

Заболевания щитовидной железы: часть 2 Гипотиреоз. Эндемический зоб.

Д.м.н., профессор Султаналиева Роза Бакаевна

Цель

Научиться диагностировать, проводить профилактику, лечение гипотиреоза и эндемического зоба на уровне первичного звена здравоохранения.

Задачи

В конце лекции вы сможете перечислить:

- Причины развития, клинические проявления синдрома гипотиреоза.
- Методы диагностики, современные подходы к лечению синдрома гипотиреоза.
- Причины развития, клинические проявления эндемического зоба.
- Методы диагностики, профилактики и лечение эндемического зоба.

Клиническая ситуация:

Женщина, 30 лет, обратилась к эндокринологу с жалобами на снижение работоспособности, сонливость, умеренную слабость, снижение памяти, запоры. В последнее время, стала отмечать поредение и потускнение волос, снижение настроения. Из анамнеза известно, что женщина наблюдается у гинеколога по поводу первичного бесплодия, муж обследован, здоров. Кроме того, пациентка неоднократно обращалась к ЛОР-врачу с жалобами на появление охриплости голоса. При объективном осмотре обращает на себя внимание сухость и бледность кожных покровов, отечность лица, обеднение мимики. На вопросы врача отвечает медленно, односложно. Рост-165 см, вес – 80 кг. При аускультации сердца тоны приглушены. Границы сердца в пределах нормы. Пульс – 50 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-110/70 мм рт.ст. При пальпации ЩЖ увеличена в размере, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. По результатам УЗИ отмечается диффузное снижение эхогенности ткани железы. Размеры железы: перешеек – 0,4 см; правая доля – 2,7-2,5-3 см; левая доля – 3,2-2,8-2,8 см. В гормональном исследовании крови- ТТГ – 10 мМЕ/л (0,4-4); Т4св.–8 пмоль/л (10,5-22), пролактин – 950 мЕд/л (40-600); АТ к ТПО – 1292 Ед/мл (0-30); АТ к ТГ – 87 Ед/мл (0-65).

Вопросы: *Сформулируйте диагностическую концепцию. Какова причина заболевания? Рассчитайте объем щитовидной железы по данным УЗИ. Какое лечение необходимо назначить женщине? Напишите ваши ответы в чате, в конце лекции мы разберем с вами данный случай*

Определение:

- **клинический синдром, обусловленный длительным стойким дефицитом гормонов щитовидной железы (Т3 и Т4) в организме.**

Эпидемиология:

- **Манифестный гипотиреоз**
- **Субклинический гипотиреоз – 7-10% (среди женщин) и 2-3% (среди мужчин)**

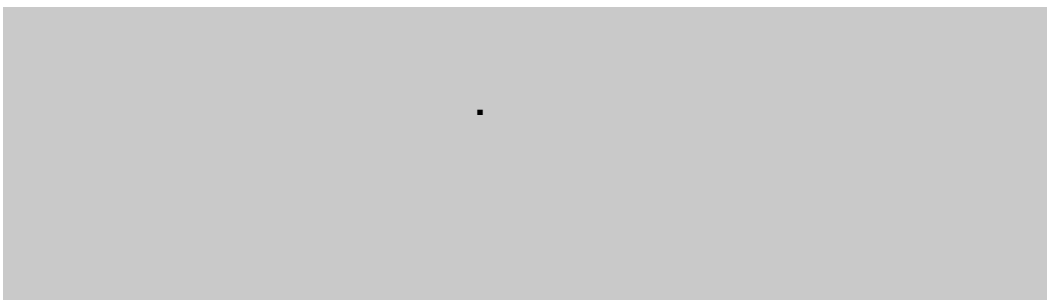
Классификация и этиология

Врожденный гипотиреоз

- заболевание щитовидной железы (ЩЖ) у детей, обусловленное частичным или полным дефицитом тиреоидных гормонов
- ВГ - приводит к умственному отставанию, задержке физического и психомоторного развития ребенка.

Клинические проявления:

- Симптомы гипотиреоза многолики
- Отдельно взятые симптомы неспецифичны



Методы обследования при гипотиреозе

- Основные
 - Клинический метод (анамнез, физикальное обследование, осмотр и пальпация шеи)

Определение базального уровня ТТГ

Определение свободного Т4

Лабораторная диагностика

Первичный гипотиреоз

- Повышение ТТГ, снижение уровней свободного Т4, Т3;
- Ат к ТПО при АИТ повышен

Центральный (вторичный и третичный гипотиреоз)

- Снижение ТТГ, снижение уровней свободного Т4, Т3;

Лечение манифестного гипотиреоза

- При отсутствии патологии со стороны ССС:
 - L -тироксин 1,6-1,8 мкг/кг/сут;
- У пожилых пациентов с сопутствующей ССЗ:
 - начинать терапию с 25 мкг/сут, титруют каждые 2-4 недели, увеличивают на 25 мкг до полной заместительной дозы.

Цель: поддержание уровня ТТГ 0,5 – 1,5 мМЕ/л
(граница нормы – 0,42 - 4, 12 мМЕ/л)

- Исследование ТТГ проводят ч/з 4-8 недель после изменения дозы
- После того, как адекватная доза L-тироксина была подобрана, исследование ТТГ следует проводить через 6, 12 месяцев
- L-тироксин следует назначать в утренние часы за 30-60 минут до завтрака или на ночь через 4 часа после последнего приема пищи, запивая водой

Эндемический зоб

- Увеличение щитовидной железы, связанное с дефицитом йода в среде обитания
- Хронический дефицит йода приводит к разрастанию ткани железы и изменению её функциональных возможностей.

***Для чего нужен йод?
Роль гормонов щитовидной
железы?***

Физиологические эффекты тиреоидных гормонов	
	()
	B12

ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЙДЗ)

все патологические состояния,
развивающиеся в популяции в
результате йодного дефицита,
которые могут быть
предотвращены при
нормальном потреблении йода

**все патологические состояния,
развивающиеся в популяции в
результате йодного дефицита,
которые могут быть
предотвращены при
нормальном потреблении йода**

(йододефицитный зоб,
диффузный эутиреоидный зоб)

–

Диффузный эутиреоидный зоб (ДЭЗ)

- **ДЭЗ** - патология молодых людей
 - в 50% случаев развивается до 20 лет
 - В 20% случаев до 30 лет
- **ДЭЗ** - в 2-3 раза чаще развивается у **женщин** в периоды повышенной потребности в йоде: половое развитие, беременность, кормление грудью)

Диффузный эутиреоидный зоб (ДЭЗ)

Клинические симптомы

- **При небольшом зобе**
отсутствуют!!!
- **При большом зобе**
 - Чувство сдавления в области шеи
 - Дискомфорт при плотном воротничке
 - Трудности глотания
 - Экспираторная одышка
 - Сухой кашель

Беременность и йододефицит

Беременность является мощным фактором, potenziрующим влияние дефицита йода на организм как матери, так и плода

Восполнение дефицита йода начиная с ранних сроков беременности ведет к коррекции указанных расстройств и практически полному предупреждению формирования зоба как у матери, так и у плода

Лечение

- Тактика лечения ЭЗ во многом зависит от степени увеличения ЩЖи состояния функции железы. При небольшом увеличении размеров железы обычно ограничиваются назначением йодида калия в профилактических дозах.
- При наличии снижения функции ЩЖ назначаются синтетические аналоги тироидных гормонов (Левотироксин) под контролем содержания гормонов ЩЖ в крови. Если форма зоба узловая, узлы большие или быстрорастущие, приводящие к сдавлению окружающих органов, проводится хирургическое лечение зоба.

Влияние профилактики йододефицитных заболеваний на социальное и экономическое развитие

Интеллектуально и физически здоровая нация



Эффективное экономическое и социальное развитие страны

Клиническая ситуация:

Женщина, 30 лет, обратилась к эндокринологу с жалобами на снижение работоспособности, сонливость, умеренную слабость, снижение памяти, запоры. В последнее время, стала отмечать поредение и потускнение волос, снижение настроения. Из анамнеза известно, что женщина наблюдается у гинеколога по поводу первичного бесплодия, муж обследован, здоров. Кроме того, пациентка неоднократно обращалась к ЛОР-врачу с жалобами на появление охриплости голоса. При объективном осмотре обращает на себя внимание сухость и бледность кожных покровов, отечность лица, обеднение мимики. На вопросы врача отвечает медленно, односложно. Рост-165 см, вес – 80 кг. При аускультации сердца тоны приглушены. Границы сердца в пределах нормы. Пульс – 50 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-110/70 мм рт.ст. При пальпации ЩЖ увеличена в размере, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. По результатам УЗИ отмечается диффузное снижение эхогенности ткани железы. Размеры железы: перешеек – 0,4 см; правая доля – 2,7-2,5-3 см; левая доля – 3,2-2,8-2,8 см. В гормональном исследовании крови- ТТГ – 10 мМЕ/л (0,4-4); Т4св.-8 пмоль/л (10,5-22), пролактин – 950 мЕд/л (40-600); АТ к ТПО – 1292 Ед/мл (0-30); АТ к ТГ – 87 Ед/мл (0-65).

Ваша диагностическая концепция? Какова причина заболевания? Рассчитайте объем щитовидной железы по данным УЗИ. Какое лечение необходимо назначить женщине?

Благодарю за внимание!