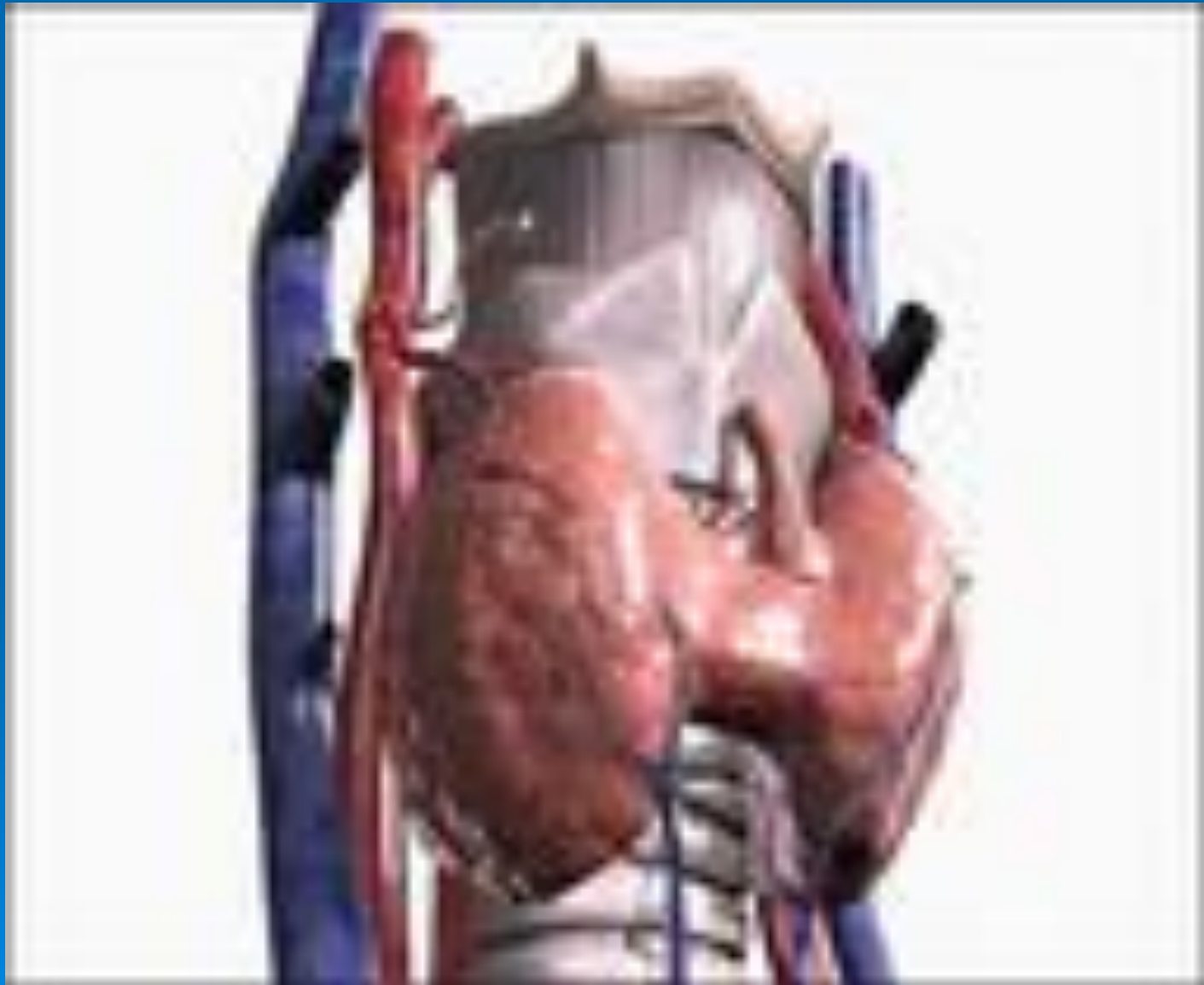
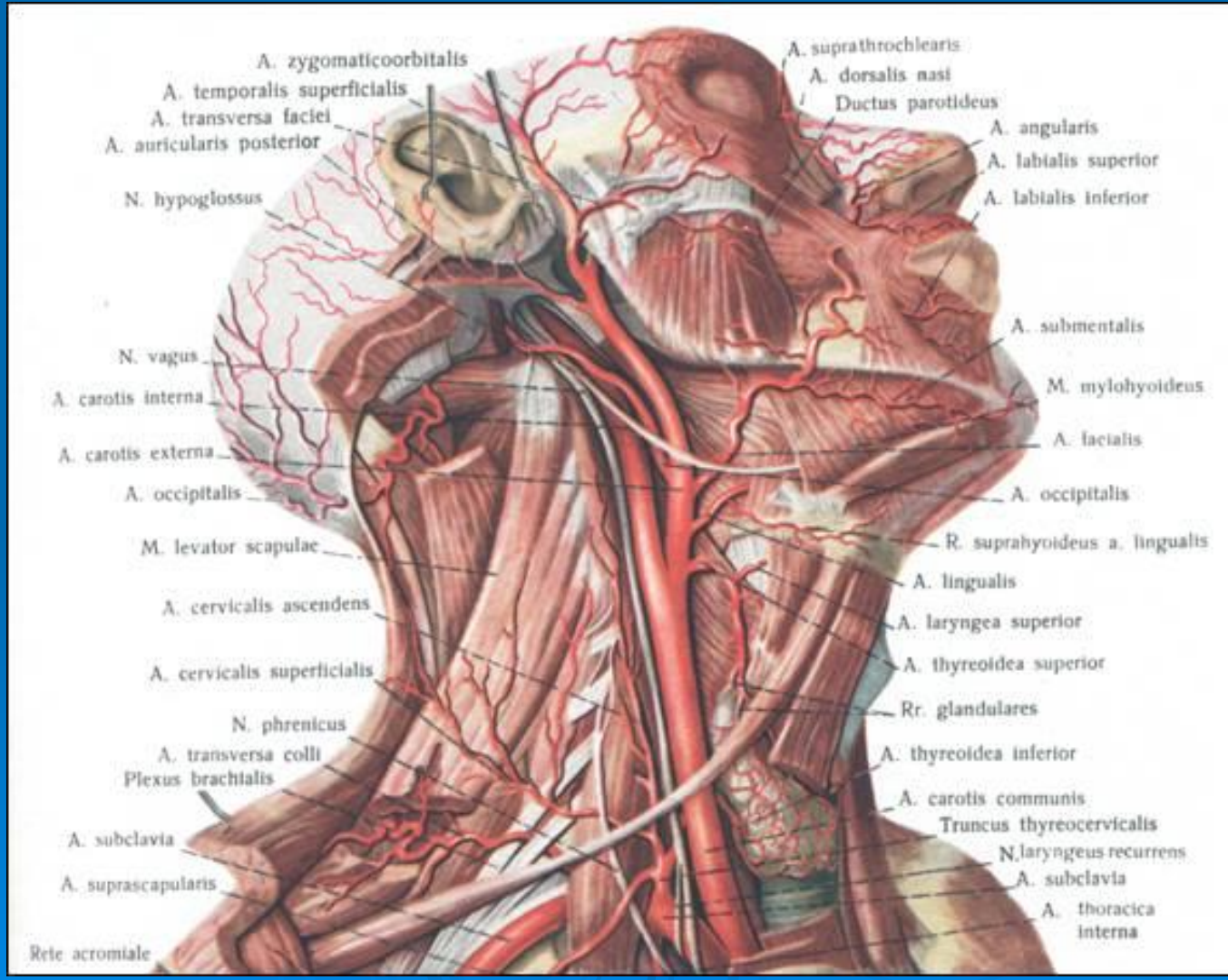


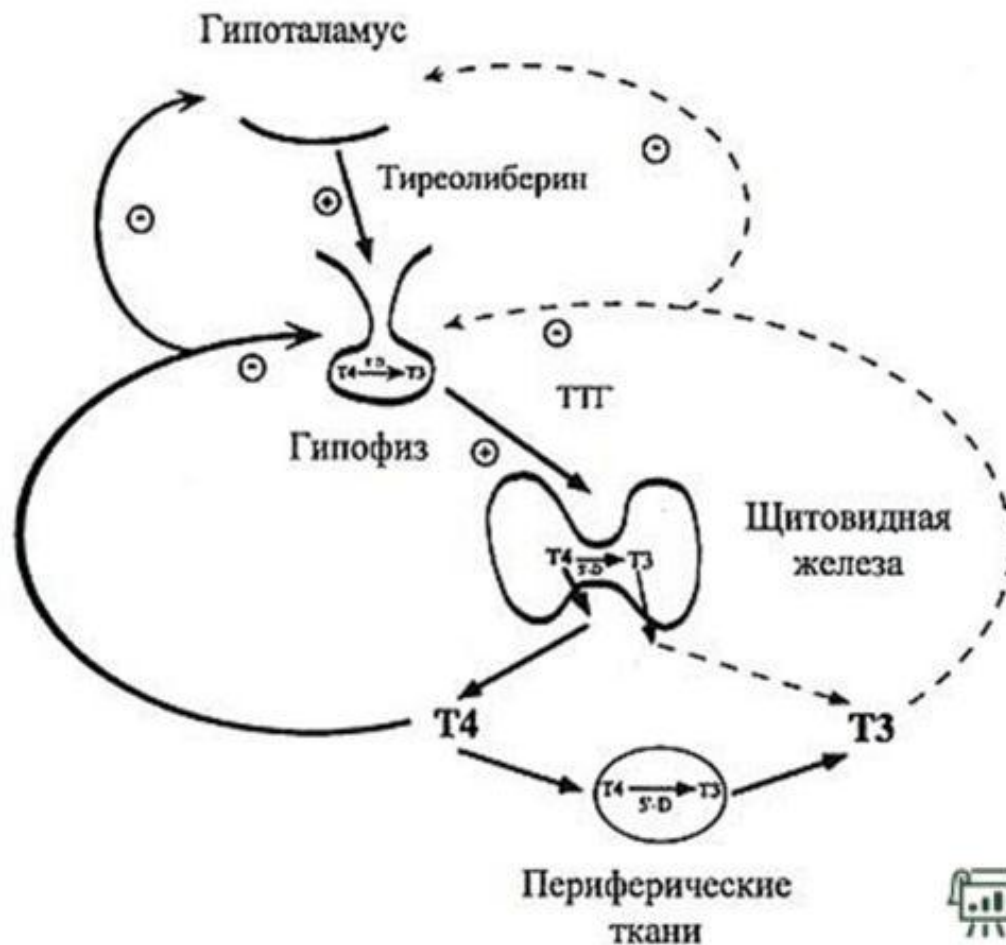
Тема: «Заболевания щитовидной железы»







Гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная система



Психоанализ женщин с гипертиреозом произвел впечатление на Конрада (49), который обнаружил у них крайнюю зависимость от матери, страх потери любви и пристанища, а также страх забот, предположительно связанных с ролью матери, и в результате — трудность идентификации себя с матерью.



- Среди заболеваний щитовидной железы различают:
- зоб, воспалительные заболевания (тиреоидиты),
- опухоли,
- нарушения функции (гипотиреоз, гипертиреоз).

Зоб

- Зобом называется любое увеличение щитовидной железы, основной причиной которой является недостаток йода в окружающей среде.
- По данным ВОЗ, в мире зарегистрировано около 300 млн больных зобом, в том числе в России – 1 млн.

Этиология.

- Этиологические факторы:
- а) дефицит йода в пище;
- б) изменения метаболизма йода в организме (нарушение всасывания в желудочно-кишечном тракте, окисления его при генетических дефектах в ферментной системе и др.).

Патогенез.

- Указанные этиологические факторы приводят к снижению концентрации тиреоидных гормонов (Т3 и Т4) в крови, что по механизму обратной связи увеличивает образование тиреотропина (ТТГ) гипофиза, в результате чего щитовидная железа подвергается мощной стимуляции. При сохранении воздействия этиологических факторов тиреотропная стимуляция сопровождается компенсаторной гиперплазией щитовидной железы, что приводит к образованию зоба.
- Имеется два механизма гиперплазии:
- а) повышенное накопление коллоида в фолликулах (коллоидный зоб)
- б) пролиферация клеток фолликулярного эпителия (пролиферирующий, клеточный, макро-, микрофолликулярный зоб). Чаще всего встречается сочетание коллоидного зоба с разной степенью пролиферирующего зоба.

Классификация

- I. По происхождению зоба: эндемический, спорадический.
- II. По степени (0-5) увеличения щитовидной железы.
- III. По форме зоба: диффузный, узловой, многоузловой, смешанный.
- IV. По функциональному состоянию железы: эутиреоидный, гипотиреоидный, гипертиреоидный.
- V. По степени тяжести тиреотоксикоза: субклинический (легкое течение), манифестный (среднетяжелое), осложненный (тяжелое).
- VI. Аберрантные локализации зоба: корень языка, переднее средостение (загрудинный зоб), яичник

Клинические данные

- Общие симптомы для всех больных с зобом:
- 1. Увеличение щитовидной железы (разной степени).
- 2. Дискомфорт («чувство неловкости») в области шеи при движении, при ношении высокого воротничка.
- 3. Сухой кашель.
- 4. Дисфагия, одышка при зобе 4-5 степени или загрудинном зобе.
- В остальном клиника зависит от формы (узловой, диффузный) зоба, нарушения функции железы (гипотиреоз, гипертиреоз).

Проявления со стороны ЦНС

- Больные нередко суетливы и беспокойны, с быстрой речью, раздражительны, обидчивы, быстро дают волю слезам, тревожны, нередко плохо спят - это связано с избыточным действием катехоламинов на мозг.
- 1 Жалобы больных на:
 - 1. На уменьшение толерантности к теплу. Им всегда жарко. Это потому, что в организме много образуется тепловой энергии. Периферическая вазодилатация - приспособление к жаре - потливость. Кожа горячая, влажная.
 - 2. Чувство внутренней дрожи и дрожание рук (характерен мелкий тремор вытянутых рук, век при закрытых глазах),

Проявления со стороны мышечной системы

- Выраженная слабость приводит к тиреотоксической миопатии.

Со стороны ССС

1. Тахикардия у 99% больных. Больные ощущают сердцебиение. ЧСС от 90 до 150 ударов в минуту. Эта тахикардия постоянная и сохраняется даже во сне.

2. Изменение АД: увеличение систолического и снижение диастолического - 160/60 и 140/50.

3. Гипертрофия левого желудочка - проявляется усилением верхушечного толчка. Размеры сердца в норме.

4. При аускультации громкий 1 тон (хлопающий). Шум систолический интенсивный, грубый. Причина - увеличение скорости кровотока.

Тиреотоксическое сердце приводит к тиреотоксической кардиопатии.

Недостаток витамина В1, не образуется кокарбоксилаза, у таких больных сердце похоже на сердце у больных с синдромом бери - бери.

Это вторичная кардиопатия.

Чаще правожелудочковая сердечная недостаточность.

У молодых людей чаще проявляется тиреотоксикоз со стороны сердца.

1. Мерцательная аритмия.

2. Левожелудочковая сердечная недостаточность - одышка в покое или при нагрузке, кашель, кровохаркание, цианоз, влажные хрипы.

Симптом слабости синусового узла у пожилых это атеросклероз артерии, снабжающей синусовый узел.

Этот симптом может запаздывать при тиреотоксикозе, если нет тахикардии, а даже отмечается склонность к брадикардии. Тиреотоксикоз - это вторая причина, провоцирующая слабость синусового узла.

Проявления со стороны ЖКТ

- 1. Уменьшение массы тела у 95 - 98% связано с липолизом и повышенной активностью катехоламинов.
- 2. Аппетит хороший.
- 3. Частый стул (от 2 до 10 - 15 раз в сутки) без тенезмов и слизи.

□ Проявления со стороны глаз

- Характерны тиреотоксические симптомы.
- Ретракция мышцы - симптом Кохера. Белая полоска склеры между радужной оболочкой и верхним веком.
- Симптом Грефа (см. ниже).
- Симптом широкой глазной щели = симптом Дель Римпля.
- Увеличение тонуса ретробульбарных мышц.
- Блеск глаз.

□ Лимфатическая система

- Лимфоаденопатия как проявления аутоиммунного заболевания.

□ Кожа

- Могут быть участки депигментации.

Дополнительные методы исследования

- 1. Ультразвуковое исследование.
- 2. Радионуклидное сканирование щитовидной железы с помощью ^{131}I или $^{99\text{Tc}}$.
- 3. Рентгенография области шеи для смещения пищевода и трахеи.
- 4. Биопсия железы.
- 5. Исследование в крови содержания Т3, Т4 , ТТГ.

Тактика врача

- При узловом зобе показано хирургическое лечение – резекция щитовидной железы с гистологическим исследованием удаленного материала.
- При диффузном зобе проводится три метода лечения: консервативный, хирургический и радионуклидный (лечение радиоактивным йодом).

Тактика врача

- Консервативное лечение показано при впервые выявленном диффузном зобе, при небольшой степени зоба, заключается в назначении тиреостатических препаратов (мерказолил, метимазол, тиамазол, тирозол, пропицил), β -адреноблокаторов (анаприлина, обзидана, атенолола) при стойкой тахикардии, мерцательной аритмии, экстрасистолии, седативных препаратов, глюкокортикоидов (преднизолон) при надпочечниковой недостаточности и офтальмопатии.

Тактика врача

- Лечение радиоактивным йодом показано при высоком операционном риске, рецидиве зоба после оперативного лечения.
- Хирургическое лечение показано при неэффективности консервативной терапии, зобе 4-5 степени, наличии механического сдавления соседних органов. Объем операции – субтотальная резекция щитовидной железы с оставлением 4-7 г паренхимы железы.

- Предоперационная подготовка направлена на возможно максимальную медикаментозную компенсацию тиреотоксикоза. Она достигается путем назначения мерказолила в дозе до 30-60 мг/сут в комбинации с L-тироксинам в дозе 50-100 мкг/сут. Тироксин снижает кровенаполнение железы. При непереносимости тиреостатиков используют большие дозы йода.

□ **Осложнения тиреотоксикоза**

- Тиреотоксический криз - это острое состояние с резким увеличением катехоламинов в крови с резко выраженной недостаточностью коры надпочечников. Это может быть при тяжелом нелеченом тиреотоксикозе, провоцируется инфекцией и стрессом.

□ **Клиника**

- Разобщение окислительного фосфорилирования, увеличение активности катехоламинов, высокая температура тела (более 39 град.С), большая потливость, редчайшая тахикардия, мерцательная аритмия с тахисистолией, сердечная недостаточность, рвота, анорексия, частый жидкий стул, коллапс, обезвоживание.
- Сам больной из тиреотоксического криза не выйдет. Лабораторных данных, объясняющих клинику нет.