



МИКСЕДЕМА ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

- Хмейди Сухайль
- МЛ - 605

Преподаватель: Кочемасова Татьяна Владимировна

Лечение

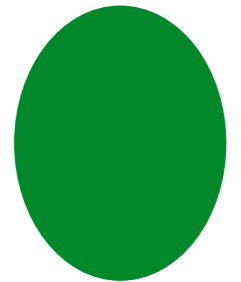
Основное направление терапии – этиотропное, нацеленное на устранение причины микседематозного отека (гипотиреоза).

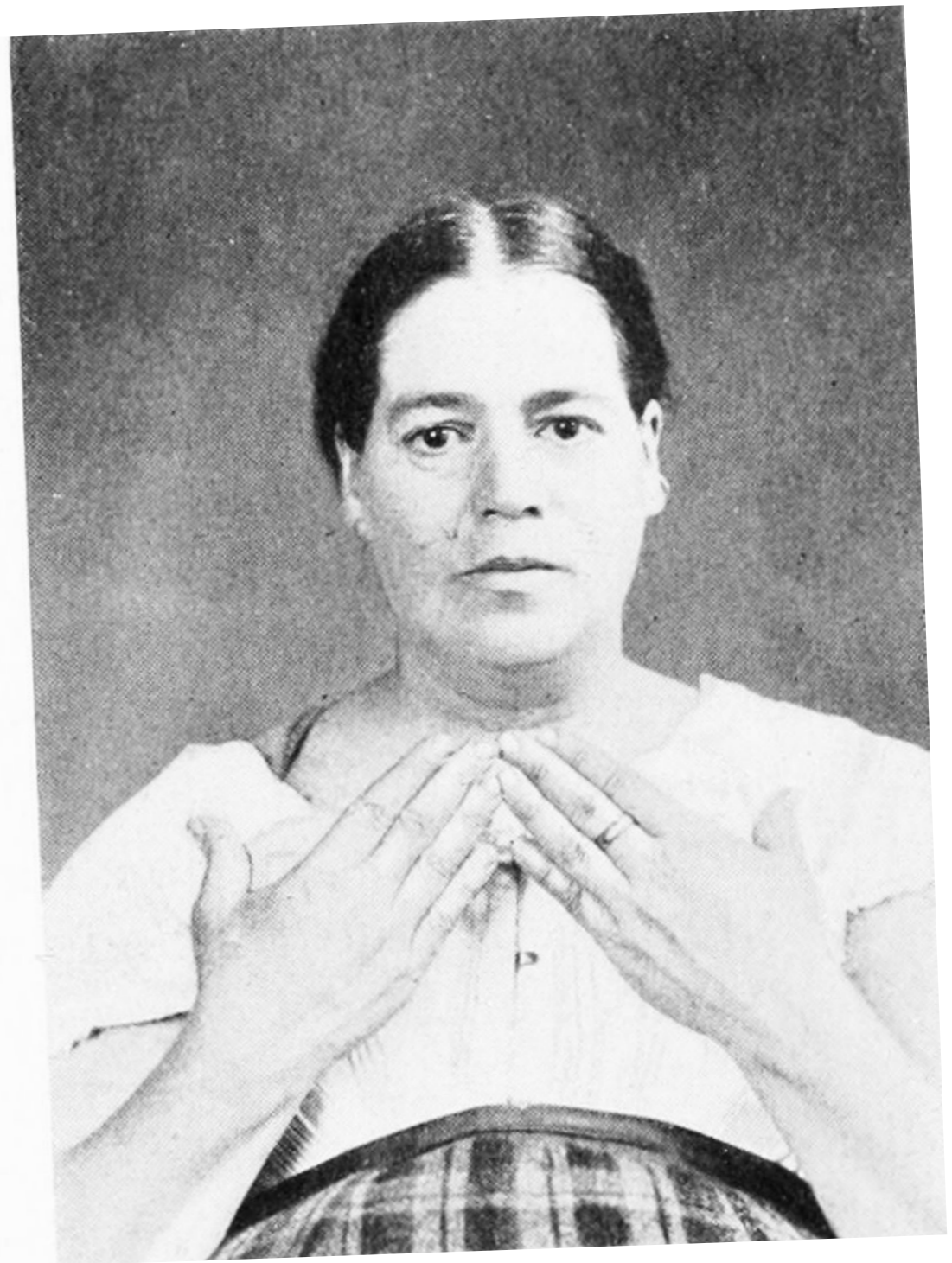
Гормонозамещающие препараты нормализуют уровень тиреоидных гормонов. Для того чтобы в короткие сроки улучшить самочувствие больных, повысить качество их жизни, проводится поддерживающее лечение. При комплексном подходе пациентам назначается:

- **Гормонозаместительная терапия.** Препараты тиреоидных гормонов – тироксина, трийодтиронина – широко применяются в эндокринологии для компенсации гипотиреотических состояний. Поскольку в большинстве случаев щитовидная железа утрачивает способность к самовосстановлению, терапия является пожизненной. Оценка эффективности проводится через 1-1,5 месяца после начала курса, затем – один раз в 6-12 месяцев.



- **Глюкокортикоидные препараты.** При претибиальной микседеме, наличии воспалительных и аутоиммунных процессов используются глюкокортикостероиды. Медикаменты этой группы оказывают противовоспалительное и иммунодепрессивное действие, подавляют активность аутоантител. Улучшение самочувствия отмечается уже с первых дней лечения.
- **Диета.** Всем больным показано питание с ограниченным содержанием соли и жиров. Это позволяет уменьшить отечность, нормализовать концентрацию холестерина и липопротеинов. В случаях, когда микседема спровоцирована йододефицитным гипотиреозом, составляется рацион с продуктами, богатыми йодом – морской капустой, морепродуктами, орехами. Дополнительно назначаются пищевые йодсодержащие добавки.

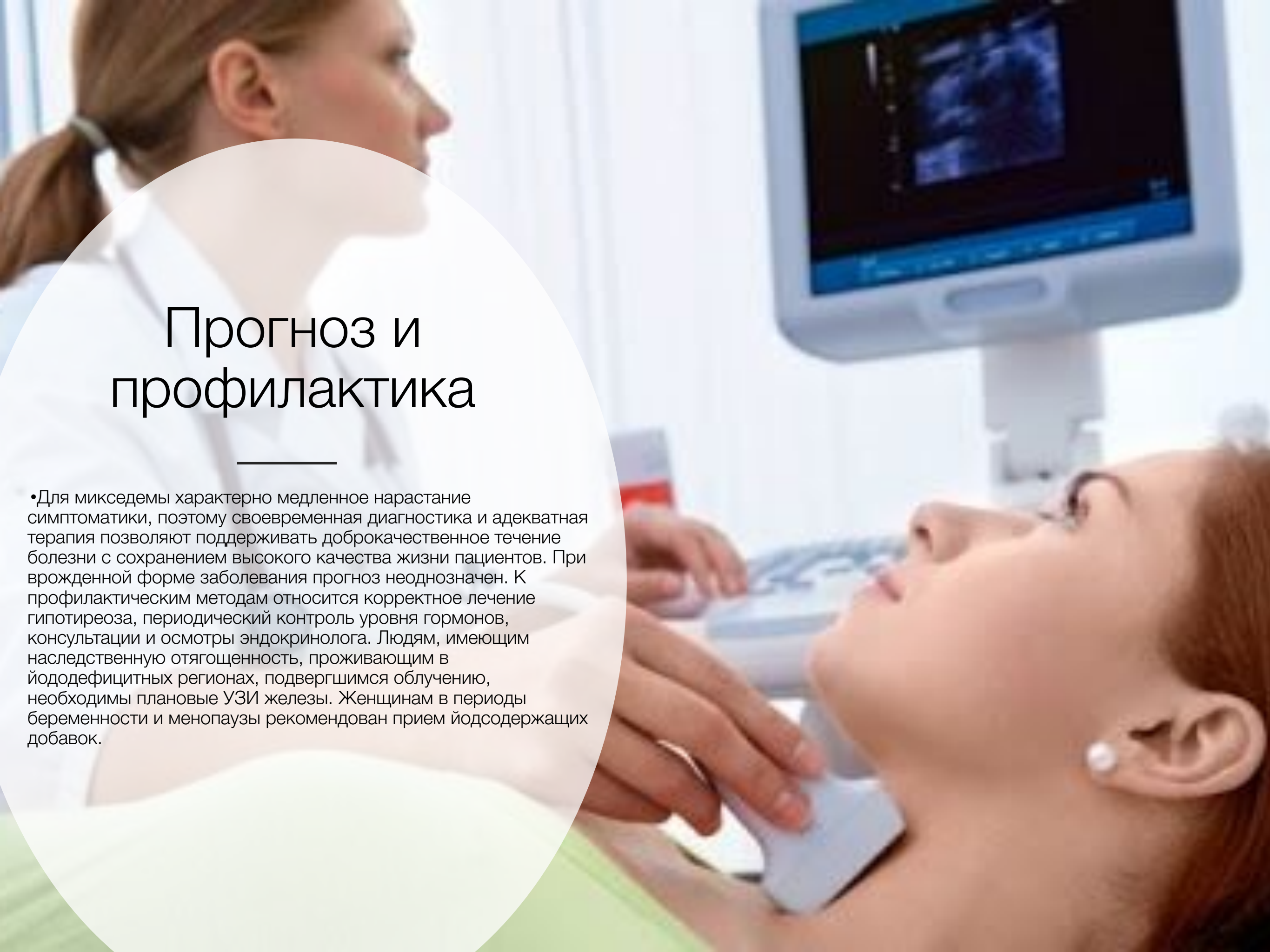




Осложнения

- Тяжелое течение микседемы способно привести к развитию микседематозной комы.
- В группе повышенного риска находятся старики и пожилые люди, пациенты с длительно текущим гипотиреозом, перенесшие острые инфекции, подвергшиеся переохлаждению или интоксикации.
- Коматозное состояние проявляется резкой гипотермией, замедлением дыхания и пульса, внезапной артериальной гипотонией, острой кишечной непроходимостью и задержкой мочи, помрачением сознания, сердечной недостаточностью.
- Смертельный исход наступает в 80% случаев.





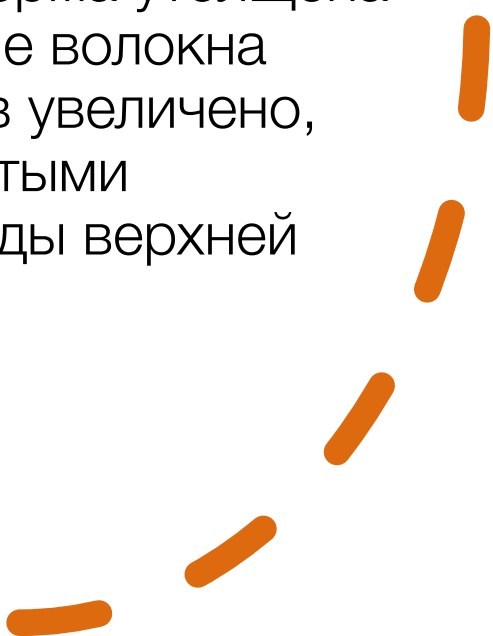
Прогноз и профилактика

•Для микседемы характерно медленное нарастание симптоматики, поэтому своевременная диагностика и адекватная терапия позволяют поддерживать доброкачественное течение болезни с сохранением высокого качества жизни пациентов. При врожденной форме заболевания прогноз неоднозначен. К профилактическим методам относится корректное лечение гипотиреоза, периодический контроль уровня гормонов, консультации и осмотры эндокринолога. Людям, имеющим наследственную отягощенность, проживающим в йододефицитных регионах, подвергшимся облучению, необходимы плановые УЗИ железы. Женщинам в периоды беременности и менопаузы рекомендован прием йодсодержащих добавок.

Клинический случай

- Больной В., 56 лет, обратился в клинику кожных и венерических болезней Саратовского государственного медицинского университета 26.04.08 с жалобами на наличие очагов на голених, зуд, чувство «покалывания» по утрам. Считает себя больным в течение 1—2 лет, когда впервые заметил высыпания на коже нижней трети голени. Высыпания возникли через 6 мес после операции на щитовидной железе. Обследовался у сосудистого хирурга — проводили дуплексное исследование сосудов нижних конечностей (патологии сосудов не выявлено). Самостоятельно лечился лиотон-гелем без эффекта.
- Объективно: патологический процесс на коже имеет ограниченный характер с локализацией на передней поверхности обеих голених, где имеются диффузные очаги с неправильной вытянутой формой с четкими границами розово-оранжево-бурого цвета с бугристой поверхностью. Кожа над очагами пористая. При пальпации определяется очаг неравномерной плотности (образованный за счет узловатых, полушаровидных элементов, сливающихся друг с другом;
- .Больной обследован. Клинический анализ крови: эритроциты — $4,64 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин — 160 г/л, лейкоциты — $7,8 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные — 4, сегментоядерные — 64, лимфоциты — 29, моноциты — 3, скорость оседания эритроцитов — 15 мм/ч. Общий анализ мочи в пределах нормы. Биохимический анализ крови без особенностей.



- 
- Ультразвуковое исследование щитовидной железы: оперированная щитовидная железа. Диффузные изменения структуры культи щитовидной железы.
 - Радиоиммунное определение уровня гормонов в сыворотке крови: тиреотропный гормон — 0,15 мкЕД/мл (норма 0,2 — 0,4 мкЕД/мл). Заключение эндокринолога: послеоперационный гипотиреоз, среднетяжелая форма. Рекомендован прием L-тироксина в дозе 100 мг с последующей коррекцией в зависимости от показателей гормонов щитовидной железы.
 - Ультразвуковое исследование кожи: диффузные изменения в дерме, в эпидермисе значительных изменений не обнаружено.
 - Гистологическое исследование кожи: дерма утолщена за счет скопления муцина, коллагеновые волокна разрыхлены. Количество фибробластов увеличено, некоторые из них представлены слизистыми клетками, окруженными муцином. Сосуды верхней части дермы расширены, вокруг них — лимфоцитарные инфильтраты.
- 

• Проводилась дифференциальная диагностика с несколькими заболеваниями.

- Для первичного амилоидоза кожи характерно наличие на разгибательной поверхности голени узелковых элементов округлой формы с несколько уплощенной блестящей поверхностью размером 2—4 мм, субъективно зуд. Расположенные плотно, они могут сливаться, образуя бляшки, на поверхности которых возникают бородавчатые разрастания.
- При слоновости наряду с утолщением голени и бородавчатыми разрастаниями наблюдаются чешуйки, корочки, лимфорея. Большинство больных слоновостью указывают на перенесенные ранее воспалительные процессы, возникающие нередко после травм, тромбофлебитов и др.
- При красном плоском гиперкератотическом лишае бородавчатые разрастания имеют характерную фиолетово-розовую окраску, на большинстве папулезных элементов имеется выраженный гиперкератоз, что нехарактерно для ПТМ [1].
- На основании полученных данных больному поставлен диагноз ПТМ. Назначено лечение — мазь клобетазола пропионата на очаги под окклюзионную повязку.
- В представленном случае ПТМ страдает мужчина, что является редкостью. Кроме того, первые жалобы появились лишь через 6 мес после операции на щитовидной железе. Заболевание не регрессирует, несмотря на медикаментозную коррекцию уровня тиреоидных гормонов.



Список литературы

- Претиббиальная микседема как дерматологический знак патологии щитовидной железы - журнал «Клиническая дерматология и венерология» , Авторы : С.Н.Щава, А.Ю.Родин, Г.В.Еремина, ссылка на статью:
- <https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2017/1/downloads/ru/1199728492017011020>
- Российская ассоциация эндокринологов, клинические рекомендации «Гипотериоз», год утверждения 2019
- Заболевания щитовидной железы, статья Елены Миронова



Спасибо за внимание!