

**Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького
Кафедра госпитальной хирургии
им. В.М. Богославского**

Лекция на тему:

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лектор : доцент Веселый Владимир Яковлевич

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

связана со значительным удельным весом этой патологии в структуре общей заболеваемости, а также с множеством нерешенных вопросов диагностики и тактики как консервативного, так и оперативного лечения

АНАТОМИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щитовидная железа (*glandula thyreoidea*) состоит из двух долей, перешейка. У 50% - пирамидальная доля (отросток Лялюэтта).

5 артерий: 2 верхние щитовидные,
2 нижние щитовидные,

у 10% - собственная артерия (*a. ima*).

Масса 25-30 г.

ФИЗИОЛОГИЯ

Основной функцией железы является

синтез, накопление и выделение гормонов

(тироксин, трийодтиронин, тиреокальцитонин).

ФАЗЫ

НАКОПЛЕНИЯ

И ВЫДЕЛЕНИЯ

Схематично синтез тироксина представляется так:

I + аминокислота тирозин \Rightarrow

йодтирозины + глобулин \Rightarrow

тиреоглобулины (прогормон)- основной антиген.

ТИРЕОГЛОБУЛИН

расщепляется под влиянием протеолитических ферментов, что связано с продукцией ТТГ \Rightarrow

тироксин и I поступают в кровь. По мере

увеличения концентрации тироксина в крови

уменьшается продукция ТТГ и процесс протеолиза замедляется

ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЖЕЛЕЗЫ

НА УРОВНЕ ЩИТОВИДНОГО И ПЕРСТНЕВИДНОГО
ХРЯЩЕЙ.

Атипичное расположение:

- кольцевидное,
- ныряющие за груди́нные,
- внутригрудные,
- ретро-и интратрахеальные,
- интраэзофагеальные.
- дистопированные и аберантные железы

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

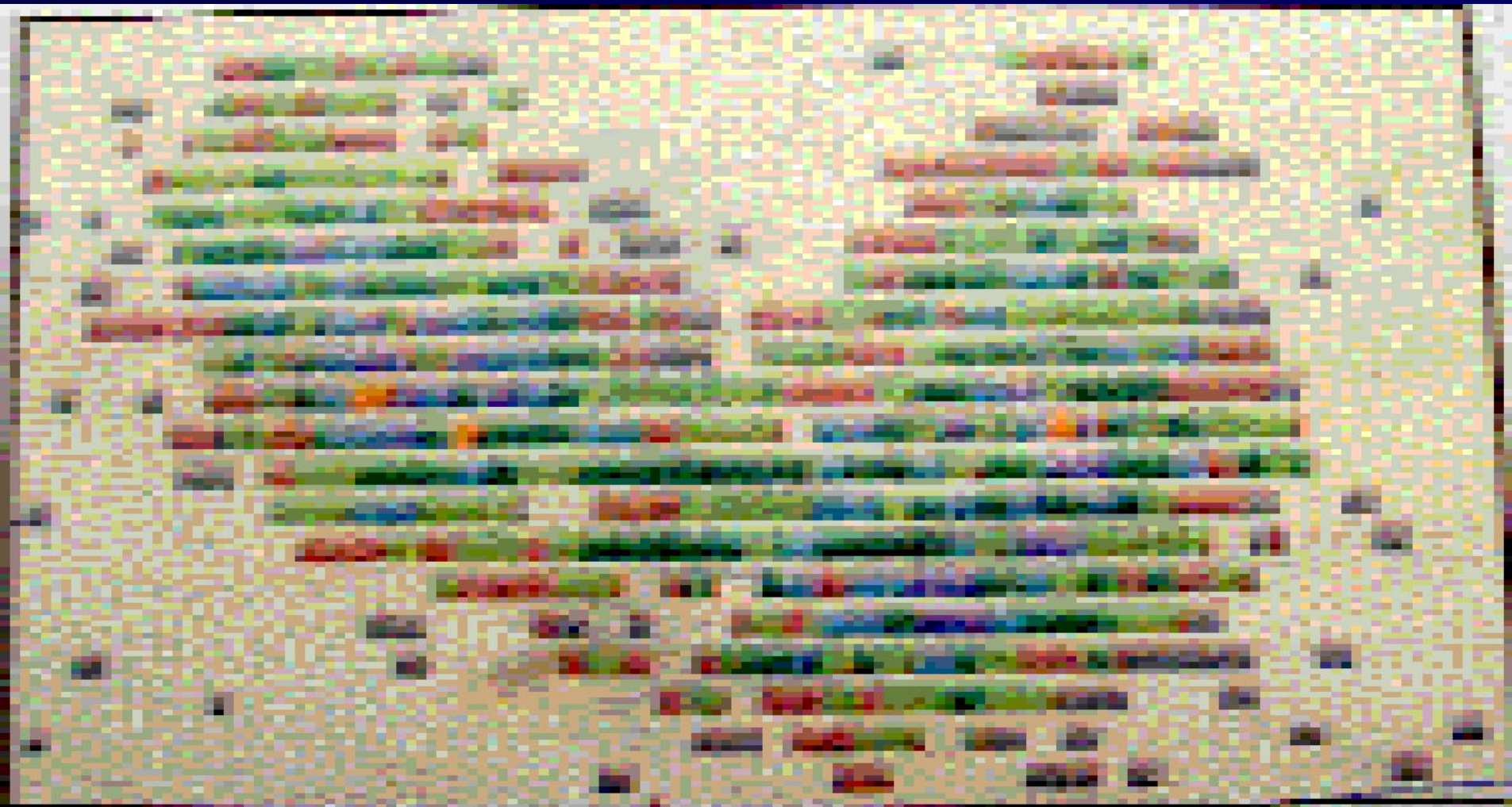
- Осмотр, пальпация;
- Рентгенографический; томографический; пневмомедиастинография.

- радиоизотопное сканирование; тиреолимфография

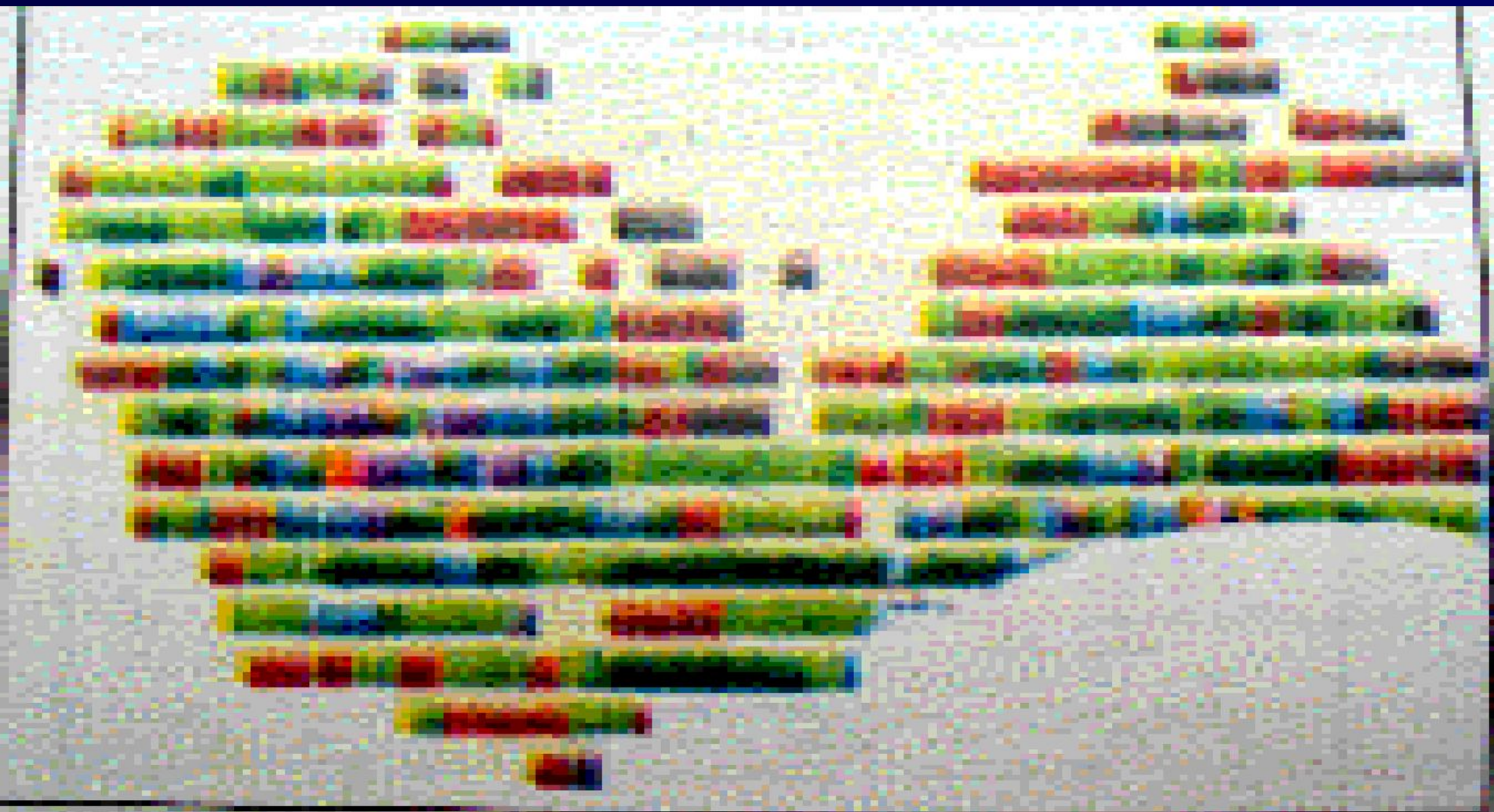
Современные методы:

- УЗИ;
- иммунологические (концентрация гормонов (T_3 ; T_4 ; ТТГ), титр антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе); - ТПБ

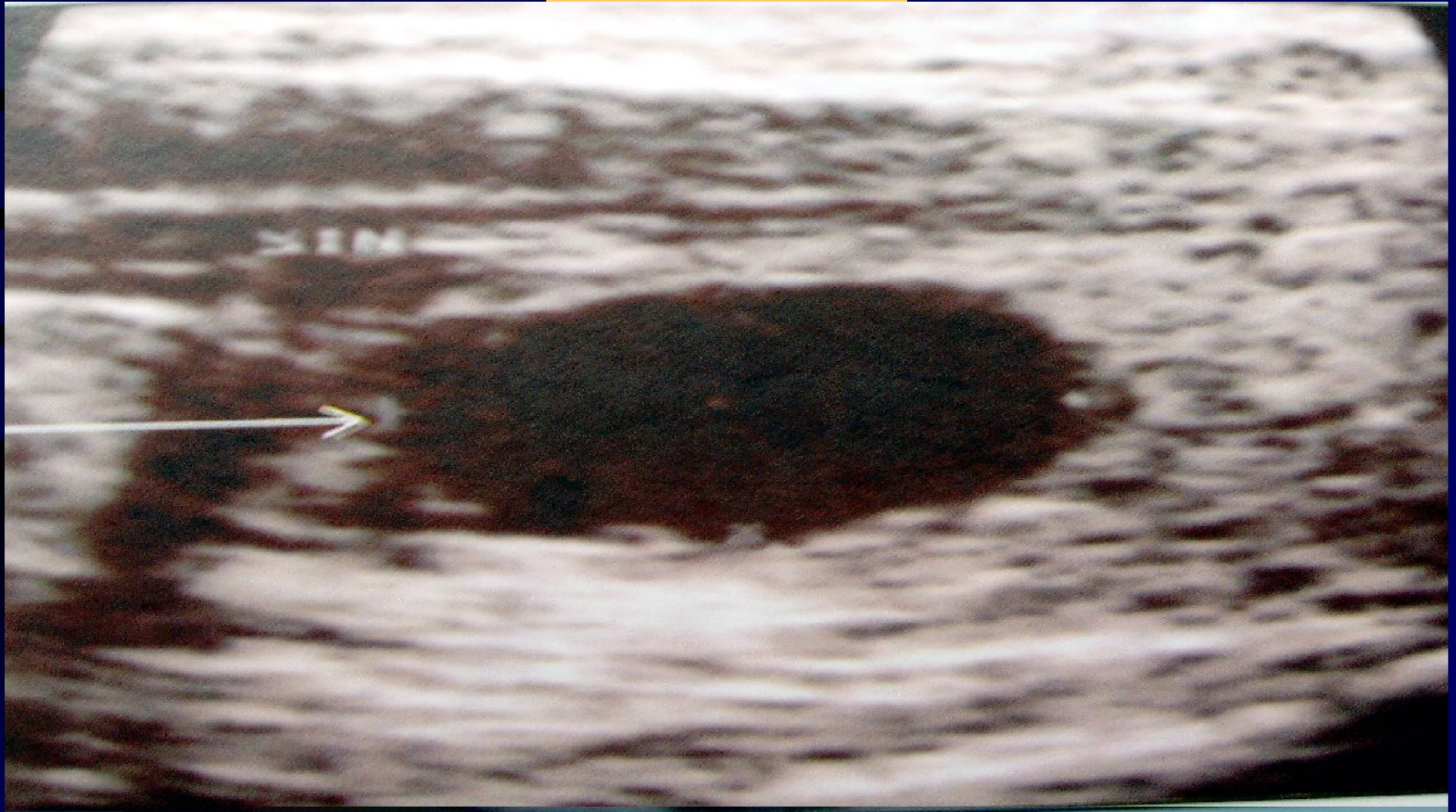
НОРМАЛЬНАЯ СКОНОГРАММА



«ХОЛОДНЫЙ» УЗЕЛ В ЛЕВОЙ ДОЛЕ



УЗИ - КИСТА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Влияние гормонов на другие органы и системы.

Гормоны влияют на клеточное ядро, на развитие ЦНС, рост организма, на скорость утилизации кислорода, на захват Са клетками, на теплопродукцию, ускоряет метаболизм жиров, белков, витаминов; непосредственная связь с длительностью нервной системы, сердца, печени, ЖКТ, другими эндокринными органами, мышечный тонус

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Врожденные аномалии щитовидной железы:
 - а) аплазия и гипоплазия;
 - б) эктопии
2. Зобная болезнь: эндемический и спродический зоб
3. Диффузно-токсический зоб.
4. Токсическая аденома.
5. Гипотиреоз:
 - а) легкий; - б) средний; - в) тяжелый (микседема).
6. Воспалительные заболевания:
 - а) тиреоидит (струмит) острый; - б) тиреоидит подострый;
 - в) тиреоидит хронический -фиброзный Риделя лимфоматозный и Хашимото; - г) туберкулез; - д) сифилис; - е) паразитарные заболевания
7. Травмы: - а) открытые; - б) закрытые
8. Злокачественные опухоли: а) рак; б) саркома; в) гемангиоэндотелиома

***ЗОБ - стойкое увеличение щитовидной железы не
опухолевой и не воспалительной природы***

В основу клинической классификации положены нарушения
функции, величины и формы

Ф У Н К Ц И Я: нормальная; сниженная и повышенная

По форме увеличения:

узловой

диффузный

смешанный

По эпидемическому принципу:

эндемический

спорадический

эпидемический

***ПО ВЕЛИЧИНЕ
6 СТЕПЕННАЯ ШВЕЙЦАРСКАЯ ШКАЛА:***

0 - не прощупывается

1 - пальпируется перешеек

2 - заметна при глотании, пальпируются обе доли

3 - «толстая шея»

4 - изменяет конфигурацию шеи

5 - занимает большую часть шеи, нависает под грудиной

5ст. увеличения зоба



ЭТИОЛОГИЯ ЗОБНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1 - Гидрогеологическая теория (для эндемического зоба)
- 2 - Теория нарушения синтеза гормонов (для спорадического зоба)

КЛИНИКА

Основной симптом - наличие зоба (чувство неловкости, инородного тела). По мере усиления давления на окружающие органы - смещение трахеи, стридорозное дыхание; расширение и наполнение подкожных вен шеи и верхней части груди, одутловатость лица; осиплость голоса, дисфагия

Тщательное исследование, как правило, выявляет ряд нарушений в деятельности нервной, сердечно-сосудистой и половой систем

ГИПОТИРЕОИДНЫЕ ЗОБЫ(5-7%)?

Одутловатость лица, сухость кожи, увеличение подкожной клетчатки, вялость, брадикардия, гипотония, запоры, слабый рост волос, психическая вялость, ослабление памяти, замедленная речь

**ГИПОТИРЕОИДНЫЙ КРИТИЦИЗМ -
УМСТВЕННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ +
ГЛУХОНЕМОТА**

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ГИПО- И ГИПЕРФУНКЦИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гипоиреоз

Гипериреоз

Жабы

Апатия и сонливость Снижение психической активности и раздражительность
Зябкость и плохая переносимость холода Пыльцежары Нервничанье на Снятии массы тела при сниженном аппетите тела при повышенном аппетите
Боль в мышцах Отеки лица и Пыльцежары Сердбиение конечностей Выпадение волос и Периодические запоры

Общеведенье

Психозность и маскообразность лица Неприятный запах изо рта Характерные глаза
Отеки лица и конечностей Атипичные симптомы Нервозность, чувствительность
Медленная речь Увеличение языка психозность Тремор конечностей Тетания
Бледная, шелушащаяся холодная и влажная кожа Горение, микрелетни
Холодные, сухие ладони Грубый Гипертензивная тахикардия
Сильный голос Тусклые волосы
Ломкость волос, деформированные ногти Снятые рефлексы
Брадикардия

ОСЛОЖНЕНИЯ ЗОБА:

- Кровоизлияния (стеноз гортани)
- Струмиты
- Злокачественное перерождение

**Профилактика при эндемическом зобе
йодирование поваренной соли (1,0 кJ на 100 кг)**

**При диффузных зобах 3 ст. и гипотиреоидных зобах - заместительная терапия: тиреоидин 25мгх2 раза)
Лечение йодом надо проводить осторожно!**

О П Е Р А Ц И И

1. При узловых формах
2. При смешанных формах - большие размеры и неэффективность лечения
3. При диффузных зобах IV и V ст.

RICHER: Операция при диффузном зобе свидетельствует о неинтеллигентности хирурга

Впервые операцию выполнил Н.И. Пирогов в 1847г.

Узел в щитовидной железе - это пальпируемое очаговое образование, не менее 1 см, при УЗИ - нарушение эхогенности и структуры, наличие капсулы.

В разных странах различные подходы к лечению.

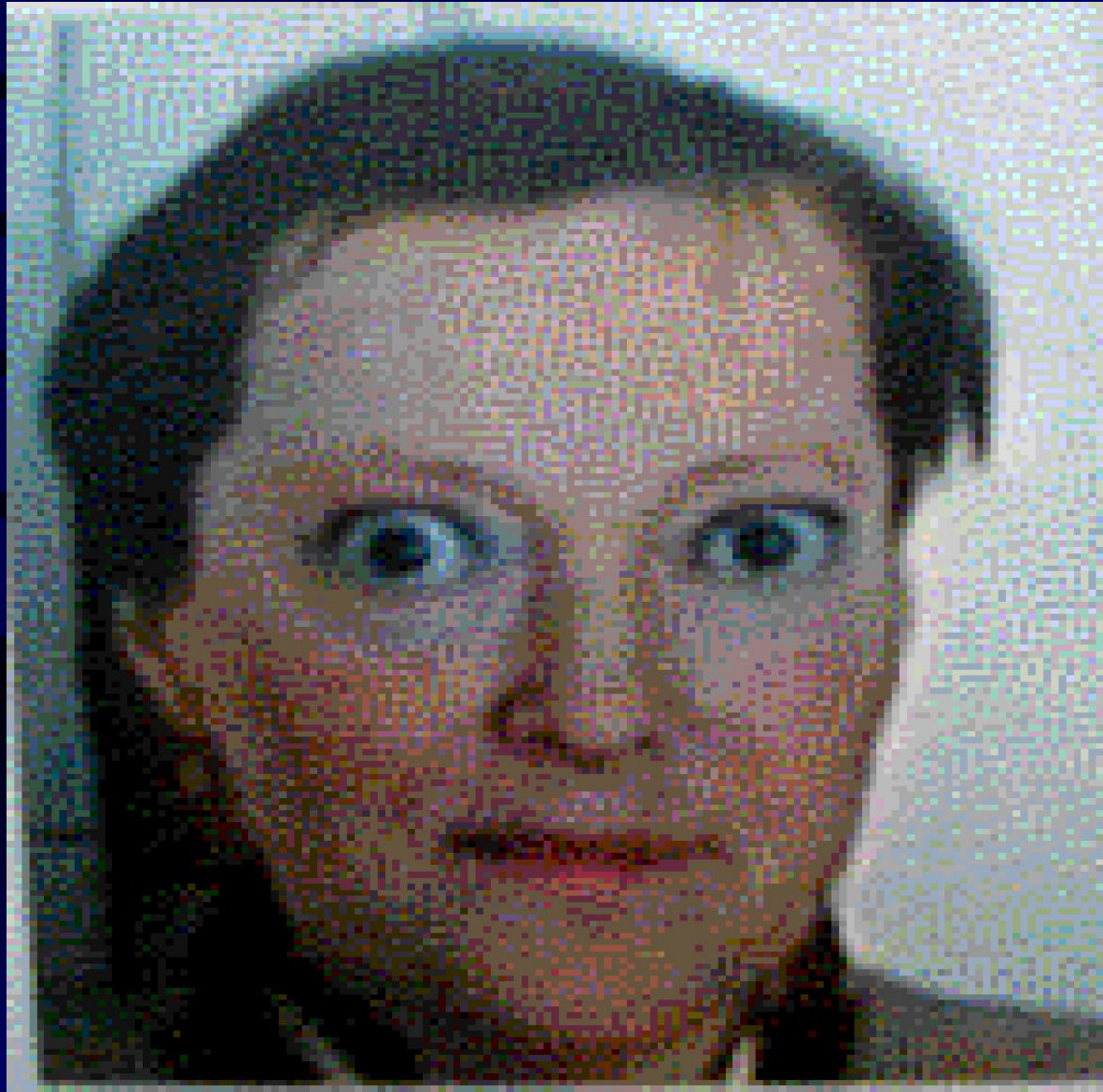
ДТЗ (б-нь Базедова, б-нь Грейвса) - генетическое аутоиммунное заболевание, связанное с повышенной выработкой гормонов, а затем и нарушением других органов и систем)

Дефицит супрессоров Т-лимфоцитов ведет к появлению аутоантител, стимулирующих рост железы и повышающих ее функцию

Сенсебилизованные В-лимфоциты образуют специфические иммунные комплексы, стимулирующие железу.

Наиболее изучен длительно действующий стимулятор щитовидной железы LATS (Long Acting Thyroid Stimulator). Он обнаружен у 30-76% б-ных.

**ВНЕШНИЙ ВИД Б-ОЙ С ТЕРИОТОКСИКОЗОМ
(МЕБИУС выражает «кристаллизованный ужас»)**



ДТЗ

В клинической картине ДТЗ выделяют местные симптомы и общие: катаболический, невротический и кардиальный. Исхудание, вегето-сосудистые реакции, нарушение сна, потливость, плаксивость «тремор»; расстройства сердечной деятельности - тахикардия, мерцательная аритмия. Мебиус :» больные болезнью Базедова страдают сердцем и умирают от сердца»

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

увеличение тиреоидных гормонов и уменьшение ТТГ; увеличение титра антител к тиреоглобулину

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ:

- 1) легкая; Р -90-100, АД- N;
- 2) ср. тяжести - потеря в весе, дрожь, мышечная слабость, Р-100-120, АД - 130-150 мм;
- 3) тяжелая форма - Р - более 120.
Висцеропатические изменения.

Осложнение тиреотоксикоза - тиреотоксический криз.

ЛЕЧЕНИЕ:

1. Тиреостатические препараты.

2. Радиоактивный J 131

3. Операция.

**ТОКСИЧЕСКАЯ АДЕНОМА
- ВОЗНИКНОВЕНИЕ
тиреотоксикоза на фоне
узлового зоба**

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- **Острый тиреоидит**
- **Подострый грануломатозный тиреоидит де Кервена (псевдо туберкулезный). Генез - вирусная инфекция. 2 варианта течения: с высокой лихорадкой и субфебрилитетом. Длительное волнообразное течение.**
- **Хр. фиброзно- инвазивный тиреоидит Риделя (1896г.) - 0,9%. Сочетание с ретроперитонеальным, медиастанальным и легочным фиброзом - фиброзирующая болезнь. Лечение хирургическое.**
- **Хр. аутоиммунный тиреоидит Хашимото - врожденный дефицит иммунного статуса.**

Частота тиреоидного рака среди оперированных больных по поводу различных заболеваний щитовидной железы

Годовые интервалы	Количество больных	Выявлен рак щитовидной железы	
		Абсолютная цифра	%
1955-1962	700	5	0,7
1963-1971	1487	21	1,2
1972-1984	2829	210	7,4
1985-1997	3940	463	11,7
Всего	8956	699	7,8%

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - 10 %
среди узловых заболеваний щитовидной
железы и 1-3% в структуре онкопатологии

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

- **Папиллярный (дифференцированный) - метастазы в лимфатические узлы**
- **Фолликулярный (недифференцированный) - meta в кости и легкие (гематогенное метастазирование)**
- **Солидный (медулярный рак из С клеток)**

ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ

- Повреждения гортанных нервов (0,1-3%)
- Гипопаратиреоз (до 2%) - временный и постоянный
- Кровотечения (0,5%)
- Тиреотоксический криз (1-5%)
- Повреждение трахеи
- Гипотиреоз - (5-7% после субтотальной резекции)