

"Заболевания щитовидной железы"

ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- в любом возрасте - зоб, клинический или субклинический гипотиреоз
- у плода и новорожденного - высокая перинатальная смертность, врожденные пороки развития, врожденный гипотиреоз, кретинизм
- у детей и подростков - задержка умственного и физического развития и снижение работоспособности, плохая успеваемость, высокая заболеваемость и склонность к хроническим заболеваниям, нарушение полового развития
- у взрослых и пожилых людей - снижение физической и интеллектуальной работоспособности, акселерация атеросклероза
- у женщин детородного возраста - бесплодие и невынашивание беременности, тяжелое течение беременности, анемия

Эндемический зоб

- Эндемический зоб - диффузное увеличение щитовидной железы. Обусловлен дефицитом поступления в организм йода или другими зобогенными факторами.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗМЕРОВ ЗОБА ПО ДАНЫМ ПАЛЬПАЦИИ

Традиционным методом определения размеров щитовидной железы является пальпация. С 1955 г. в России наиболее распространена классификация размеров щитовидной железы, предложенная Николаевым О.В. В настоящее время следует признать, что выделение пяти степеней размеров щитовидной железы является нецелесообразным при пальпаторной ее оценке в силу многих причин.

С 1994 года в мире по рекомендации ВОЗ используется более упрощенная и доступная классификация размеров щитовидной железы, международный характер которой позволяет сравнивать данные из различных стран.

- **Степень 0** - зоба нет.
- **Степень 1** - зоб не виден, но пальпируется, при этом размеры его долей больше дистальной фаланги большого пальца руки обследуемого.
- **Степень 2** - зоб пальпируется и виден на глаз.

ОЦЕНКА РАЗМЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Для точного определения размеров щитовидной железы показано проведение ее ультразвукового исследования.

Объем каждой доли подсчитывается путем перемножения ширины (Ш), длины (Д) и толщины (Т) с коэффициентом поправки на эллипсоидность 0,479.

$$\text{Объем} = ((\text{ШП} \times \text{ДП} \times \text{ТП}) + (\text{ШЛ} \times \text{ДЛ} \times \text{ТЛ})) \times 0,479$$

По международным нормативам при использовании УЗИ у взрослых лиц (старше 18 лет) зоб диагностируется, если объем железы у женщин превышает **18 мл**, у мужчин - **25 мл**.

Для удовлетворения потребности организма в йоде рекомендуются следующие нормы его ежедневного потребления (ВОЗ, 1996 г):

- **50 мкг** - для детей грудного возраста
- **90 мкг** - для детей от 2 до 6 лет
- **120 мкг** - для детей от 7 до 12 лет
- **150 мкг** - подросткам от 12 лет и старше и взрослых
- **200 мкг** - для беременных и кормящих женщин

ПРОФИЛАКТИКА ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА

Фактическое среднее потребление йода жителем России (по данным скрининга 1997 года) составляет **40-60 мкг** в день, то есть является недостаточным.

Учитывая эпидемиологические данные, большинство регионов России имеют легкий или умеренный дефицит йода. В связи с этим каждый житель йоддефицитного региона должен получать ежедневно дополнительное количество йода:

- **100 мкг** - дети препубертатного возраста
- **200 мкг** - подростки
- **150 мкг** - взрослые
- **200 мкг** - беременные и кормящие
- Дети грудного возраста получают йод с молоком матери.

Для преодоления дефицита йода используются следующие методы

профилактики:

- **Массовая йодная профилактика** - профилактика в масштабе популяции, осуществляемая путем внесения йода в наиболее распространенные продукты питания (соль, хлеб)
- **Групповая йодная профилактика** - профилактика в масштабе определенных групп повышенного риска по развитию йоддефицитных заболеваний: дети, подростки, беременные и кормящие женщины. Осуществляется путем регулярного длительного приема препаратов, содержащий физиологические дозы йода.
- **Индивидуальная йодная профилактика** - профилактика у отдельных лиц путем длительного приема препаратов, содержащих физиологические дозы йода.

ЛЕЧЕНИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА

- При наличии диффузного увеличения щитовидной железы по данным пальпации в соответствии с Классификацией ВОЗ (1994 г) и/или увеличения ее объема по отношению к площади поверхности тела, после исключения аутоиммунного тиреоидита устанавливается диагноз **«Диффузный нетоксический зоб 1 или 2 степени»**.

- Назначается прием препаратов йода в суточной дозе 200 мкг (например, «Йодомарин 200 Берлин-Хеми» по 1 таблетке в день) курсом не менее 6 месяцев.
- В случае, если через 6 мес. отмечается уменьшение или нормализация размеров щитовидной железы, рекомендуется продолжить прием препаратов йода в профилактической дозе (например, «Йодомарин 200 Берлин-Хеми» по 1/2-1 табл. в день) с целью предотвращения рецидива зоба.

- Если на фоне приема препаратов йода в течение 6 месяцев не произошло нормализации размеров щитовидной железы, то показано применение левотироксина (например "**L-Тироксина Берлин-Хеми**") в дозах около 2,5 мкг/кг массы тела в сутки или его комбинации с 100-150 мкг йода в день. Адекватная доза тироксина подбирается в соответствии с уровнем **ТТГ**. После нормализации размеров щитовидной железы по данным УЗИ, проводимого каждые 6 месяцев, рекомендуется переход на длительный прием профилактических доз йода.



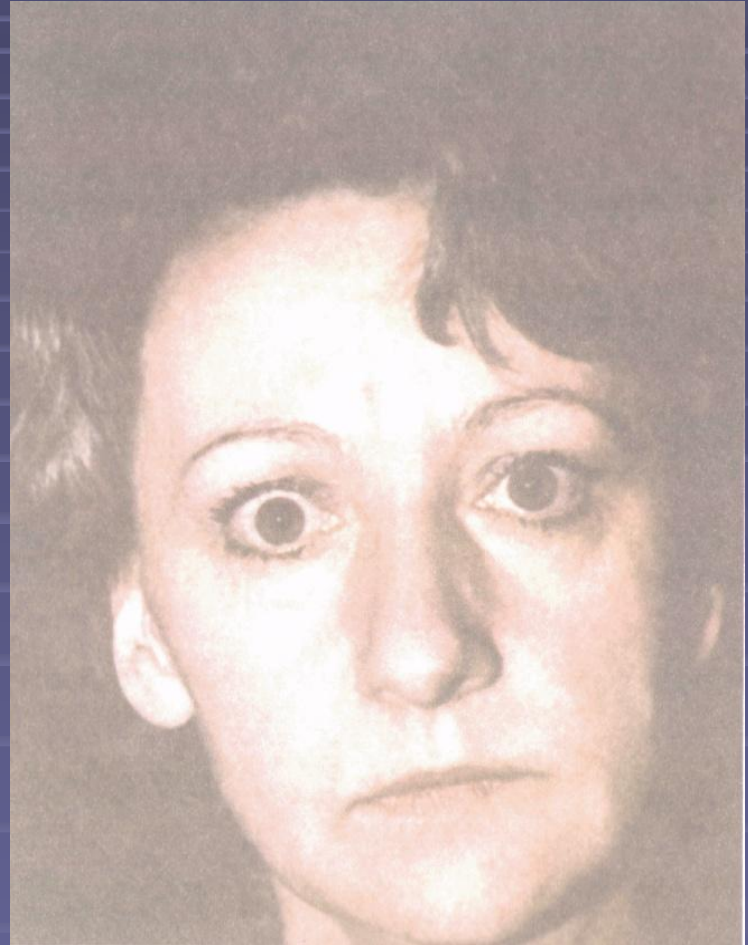
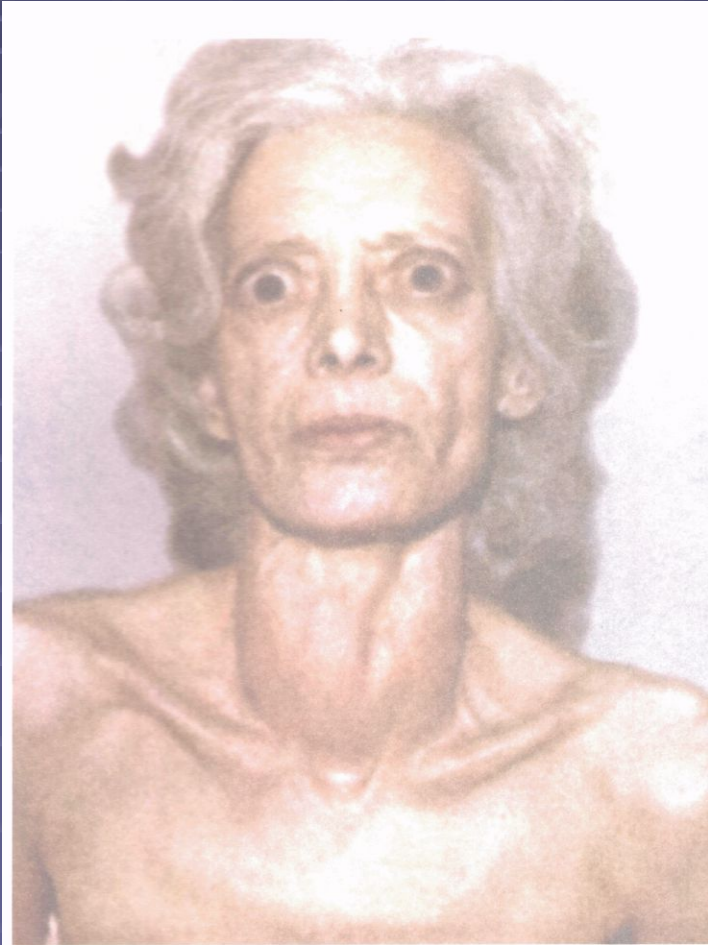
Диффузный токсический зоб



Диффузный токсический зоб (ДТЗ)

—

генетически обусловленное аутоиммунное заболевание, характеризующееся стойким патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов диффузно увеличенной щитовидной железой с последующим нарушением функции различных органов и систем, в первую очередь сердечно-сосудистой и ЦНС.



Заболевание чаще возникает
у женщин 20-50 лет
(соотношение числа
больных мужчин и женщин
составляет 1:10).

Этиология

- наследственная предрасположенность;
- частые нейроэндокринные перестройки женского организма (беременность, лактация, менструальный период, пременопауза);
- пубертатный период;
- психические травмы;
- острые и хронические инфекции, ЧМТ, прием больших доз йода; повышенная инсоляция и др.

Клиническая картина

Наиболее характерна

триада симптомов: зоб,
экзофтальм, тахикардия.

Множество симптомов
можно сгруппировать в
определенные синдромы.

- Синдром поражения сердечно-сосудистой системы характеризуется тахикардией, постоянной или пароксизмальной мерцательной тахикардией, развитием дисгормональной миокардиодистрофии ("тиреотоксическое сердце"), недостаточностью кровообращения.

- При синдроме поражения центральной и периферической нервной системы отмечаются хаотичная, непродуктивная деятельность, повышенная возбудимость, снижение концентрации внимания, плаксивость, быстрая утомляемость, расстройство сна, тремор всего тела (симптом "телеграфного столба") и особенно пальцев рук (симптом Мари), повышенная потливость.

Глазные симптомы.

- симптом Штельвага - редкое мигание век;
- симптом Грефе - отставание верхнего века от радужной оболочки при фиксации взгляда на медленно перемещаемом вниз предмете;
- симптом Дальримпля (экзофтальм) - расширение глазной щели;

- симптом Жоффруа - отсутствие наморщивания лба при взгляде вверх;
- симптом Розенбаха - мелкий тремор закрытых век;
- симптом Репнева-Мелехова - гневный взгляд.

- **Синдром катаболических нарушений**

проявляется похуданием на фоне повышенного аппетита, субфебрилитетом, миопатией.

- **Синдром поражения органов ЖКТ.**

Приступы болей в животе, рвота, неустойчивый стул со склонностью к поносам, иногда пожелтение кожи, что связано с нарушением функции печени (вплоть до развития тиреотоксического гепатита) и др.

- **Синдром эктодермальных нарушений** - характерное расслаивание и повышенная ломкость ногтей, ломкость и выпадение волос.
- **Синдром поражения других желез** нарушение функции надпочечников, дисфункция яичников с нарушением менструального цикла вплоть до аменореи, развитием фиброзно-кистозной мастопатии, иногда с галактореей; у мужчин может развиваться гинекомастия.

Степени тяжести тиреотоксикоза:

- **легкая** – ЧСС 80 -100 в 1 мин, нет мерцательной аритмии, резкого похудения, слабый тремор рук, работоспособность снижена незначительно;
- **средняя** – ЧСС 100-120 в 1 мин, нет мерцательной аритмии, похудание до 20 % от исходной m, выраженный тремор, работоспособность снижена;
- **тяжелая** – ЧСС более 120 в 1 мин, мерцательная аритмия, тиреотоксический психоз, дистрофические изменения органов, m резко снижена (до кахексии), трудоспособность утрачена.

Тиреостатическая терапия (консервативная терапия):

- осуществляется при помощи препаратов тиомочевины - тиамазол (мерказолил, тирозол, метизол) и пропилтиоурацила (ПТУ).
- целесообразно назначение бета-адреноблокаторов (анаприлин — 120 мг/сут., атенолол — 50-100 мг/сут.), которые быстро купируют сердечно-сосудистые симптомы.

- При тяжелой форме заболевания, сочетании с эндокринной офтальмопатией, надпочечниковой недостаточностью назначают глюкокортикостероиды (преднизолон по 5-30 мг/сут и др.).
- Целесообразно назначение транквилизаторов и седативных средств.
- Эффективно применяют плазмаферез.

Оперативное лечение:

- удаление практически всей ЩЖ. С этой целью рекомендуется проведение **тиреоидэктомии или предельно субтотальной резекции ЩЖ** (с оставлением тиреоидного остатка не более 2 мл), которая с функциональной точки зрения тождественна тиреоидэктомии (в том и другом случае исходом является гипотиреоз).

Гипотиреоз

синдром, обусловленный длительным стойким недостатком гормонов щитовидной железы в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне.

Выделяют виды гипотиреоза.

- первичный гипотиреоз обусловлен первичным поражением самой железы (аномалии развития, тиреоидиты, операции, тиреостатическая терапия, йодная недостаточность, и др.);
- вторичный гипотиреоз является следствием изменений в гипофизе;
- третичный - связан с нарушением деятельности гипоталамических центров.

- Отдельно выделяют периферический гипотиреоз, обусловленный тканевой резистентностью к гормонам щитовидной железы либо нарушением их транспорта.

Клинические признаки и СИМПТОМЫ

- Гипотермически-обменный синдром:
ожирение, понижение t тела;
повышается уровень триглицеридов и
липопротеидов низкой плотности, т.е.
создаются предпосылки к развитию и
прогрессированию атеросклероза.

- **Гипотиреоидная дермопатия:**

микседематозный отек (лицо, конечности) и периорбитальный отек, желтушность кожи, вызванная гиперкаротинемией, ломкость и выпадение волос бровей, голове, вплоть до гнездной плешивости и диффузной алопеции. Изменения внешности, напоминают ту степень огрубения черт лица, которая возникает при акромегалии. При сопутствующей анемии цвет кожи приближается к восковому.

Внешний вид больной гипотиреозом:



- **Синдром нарушений органов чувств:** затруднение носового дыхания (из-за набухания слизистой оболочки носа), нарушение слуха (связано с отеком слуховой трубы и органов среднего уха), охрипший голос (вследствие отека и утолщения голосовых связок). Выявляется ухудшение ночного зрения.

- **Синдром поражения центральной и периферической нервной системы:**

сонливость, заторможенность, снижение памяти, боли в мышцах, парестезии, полинейропатия, развитие депрессий, делириозных состояний, типичны повышенная сонливость, брадифрения. наблюдаются типичные пароксизмы панических атак.

- **Синдром поражения ССС:**

микседематозное сердце (брадикардия, недостаточность кровообращения).

Гипотиреоз часто развивается у пожилых людей, страдающих ИБС.

Гипотиреоз является существенным и самостоятельным фактором риска инфаркта миокарда и атеросклероза аорты.

- **Синдром поражения ЖКТ:** гепатомегалия, дискинезия желчевыводящих путей, дискинезия толстой кишки, склонность к запорам, снижение аппетита, атрофия слизистой оболочки желудка.
- **Анемический синдром:** гипохромная железодефицитная, В12-дефицитная анемия. Повышенная ломкость капилляров, кровоточивость.

- Синдром гипогонадизма: проявляется олигоменореей или аменореей, галактореей, вторичным поликистозом яичников.
- Обструктивно-гипоксемический синдром: синдром апноэ во сне, развивающийся вследствие отека слизистых оболочек, поражения дыхательной мускулатуры с уменьшением дыхательных объемов и накопления CO₂.

Лечение -

заместительная терапия левотироксином

(L-T4) вне зависимости от возраста и сопутствующей патологии. Отличаться может лишь вариант начала лечения (доза и скорость ее повышения).

Тироксин назначается в дозе 1,6 мкг/кг массы тела). Для ж доза L-T4 в среднем составляет **100 мкг**, для м — **150 мкг** в день. Препарат принимается 1 раз в день, утром за 30 минут до завтрака. Под контролем ТТГ.



**Спасибо за
внимание!**