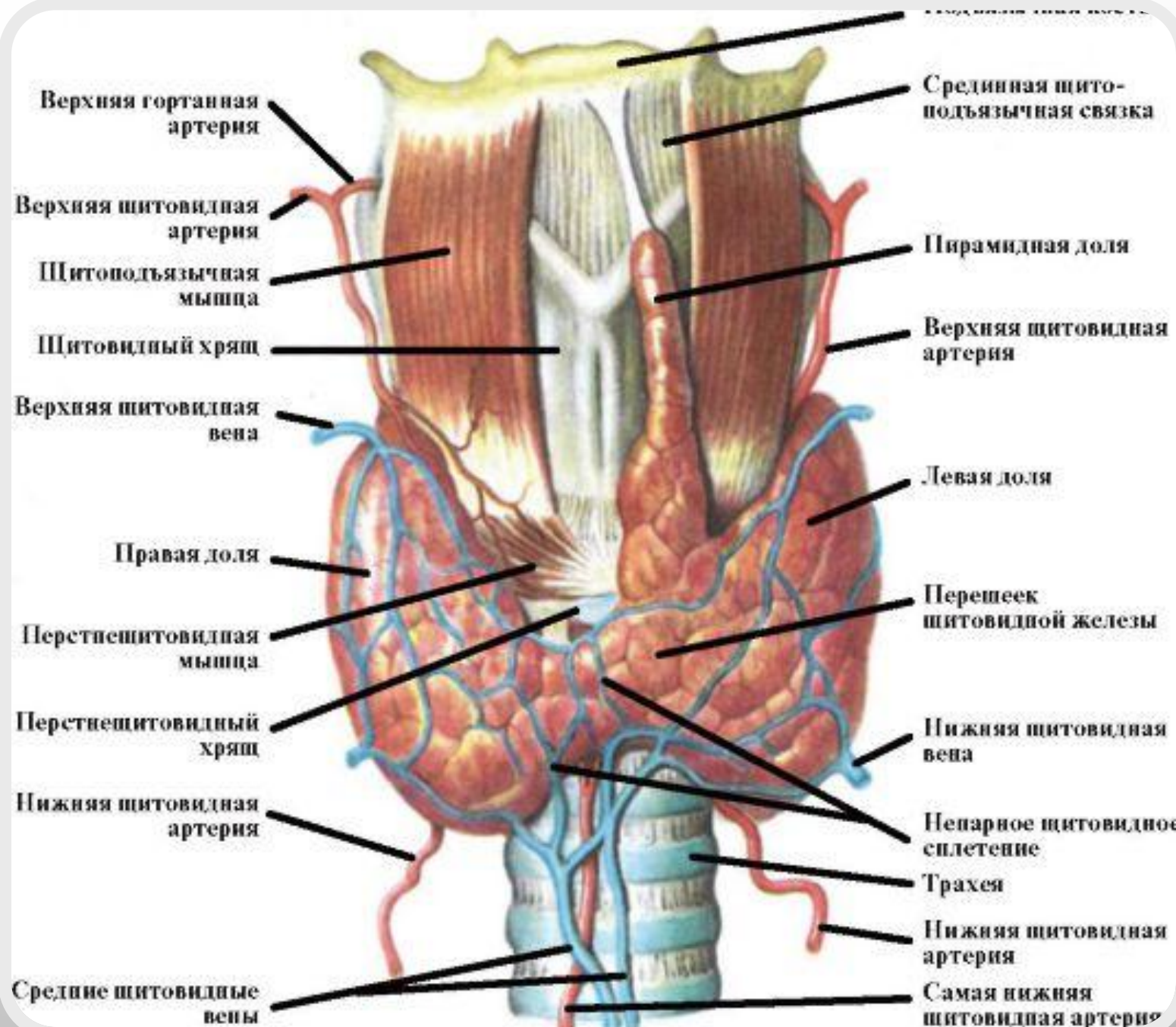
ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: К.М.Н. СТ.ПРЕПОДАВАТЕЛЬ БОРБОВЕВ Л.В.

УЛАН-УДЭ

2018

ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА

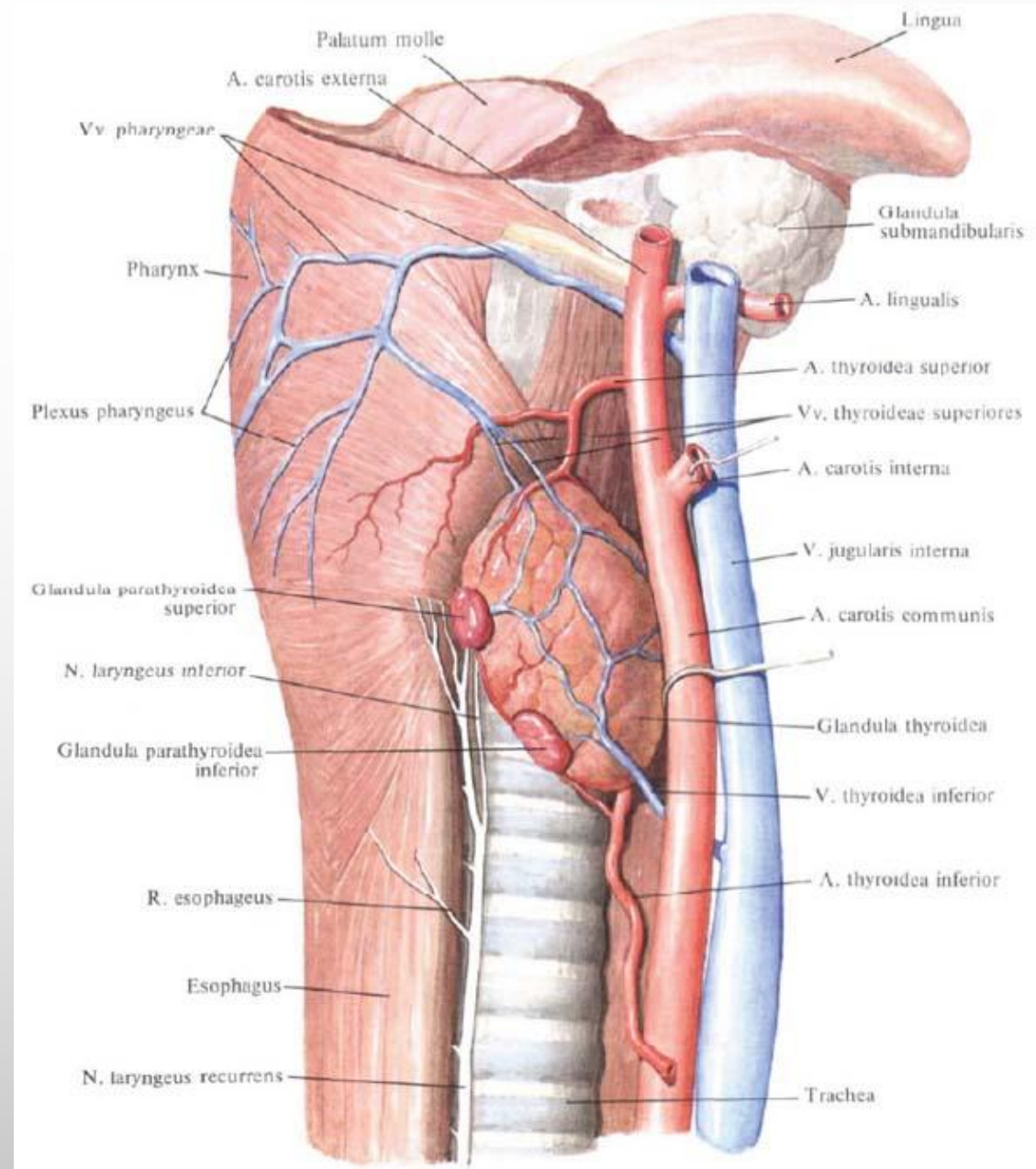
ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА, GLANDULA THYROIDEA, — НЕПАРНАЯ, САМАЯ КРУПНАЯ ИЗ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ. НИЖНИЕ ОТДЕЛЫ ДОЛЕЙ ДОСТИГАЮТ 5-6-ГО КОЛЬЦА ТРАХЕИ. ЗАДНЕМЕДИАЛЬНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ЖЕЛЕЗЫ ПРИЛЕГАЮТ К БОКОВЫМ ПОВЕРХНОСТЯМ ТРАХЕИ, ГЛОТКИ И ПИЩЕВОДА, А ВВЕРХУ — К ПЕРСТНЕВИДНОМУ И ЩИТОВИДНОМУ ХРЯЩАМ. ПЕРЕШЕЕК ЖЕЛЕЗЫ РАСПОЛАГАЕТСЯ НА УРОВНЕ 1-3-ГО ИЛИ 2-4-ГО КОЛЬЦА ТРАХЕИ.



ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА

ИНОГДА ВСТРЕЧАЮТСЯ
ДОБАВОЧНЫЕ ЩИТОВИДНЫЕ
ЖЕЛЕЗЫ, GLANDULAE THYROIDEAE
ACCESSORIAE.

МАССА ЖЕЛЕЗЫ ПОДВЕРЖЕНА
ИНДИВИДУАЛЬНЫМ
КОЛЕБАНИЯМ И СОСТАВЛЯЕТ ОТ
30 ДО 60 Г. У ВЗРОСЛОГО
ПРОДОЛЬНЫЙ РАЗМЕР ОДНОЙ
ДОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ДОСТИГАЕТ 6 СМ, ПОПЕРЕЧНЫЙ
— 4 СМ, ТОЛЩИНА — ДО 2 СМ.



ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА

ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА ПОКРЫТА СНАРУЖИ

ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛОЙ, CAPSULA FIBROSA.

КАПСУЛА ДЕЛИТ ЖЕЛЕЗУ НА ОТДЕЛЬНЫЕ

ДОЛЬКИ, LOBULI. В ТОЛЩЕ САМОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ПРОСЛОЙКИ, БОГАТЫЕ СОСУДАМИ И НЕРВАМИ,

ОБРАЗУЮТ СТРОМУ, STROMA. В ЕЕ ПЕТЛЯХ

ЗАЛЕГАЮТ ФОЛЛИКУЛЫ ЩИТОВИДНОЙ

ЖЕЛЕЗЫ, FOLLICULAE GLANDULAE THYROIDEAE.

МЕЖДУ НАРУЖНОЙ И ВНУТРЕННЕЙ

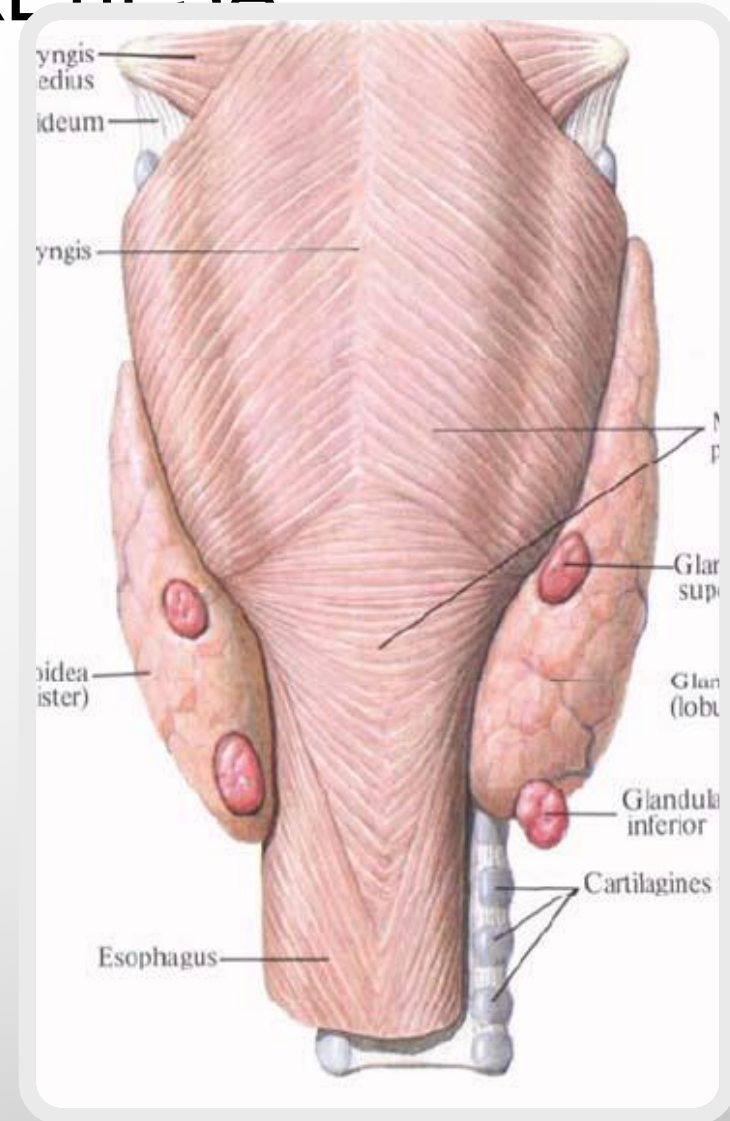
КАПСУЛАМИ НАХОДИТСЯ ЩЕЛЕВИДНОЕ

ПРОСТРАНСТВО, В КОТОРОМ ЗАЛЕГАЮТ

ВНЕОРГАННЫЕ СОСУДЫ ЩИТОВИДНОЙ

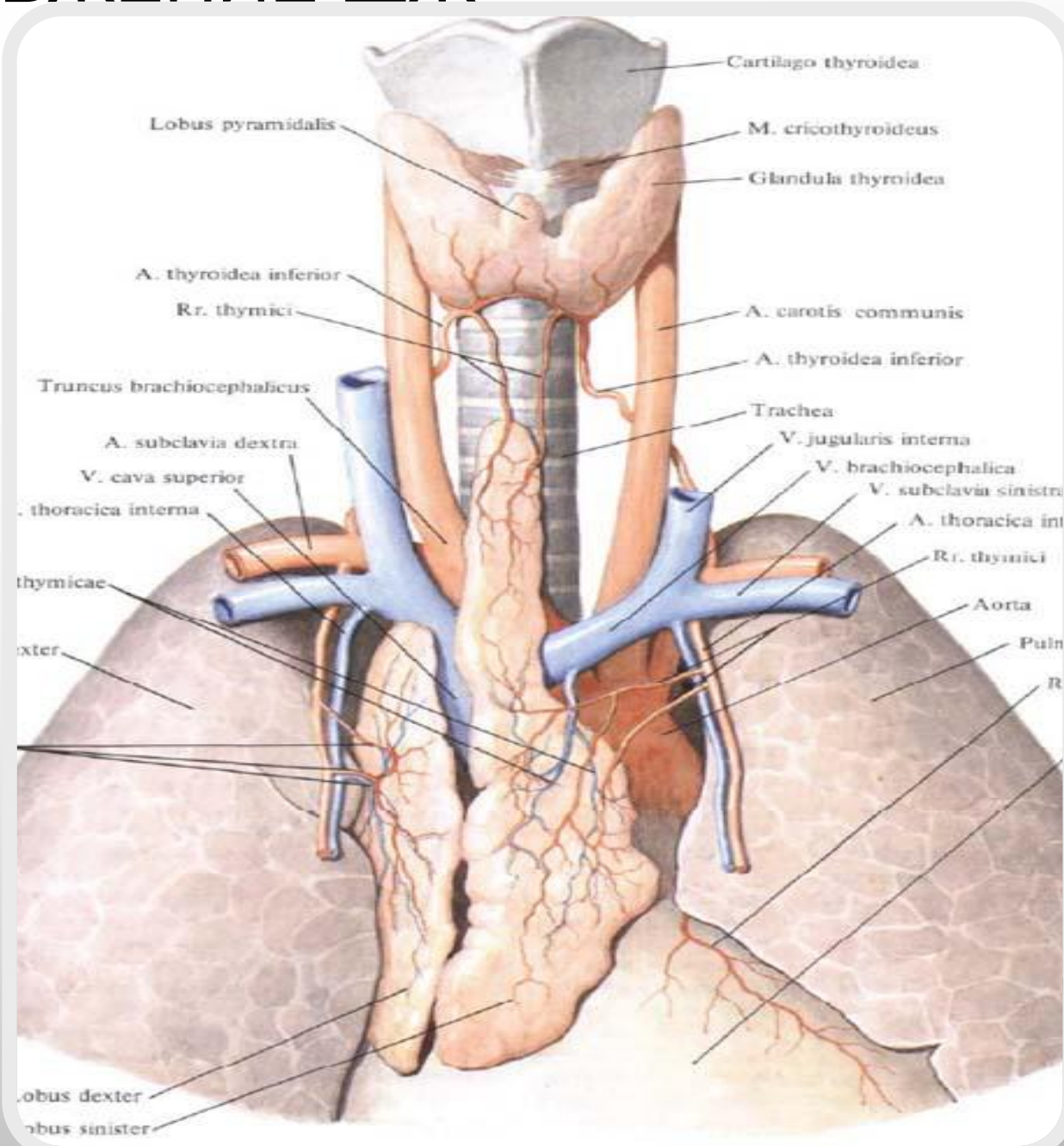
ЖЕЛЕЗЫ, ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ И

ПАРАЩИТОВИДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ.



КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ЩЖ

ЩЖ БОГАТА СОСУДАМИ.
СОБСТВЕННЫЕ ЕЕ АРТЕРИИ,
КРОВΟΣНАБЖАЯ ПАРЕНХИМУ
ЖЕЛЕЗЫ, АНАСТОМОЗИРУЮТ С
СОСУДАМИ СОСЕДНИХ ОРГАНОВ.
ВЕНОЗНАЯ КРОВЬ ОТТЕКАЕТ В
ШИРОКОЕ ВЕНОЗНОЕ
СПЛЕТЕНИЕ, РАСПОЛОЖЕННОЕ
ПОД КАПСУЛОЙ, НАИБОЛЕЕ
РАЗВИТОЕ В ОБЛАСТИ
ПЕРЕШЕЙКА И ПЕРЕДНЕЙ
ПОВЕРХНОСТИ ТРАХЕИ.



ИННЕРВАЦИЯ ЩЖ

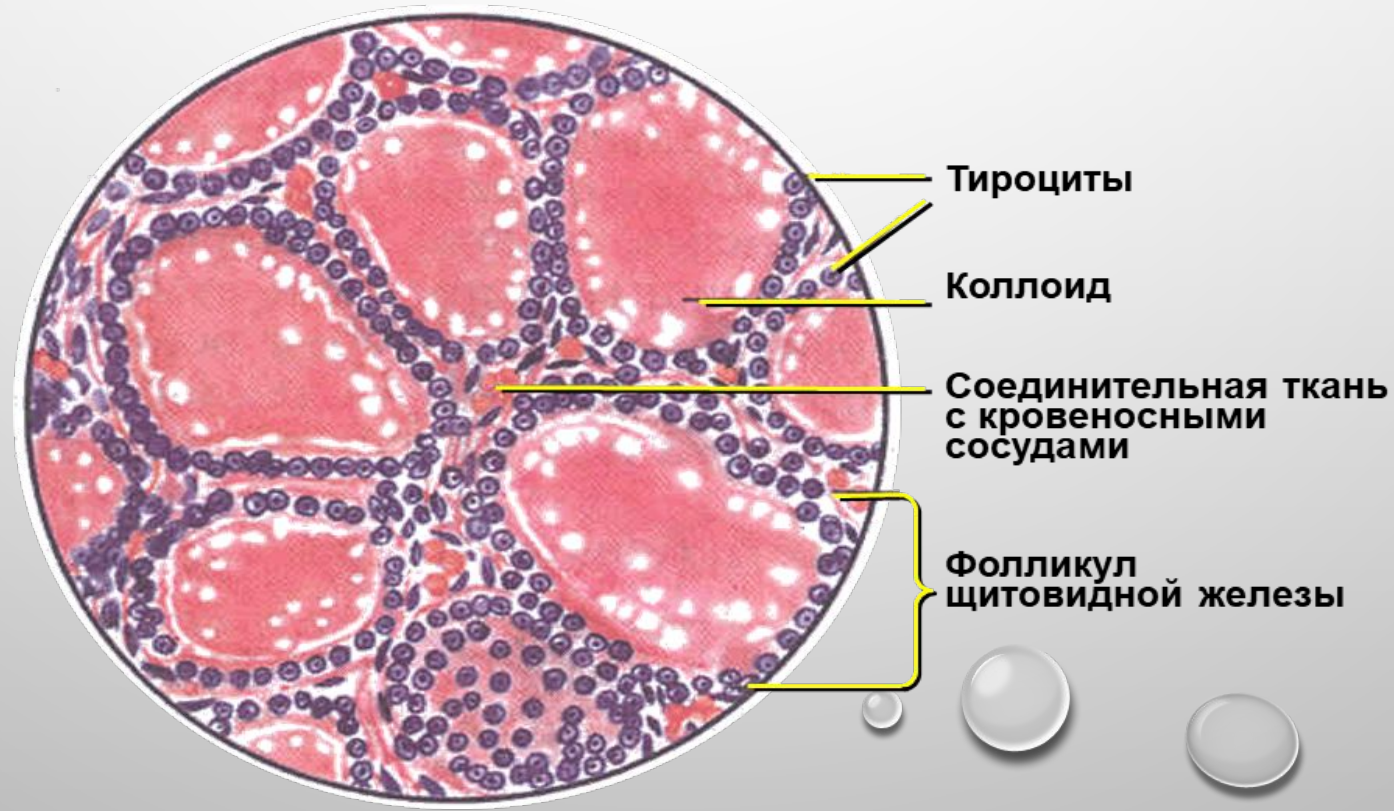
НЕРВЫ ОТ ШЕЙНЫХ УЗЛОВ СИМПАТИЧЕСКИХ СТВОЛОВ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ОБРАЗОВАНИИ СПЛЕТЕНИЙ ВОКРУГ СОСУДОВ, ПОДХОДЯЩИХ К ЖЕЛЕЗЕ; ОТ БЛУЖДАЮЩИХ НЕРВОВ (NN. LARYNGEI SUPERIORES — RR. EXTERNI, NN. LARYNGEI RECURRENTES).

ФУНКЦИИ ЩЖ

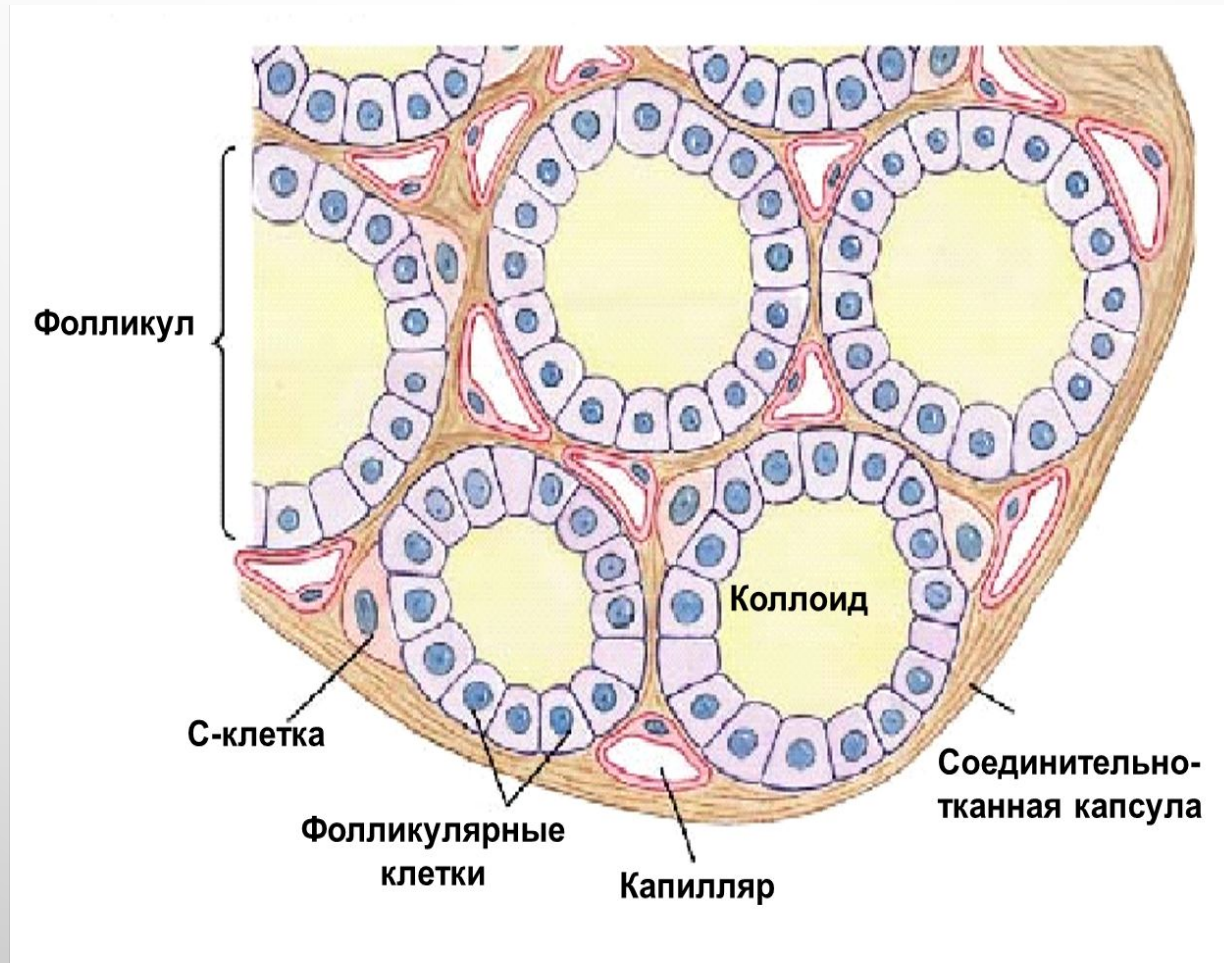
2 ТИПА КЛЕТОК: ФОЛЛИКУЛЯРНЫЕ
И ПАРАФОЛЛИКУЛЯРНЫЕ (С-КЛЕТКИ)

С КЛЕТКИ ПРОДУЦИРУЮТ КАЛЬЦИТОНИН

ФОЛЛИКУЛЯРНЫЕ КЛЕТКИ ОБРАЗУЮТ ФОЛЛИКУЛЫ, ЗАПОЛНЕННЫЕ КОЛЛОИДОМ,
И ПРОДУЦИРУЮТ ТИРЕОИДНЫЕ ГОРМОНЫ



ГИСТОЛОГИЯ ЩЖ



ТИРЕОИДНЫЕ ГОРМОНЫ

- СИНТЕЗИРУЮТСЯ ИЗ ТИРОЗИНА
- Т₄ (4 МОЛЕКУЛЫ ЙОДА) - ТЕТРАЙОДТИРОНИН, ЛЕВОТИРОКСИН
- Т₃ (3 МОЛЕКУЛЫ ЙОДА) – ТРИЙОДТИРОНИН (ГОРМОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ Т₃ В 3 РАЗА ВЫШЕ, ЧЕМ Т₄)

ПРИСУТСТВУЮТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В 2-Х ФОРМАХ:

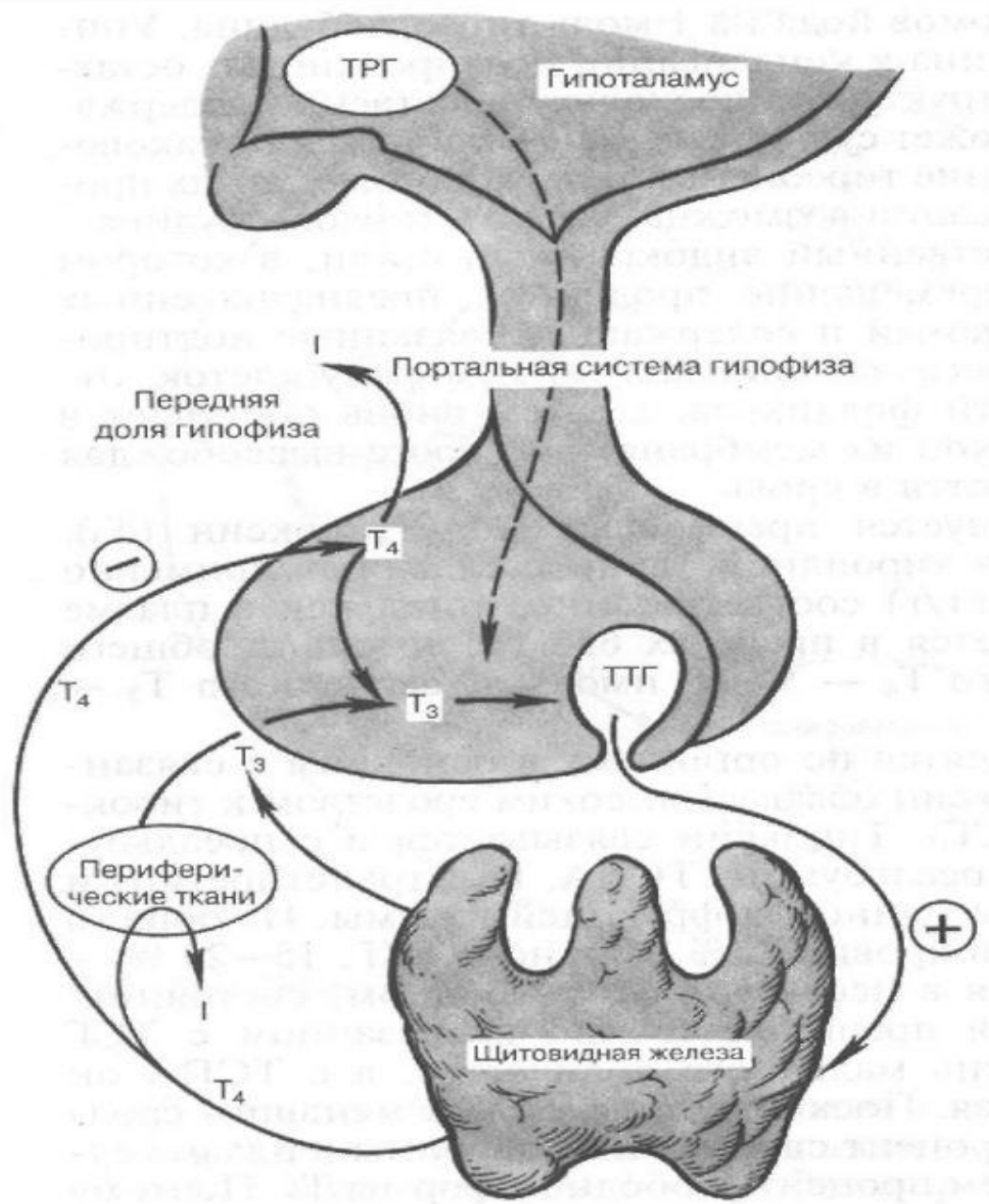
СВОБОДНОЙ:

- ОБЛАДАЮТ ГОРМОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ
- ОЧЕНЬ МАЛАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ (Т₄–0,03%; Т₃–0,3%)

СВЯЗАННОЙ С ТРАНСПОРТНЫМИ БЕЛКАМИ:

- ТИРОКСИНСВЯЗЫВАЮЩИМ ГЛОБУЛИНОМ
(Т₄–75%; Т₃–80%)
- ТРАНСТИРЕТИНОМ И АЛЬБУМИНОМ (15% И 10%
СООТВЕТСТВЕННО ДЛЯ Т₄; Т₃ С НИМИ НЕ СВЯЗЫВАЕТСЯ)

РЕГУЛЯЦИЯ ФУНКЦИИ ЩЖ



КЛАССИФИКАЦИЯ ЗОБА (ВОЗ, 2001)

- СТЕПЕНЬ 0 — ЗОБА НЕТ.
- СТЕПЕНЬ 1 — ЗОБ ПАЛЬПИРУЕТСЯ, НО НЕ ВИДЕН ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ШЕИ.
- СТЕПЕНЬ 2 — ЗОБ ПАЛЬПИРУЕТСЯ И ВИДЕН НА ГЛАЗ.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩЖ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
(СИНДРОМАЛЬНАЯ)

КЛАССИФИКАЦИЯ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Синдром тиреотоксикоза

I. Тиреотоксикоз, обусловленный повышенной продукцией гормонов ЩЖ

1. Болезнь Грейвса
2. Многоузловой токсический зоб

II. Тиреотоксикоз, обусловленный продукцией тиреоидных гормонов вне ЩЖ (хорионэпителиома, struma ovarii)

III. Тиреотоксикоз, не связанный с гиперпродукцией гормонов ЩЖ

1. Медикаментозный тиреотоксикоз
2. Тиреотоксическая фаза деструктивных тиреоидитов (подострый, послеродовый)

Синдром гипотиреоза

I. Первичный гипотиреоз

II. Гипотиреоз центрального генеза (вторичный)

III. Нарушение транспорта, метаболизма и действия тиреоидных гормонов

Заболевания ЩЖ, протекающие без нарушения функции

I. Эутиреоидный зоб

1. Зоб, обусловленный нарушением синтеза тиреоидных гормонов
2. Зоб, обусловленный зобогенными веществами

II. Тиреоидная неоплазия

1. Доброкачественные опухоли
2. Злокачественные опухоли

III. Тиреоидиты

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩЖ

I. АУТОИММУННЫЕ ТИРЕОПАТИИ

1. БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА

1.1. ИЗОЛИРОВАННАЯ ТИРЕОПАТИЯ

1.2. С ЭКСТРАТИРЕОИДНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ (ЭНДОКРИННАЯ ОФТАЛЬМОПАТИЯ)

2. АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ

2.1. ХРОНИЧЕСКИЙ

2.2. ТРАНЗИТОРНЫЙ

2.2.1. БЕЗБОЛЕВОЙ («МОЛЧАЩИЙ»)

2.2.2. ПОСЛЕРОДОВЫЙ

2.2.3. ЦИТОКИН-ИНДУЦИРОВАННЫЙ

II. КОЛЛОИДНЫЙ В РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ПРОЛИФЕРИРУЮЩИЙ ЗОБ*

1. ДИФфуЗНЫЙ ЭУТИРЕОИДНЫЙ ЗОБ

2. УЗЛОВОЙ И МНОГОУЗЛОВОЙ ЭУТИРЕОИДНЫЙ ЗОБ

2.1. БЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИИ

2.2. С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИЕЙ

III. ИНФЕКЦИОННЫЕ ТИРЕОПАТИИ

1. ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ

2. ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ТИРЕОИДИТ

3. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ТИРЕОИДИТЫ

IV. ОПУХОЛИ

1. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ

2. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ

V. ВРОЖДЕННЫЕ (НАСЛЕДСТВЕННЫЕ) ТИРЕОПАТИИ

VI. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ДРУГИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ

ЗОБ

ЗОБОМ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ УВЕЛИЧЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗА СЧЕТ РАЗРАСТАНИЯ ЕЕ ТКАНИ, НЕ СВЯЗАННОГО С ВОСПАЛЕНИЕМ, КРОВОИЗЛИЯНИЕМ ИЛИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ РОСТОМ.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗОБОВ:

- *ЭУТИРЕОИДНЫЙ* (ИЛИ НОРМОТИРЕОИДНЫЙ) - УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ ОСТАЕТСЯ НЕИЗМЕННЫМ, НЕСМОТРЯ НА УВЕЛИЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗМЕРАХ.
- *ГИПЕРТИРЕОИДНЫЙ* - УРОВЕНЬ ГОРМОНОВ ПРЕВЫШАЕТ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ ПАЦИЕНТА.
- *ГИПОТИРЕОИДНЫЙ* - ПОНИЖЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГОРМОНОВ В КРОВИ

ЗОБ

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ:

- *ДИФФУЗНЫЙ ЗОБ.* ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОТМЕЧАЕТСЯ РАВНОМЕРНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗЫ В РАЗМЕРАХ.
- *УЗЛОВОЙ ЗОБ* ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ КАК УВЕЛИЧЕННЫХ УЧАСТКОВ, ТАК И УЧАСТКОВ, ОТВЕЧАЮЩИХ НОРМАЛЬНЫМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ РАЗМЕРАМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
- *СМЕШАННЫЙ ЗОБ.* РЕЧЬ ИДЕТ О ДИФФУЗНО-УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ, КОТОРАЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ ДОСТАТОЧНО ЧАСТО.

ЗОБ

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ ЗОБА(ПО НИКОЛАЕВАУ,1955 Г.):

- *0 СТЕПЕНЬ.* СПЕЦИАЛИСТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ НЕ ВЫЯВЛЯЕТ ЖЕЛЕЗУ И ОНА НЕ ВИДНА ПРИ АКТЕ ГЛОТАНИЯ.
- *1 СТЕПЕНЬ.* ЖЕЛЕЗА ПАЛЬПИРУЕТСЯ. ВИЗУАЛЬНО НЕ ПРОСЛЕЖИВАЕТСЯ, НО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ И ПЕРЕШЕЕК ЖЕЛЕЗЫ ВИДЕН ПРИ СОВЕРШЕНИИ АКТА ГЛОТАНИЯ.
- *2 СТЕПЕНЬ.* ЖЕЛЕЗА ВИДНА. ПРИ ОСМОТРЕ И АКТЕ ГЛОТАНИЯ ЖЕЛЕЗА ПРОСМАТРИВАЕТСЯ, НО СОХРАНЯЕТСЯ НОРМАЛЬНАЯ ФОРМА ШЕИ.
- *3 СТЕПЕНЬ.* «ТОЛСТАЯ ШЕЯ». ПРИ ВИЗУАЛЬНОМ ОСМОТРЕ ВИДНА ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА И ПРИ ЭТОМ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ УТОЛЩЕНИЕ ШЕИ.
- *4 СТЕПЕНЬ.* ФОРМА ШЕИ ИЗМЕНЕНА. ЯРКО ВЫРАЖЕННЫЙ ЗОБ, СУЩЕСТВЕННО МЕНЯЮЩИЙ КОНТУР ШЕИ.
- *5 СТЕПЕНЬ.* ГИГАНТСКИЙ ЗОБ. ЗОБ ВЕСЬМА СОЛИДНЫХ РАЗМЕРОВ, КОТОРЫЙ СДАВЛИВАЕТ ТРАХЕЮ И ПИЩЕВОД.

ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ

- ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ (СИНОНИМЫ: БОЛЕЗНЬ ГРЕЙВСА, БАЗЕДОВА БОЛЕЗНЬ, ГИПЕРТИРЕОЗ, БОЛЕЗНЬ ПЕРРИ, БОЛЕЗНЬ ФЛАЯНИ) — АУТОИММУННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ИЗБЫТОЧНОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ДИФФУЗНОЙ ТКАНЬЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КОТОРОЕ ПРИВОДИТ К ОТРАВЛЕНИЮ ЭТИМИ ГОРМОНАМИ — ТИРЕОТОКСИКОЗУ.



СИМПТОМЫ

ДИФФУЗНЫЙ
ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
ТРИАДОЙ —
ГИПЕРТИРЕОИДИЗМ,
ЗОБ И ЭКЗОФТАЛЬМ
(ВЫПУЧЕННЫЕ
ГЛАЗА).



Болезнь Базедова-Греивса: СИМПТОМЫ

Неврологические симптомы

Психоз
Мания
Тревога
Депрессия
Раздражительность
Бессонница



Физические симптомы

Воспаление глазного яблока

Зоб

Тахикардия, частый пульс

Диарея, повышение аппетита

Нарушение менструального цикла

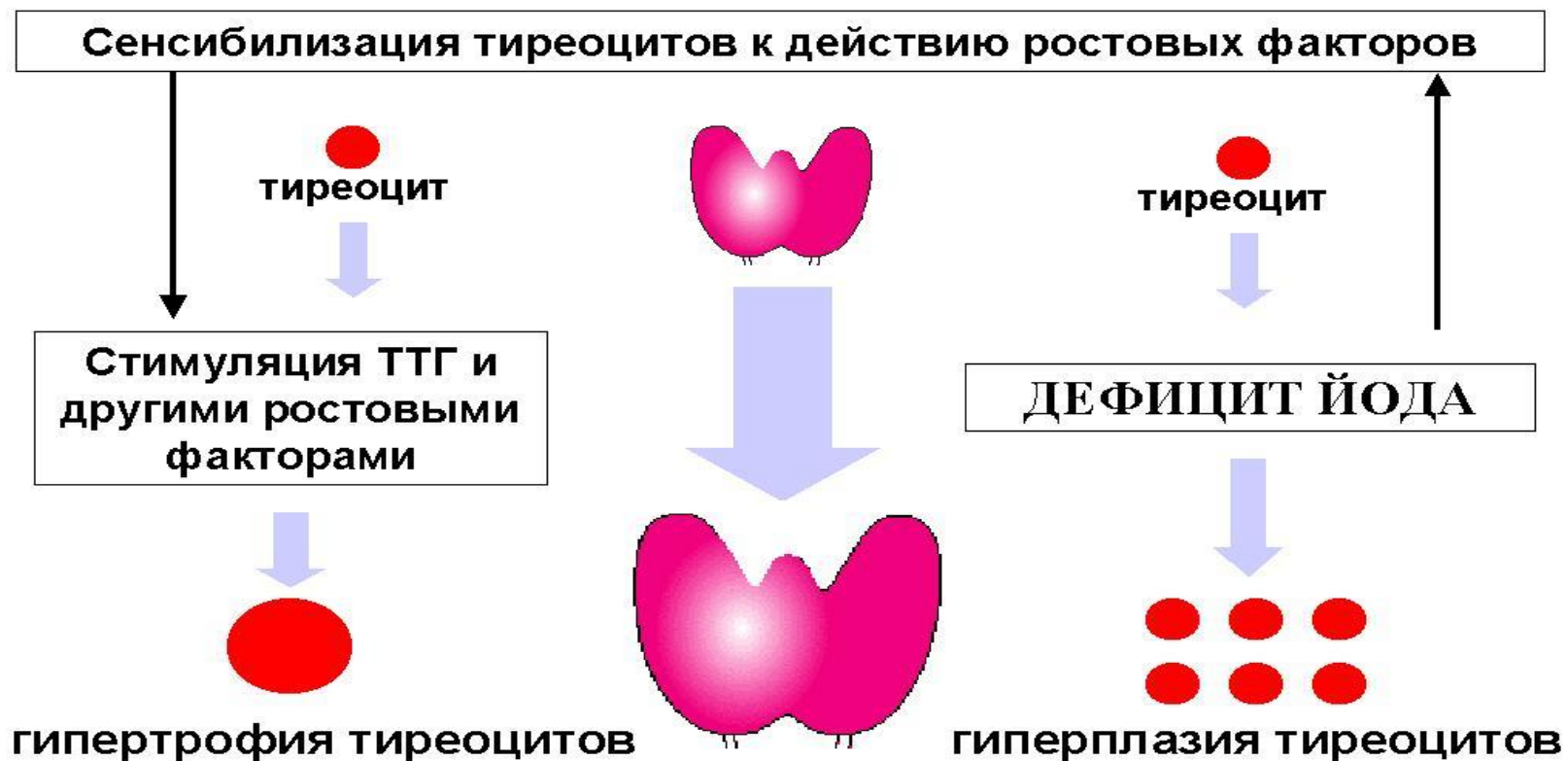
Потеря мышечной силы

Остеопороз

Отёк и сухость кожи

УЗЛОВОЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ

- УЗЛОВОЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ – ЗАБОЛЕВАНИЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ОДНОГО ИЛИ НЕСКОЛЬКИХ УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОБЛАДАЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИЕЙ, Т.Е. СПОСОБНЫХ УСИЛЕННО ВЫРАБАТЫВАТЬ ГОРМОНЫ, НЕ СЧИТАЯСЬ С РЕАЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА. ПРИ НАЛИЧИИ НЕСКОЛЬКИХ УЗЛОВ ОБЫЧНО ГОВОРЯТ О МНОГОУЗЛОВОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ.



ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ

- ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ - УВЕЛИЧЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ» РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ ВСЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЙОДА У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РАЙОНАХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЙОДА В ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ (Т. Е. В ЭНДЕМИЧНОЙ ПО ЗОБУ МЕСТНОСТИ).
- ЙОД - МИКРОЭЛЕМЕНТ, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ БИОСИНТЕЗА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ - ТИРОКСИНА И ТРИЙОДТИРОНИНА.
- ПАТОГЕНЕЗ : КОМПЕНСАТОРНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ОТВЕТНАЯ РЕАКЦИЯ НА НИЗКОЕ ПОСТУПЛЕНИЕ ЙОДА В ОРГАНИЗМ И, СЛЕДОВАТЕЛЬНО, НИЗКУЮ ИНТРАТИРЕОИДНУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ ЙОДА, НЕДОСТАТОЧНУЮ ДЛЯ НОРМАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ.

СПОРАДИЧЕСКИЙ ЗОБ

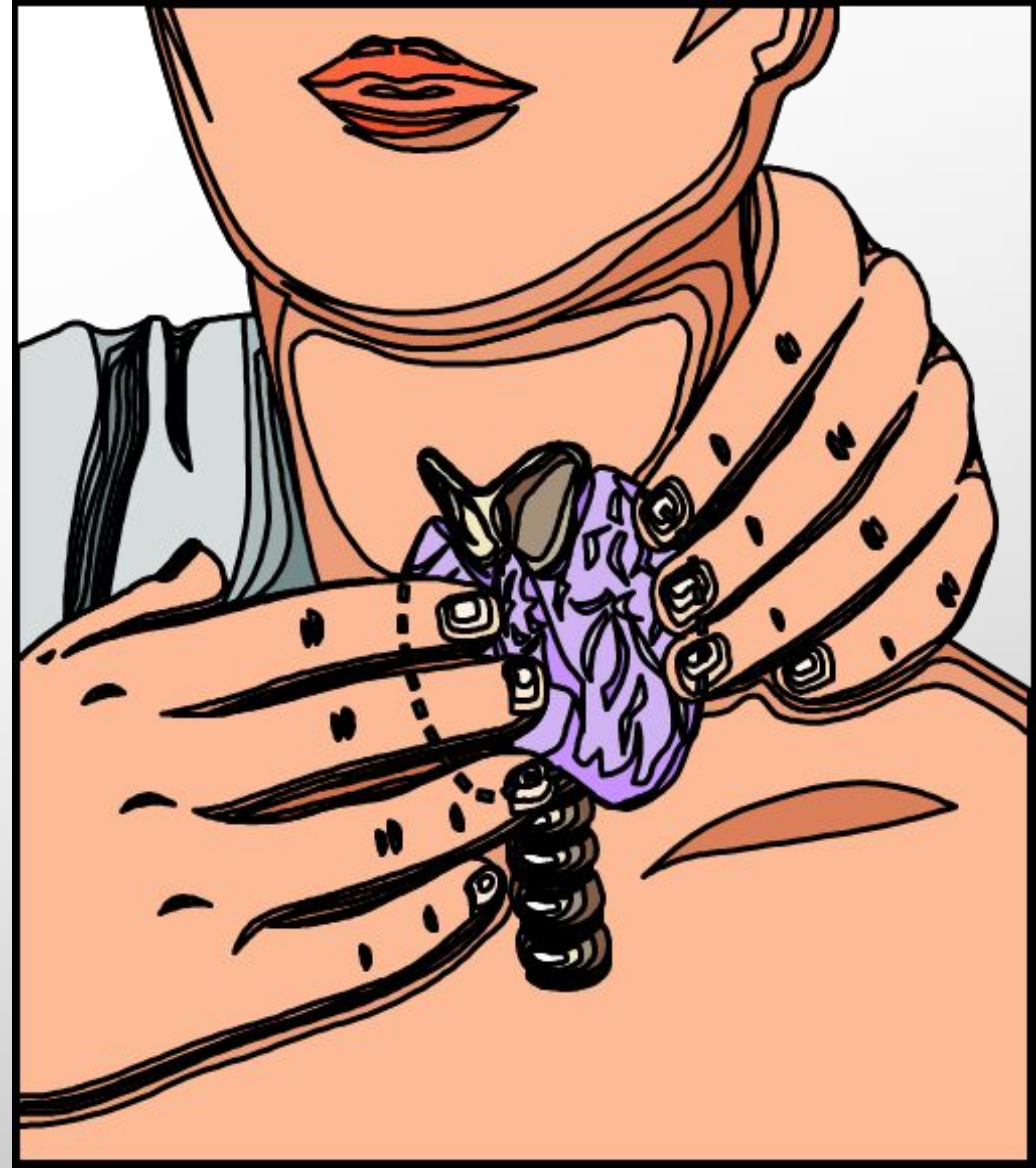
- СПОРАДИЧЕСКИЙ ЗОБ – ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, СВЯЗАННОЕ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ПРОЖИВАНИЕМ В РАЙОНАХ, НЕ ЭНДЕМИЧНЫХ ПО ЗОБУ

ПРИЧИНЫ:

- ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА.
- ПРИЕМ МЕДИКАМЕНТОВ, ТАКИХ КАК КАРБОНАТ ЛИТИЯ, НЕКОТОРЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ УСВОЕНИЮ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ОРГАНИЗМОМ.
- РАЗВИТИЕ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ОПУХОЛЕЙ И АДЕНОМ.
- ВРОЖДЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРМОНОВ И ОБМЕНА ЙОДОМ.
- ПЕРИОД ПОВЫШЕННОЙ ПОТРЕБНОСТИ В ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНАХ – ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД И БЕРЕМЕННОСТЬ.

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩЖ

- ПАЛЬПАЦИЯ



УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- В НОРМЕ ОБЪЕМ < 18
МЛ У ЖЕНЩИН И < 25 МЛ
У МУЖЧИН

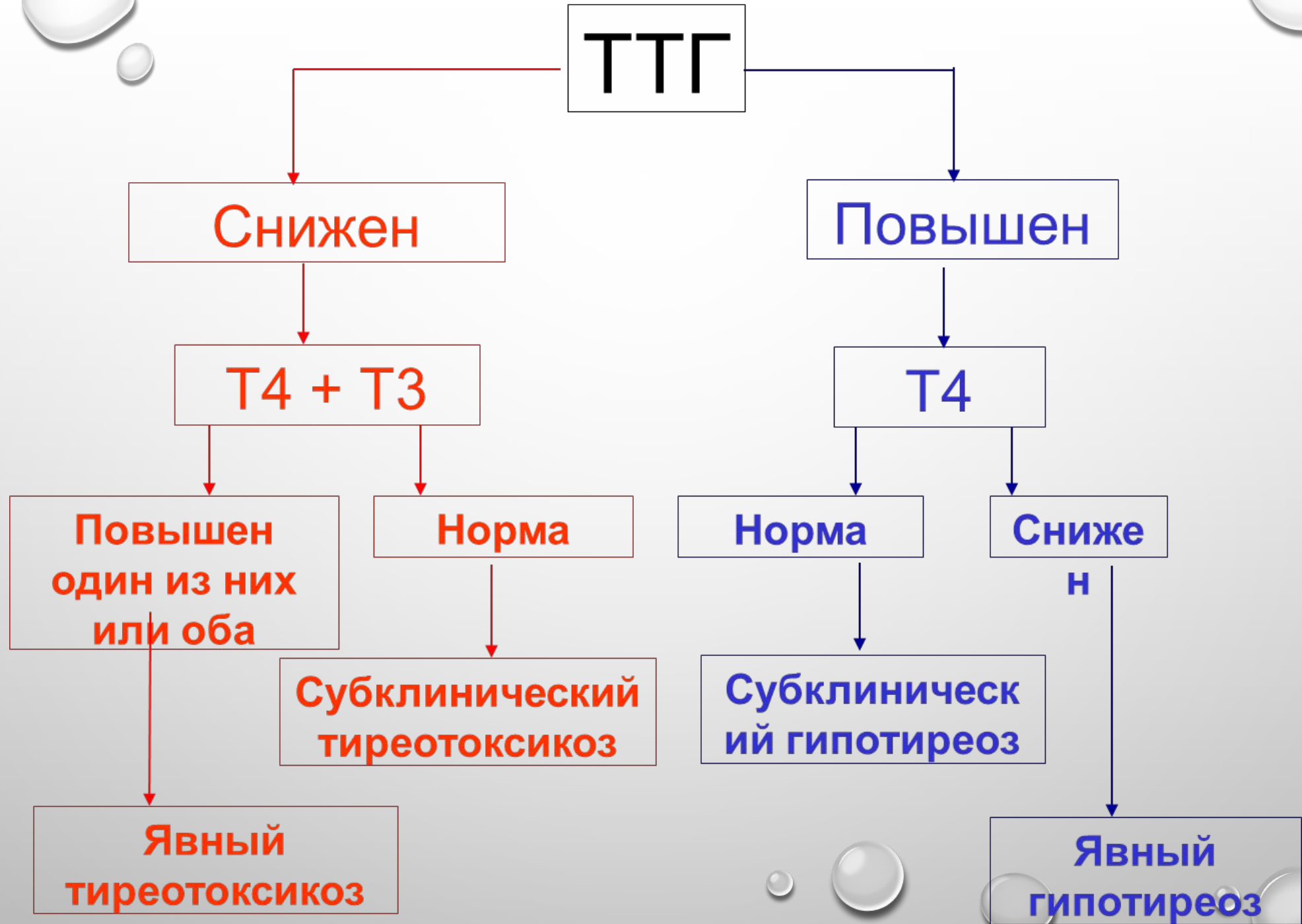


ГОРМОНЫ: ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ТИРЕОТРОПНЫЙ ГОРМОН (ТТГ) (НОРМА: 0.3–4ММЕ/Л)
- ТИРОКСИН (Т4) (НОРМА: 58–161 НМОЛЬ/Л)
- ТРИЙОДТИРОНИН (Т3) (НОРМА: 1,17-2,18 НМОЛЬ/Л)

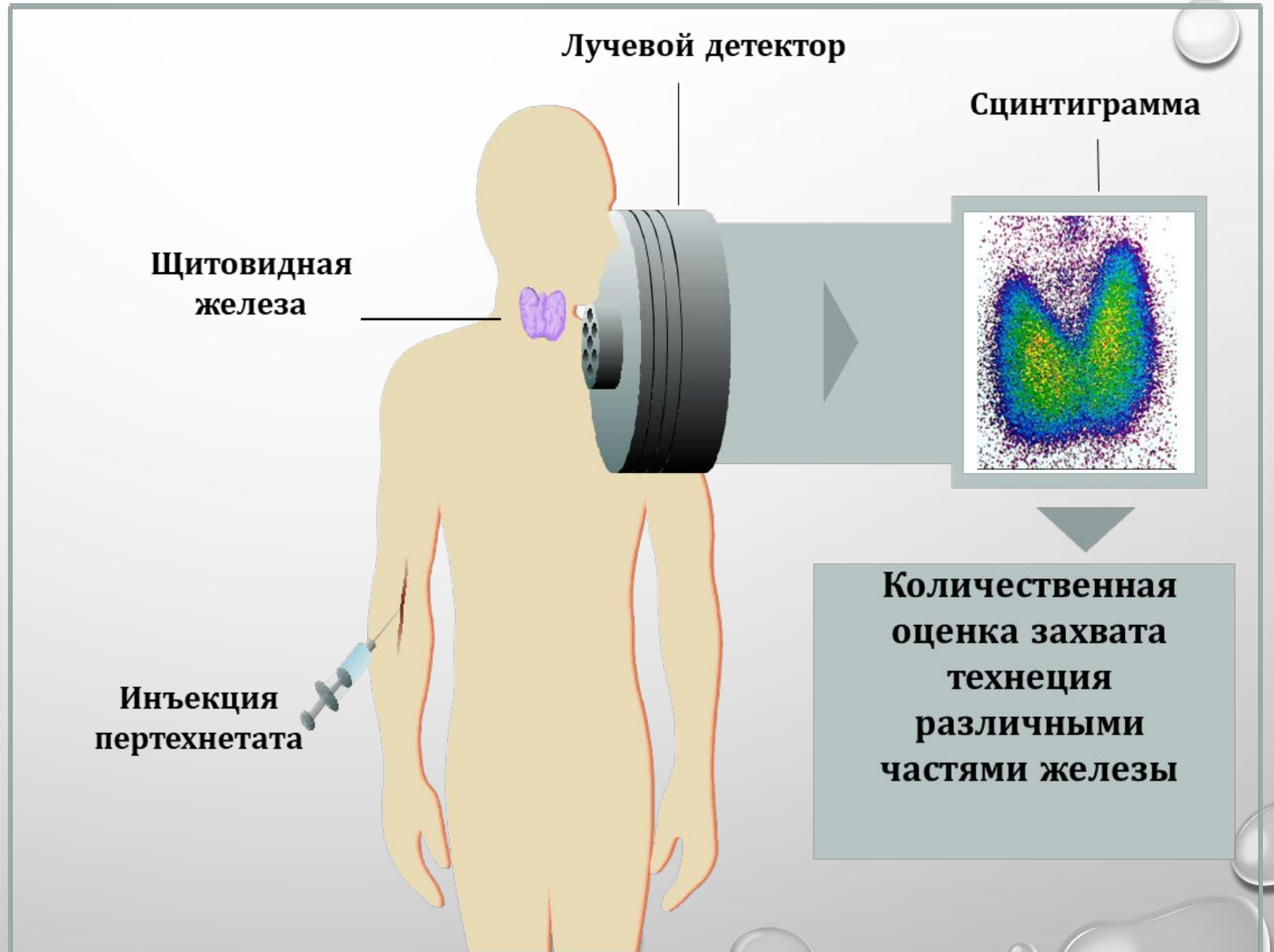
АНТИТЕЛА:

- К ПЕРОКСИДАЗЕ ТИРОЦИТОВ (АТ-ТПО)
- К ТИРЕОГЛОБУЛИНУ (АТ-ТГ)
- К РЕЦЕПТОРАМ ТТГ ТИРОЦИТОВ (АТ-РТТГ)

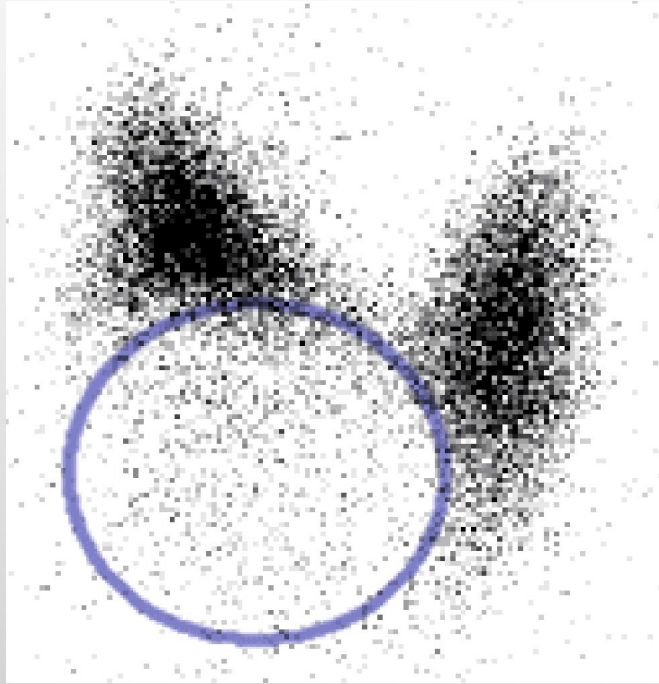


ДИАГНОСТИКА

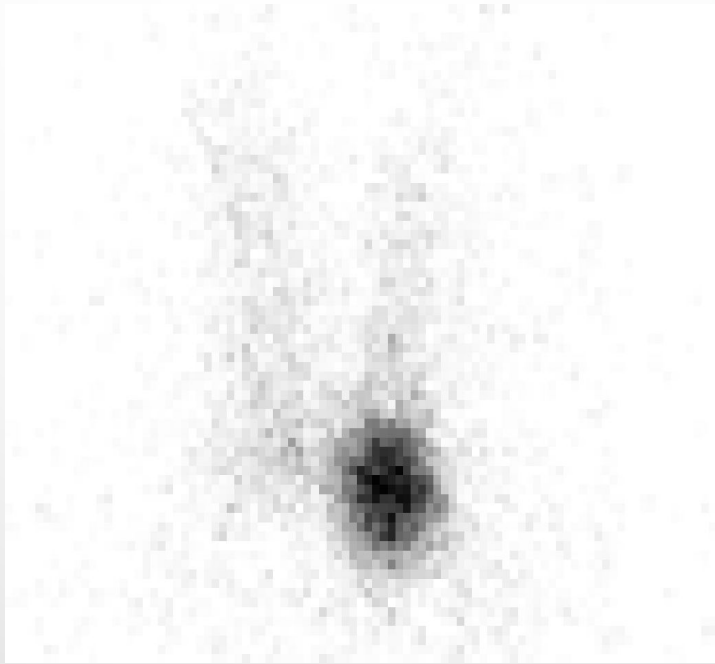
- СЦИНТИГРАФИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



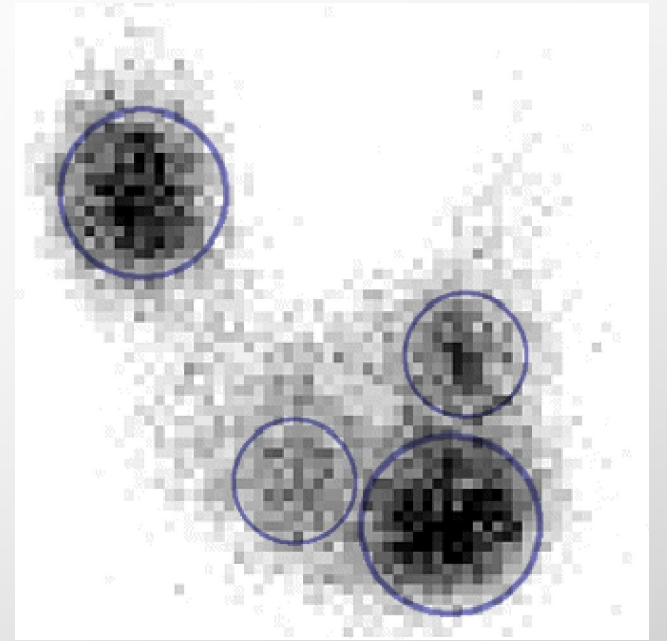
СЦИНТИГРАФИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



«ХОЛОДНЫЙ»
УЗЕЛ

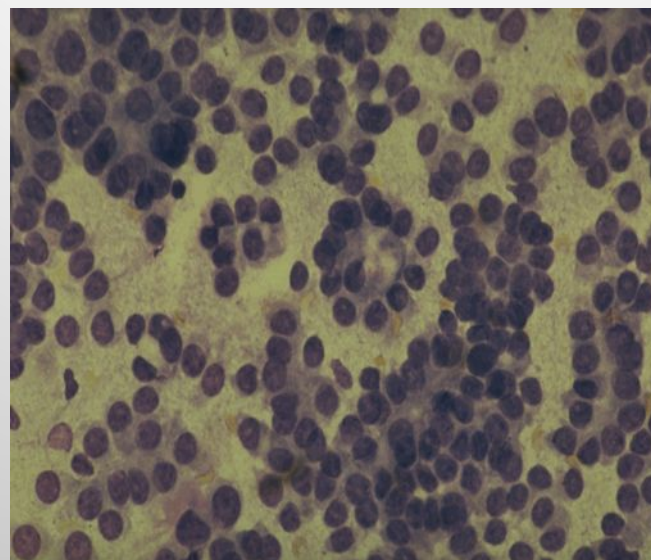


«ГОРЯЧИЙ»
УЗЕЛ



МНОГОУЗЛОВОЙ
ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ

ТОНКОИГЛЬНАЯ ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ УЗЛОВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



ЛЕЧЕНИЕ ДИФFUЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

ТЕРАПИЯ ТИРЕОСТАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ:

- + СРАВНИТЕЛЬНО НЕВЫСОКАЯ СТОИМОСТЬ
- + ЛЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
- ДОСТАТОЧНО НИЗКАЯ, ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ МЕТОДАМИ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ - 50 %
- ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ(МИНИМУМ 1,5 ГОДА)

ТИРЕОСТАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ:

МЕРКАЗОЛИЛ, МЕТИЗОЛ, ТИРОЗОЛ, ТИАМАЗОЛ

ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО - ТИАМАЗОЛ

СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕПАРАТА СОСТАВЛЯЕТ ОТ 40 - 60 МГ/СУТ В НАЧАЛЕ ЛЕЧЕНИЯ, ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ЭУТИРЕОИДНОГО СОСТОЯНИЯ ДОЗА ПОСТЕПЕННО СНИЖАЕТСЯ ДО ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ - 5 - 10 МГ/СУТ.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

- ЛЕЙКОПЕНИЯ,
- АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ,
- РАЗВИТИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕПАТИТА,
- ЗОБОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ (НА ФОНЕ НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ ГОРМОНОВ, ПРОИСХОДИТ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ).

ЛЕЧЕНИЕ РАДИОАКТИВНЫМ ЙОДОМ:

В ЛЕЧЕБНЫХ ЦЕЛЯХ НАИБОЛЕЕ ПРИМЕНИМ I-131

ПЕРИОД ПОЛУРАСПАДА - 8 СУТОК

ЗАХВАЧЕННЫЙ ЩЖ РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ЗА СЧЕТ РИФ-ИЗЛУЧЕНИЯ РАЗРУШАЕТ КЛЕТКИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КОТОРЫЕ В ДАЛЬНЕЙШЕМ ЗАМЕНЯЮТСЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНЬЮ.

ПОКАЗАНИЯ:

- РЕЦИДИВ ДТЗ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
- ТЯЖЕЛЫЕ И ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ТИРЕОТОКСИКОЗА
- НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ТИРЕОСТАТИКОВ
- ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ДТЗ

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- БЕРЕМЕННОСТЬ
- ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЙОДА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ ДТЗ СОСТАВЛЯЕТ 80 - 95 %.

ЭУТИРЕОЗ ДОСТИГАЕТСЯ ЧЕРЕЗ 4-8 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ :

ПОКАЗАНИЯ:

- НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ТИРЕОСТАТИКАМИ В ТЕЧЕНИЕ 1,5 ЛЕТ
- НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЛИ НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАДИОАКТИВНЫМ ЙОДОМ
- ДИФФУЗНО-УЗЛОВЫЕ ФОРМЫ ЗОБА

+ ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ - 95 %

+ БЫСТРОТА, С КОТОРОЙ ДОСТИГАЕТСЯ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ

- ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ И СПЕЦИФИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ

- КОСМЕТИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ

- ВЫСОКАЯ СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ.

ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВОГО ЗОБА

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ПРИ ГИПО- И ЭУТИРЕОИДНЫХ ФОРМАХ)

ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ L-ТИРОКСИНА В КОМБИНАЦИИ С ПРЕПАРАТАМИ
ЙОДА.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

ПОКАЗАНИЯ:

- УЗЛОВОЙ (МНОГОУЗЛОВОЙ) ЗОБ С ИМЕЮЩИМИСЯ ПРИЗНАКАМИ КОМПРЕССИИ ОКРУЖАЮЩИХ ОРГАНОВ И/ИЛИ КОСМЕТИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ
- НАЛИЧИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ РАЗМЕРАМИ БОЛЕЕ 1 СМ, ОБЛАДАЮЩИМИ ТЕНДЕНЦИЕЙ К БЫСТРОМУ РОСТУ
- УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ УЗЛА НА 5 СМ И БОЛЕЕ ЗА 6 МЕСЯЦЕВ, И/ИЛИ ДИАМЕТР УЗЛА 3 СМ И БОЛЕЕ
- ДИФФУЗНЫЙ ИЛИ СМЕШАННЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ, ТОКСИЧЕСКАЯ АДЕНОМА ЩЖ
- РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ (УЗЛОВОЙ, ТОКСИЧЕСКИЙ) ЗОБ

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ :

СУБТОТАЛЬНАЯ СУБФАСЦИАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО

○ МЕТОДУ О.В. НИКОЛАЕВА



МЕТОД КОХЕРА-ЛАХИ

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ: ХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД - СКЛЕРОЗАНТЫ - ТЕТРАДЕЦИЛСУЛЬФАТ, ГИДРОКСИПОЛИЭТОКСИДОДЕКАН, ГИПЕРОСМОЛЯРНЫЕ РАСТВОРЫ, ЭТАНОЛ, 96% ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ.

ФИЗИЧЕСКИЙ МЕТОД - ТЕПЛОВЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, РЕАЛИЗОВАННЫЕ В ВИДЕ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ, КРИОДЕСТРУКЦИИ И ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

- ГИПОТИРЕОЗ
- ГИПОПАРАТИРЕОЗ
- ПОРАЖЕНИЕ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ
- КРОВОТЕЧЕНИЕ
- ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ
- РЕЦИДИВ ЗОБА

ПРОГНОЗ

- ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И СВОЕВРЕМЕННОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРОГНОЗ, КАК ПРАВИЛО, БЛАГОПРИЯТНЫЙ.
- В НЕЛЕЧЕННЫХ СЛУЧАЯХ ПРОГНОЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ: ТЯЖЕЛАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЕ КРИЗЫ, ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ, ПРИСОЕДИНЕНИЕ ИНТЕРКУРРЕНТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

ПРИ ЛЕГКОЙ ФОРМЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОЛЬНЫХ ОСВОБОЖДАЮТ ОТ СВЕРХУРОЧНОЙ НАГРУЗКИ, НОЧНОЙ РАБОТЫ, НАПРЯЖЕННОГО ФИЗИЧЕСКОГО И УМСТВЕННОГО ТРУДА. БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ИНВАЛИДНОСТЬ III ГРУППЫ, А ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ - II ГРУППЫ.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!