

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ДИФФУЗНЫЙ И УЗЛОВОЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ. ГИПОТИРЕОЗ

Гормоны щитовидной железы:

-Т3 – трийодтиронин (активный гормон, реализующий свой эффект в периферических тканях)

-Т4 – тироксин (проактивный гормон, который в тканях конвертируется в активный Т3)

Тиреотоксикоз - синдром, обусловленный избытком тиреоидных гормонов (Т3, Т4) в крови, вследствие их токсического влияния на органы и ткани. (Гипертиреоз — состояние гиперфункции щитовидной железы (может быть физиологическим)).

ПРИЧИНЫ:

- Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса - Базедова);
- Узловой токсический зоб;
- токсическая аденома;
- ТТГ-секретирующая аденома гипофиза;
- амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз
- подострый тиреоидит;
- хронический аутоиммунный тиреоидит в тиреотоксической фазе;
- ятрогенный тиреотоксикоз на фоне терапии α -интерфероном, ИЛ-2 и препаратами лития;
- приём тиреоидных гормонов;
- продуцирующие тиреоидные гормоны метастазы рака щитовидной железы; рака яичников
- хориокарцинома

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (триада: зоб, экзофтальм, тахикардия)

-Общие симптомы: похудание, потливость, субфебрилитет, слабость, жажда

-Кожа: влажная, горячая, гиперпигментация век, складок, гениталий, претибиальная дермопатия, витилиго, раннее поседение

-Мышцы: тремор, атрофия

-Кости: остеопороз

-ЦНС: плаксивость, раздражительность, нарушение сна

-ЖКТ: повышенный аппетит, склонность к диарее

-ССС: тахикардия, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, одышка, АГ

-Гонады: аменорея, импотенция, гинекомастия

При большом зобе со сдавлением – охриплость, дисфагия

Тиреотоксический криз — бурное обострение признаков гипертиреоза в сочетании с симптоматикой острой надпочечниковой недостаточности. Характеризуется подъёмом температуры тела до 40С, выраженным возбуждением больных, гипергидрозом, физической и мышечной слабостью, тахикардией; на фоне тошноты возможно развитие рвоты и диареи.

Объективные симптомы:

- Пальпируется увеличенная щитовидная железа, или узлы
- Глазные симптомы: экзофтальм, блеск склер, напряженный взгляд, симптом Грефе (отставание верхнего века при взгляде вниз), Штельвага (редкое мигание), Розенбаха (тремор век), Стасинского (инъекция склер), Мебиуса (нарушение конвергенции)
- Сосудистый шум при аускультации над зобом
- Симптом «телеграфного столба»

ДИАГНОСТИКА

- 1.Тиреоидный статус: повышение Т3, Т4, снижение ТТГ менее 0,1
- 2.Антитела к тиреопероксидазе, рецепторам ТГ, тиреоглобулину (при аутоиммунном тиреоидите, ДТЗ)
- 3.Биохимический анализ крови (гипохолестеринемия, гипергликемия, дисэлектролитемия)
- 4.УЗИ щитовидной железы
- 5.Сцинтиграфия щитовидной железы с радиоактивным йодом¹³¹
- 6.При наличии узла более 1 см – тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) щитовидной железы
- 7.Онкомаркер на медуллярную карциному щитовидной железы – определение свободного кальцитонина (1 раз в год при узловом зобе)
- 8.Хорионический гонадотропин сыворотки крови (ТТГ-подобное действие) для диагностики хориокарциномы и некоторых других тестикулярных опухолей, которые могут маскироваться под тиреотоксикоз.

ДИФФЕРЕНЦИЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Болезнь Грейвса. Диффузные изменения на сцинтиграмме, повышенный уровень АТ к тиреопероксидазе, наличие эндокринной офтальмопатии и претибиальной микседемы.

Многоузловой токсический зоб. Гетерогенность сцинтиграфической картины.

Автономные «горячие» узлы. «Горячий» очаг на сканограмме.

Подострый тиреоидит. Щитовидная железа не визуализируется на сканограмме, повышенные уровни СОЭ и тиреоглобулина, болевой синдром.

Ятрогенный тиреотоксикоз. Приём α -интерферона, ИЛ, препаратов лития или ЛС, содержащих большое количество йода.

Struma ovarii — повышенный захват радиофармпрепарата в области малого таза при сканировании всего тела

ТТГ-продуцирующая аденома гипофиза. Увеличение уровня ТТГ, α -субъединицы ТТГ, отсутствие реакции ТТГ на стимуляцию тиролиберинном.

Хориокарцинома: сильное повышение уровня хорионического гонадотропина человека.

ЛЕЧЕНИЕ

Общие рекомендации:

-ограничить поступление в организм йода с контрастными веществами при КТ, пиелографии и т.д.,

-исключить кофеин, курение, физические нагрузки.

1. Тиреостатики:

-мерказолил (тиамазол, тирозол) 20-30 мг/сут. 1 месяц, с постепенным снижением дозы до 10 мг/сут., до 1-2 лет

-пропилтиоурацил

2. Радиоактивный йод – при болезни Грейвса, при рецидиве, токсической аденоме

3. Хирургическое лечение (тиреоидэктомия, субтотальная резекция) – при большом или многоузловом зобе, токсической аденоме, рецидиве, быстром росте узлов (более 5 мм/6 мес.), непереносимости тиреостатиков.

4. Симптоматическое лечение: бета-адреноблокаторы, препараты кальция

При тиреотоксикозе с пониженным захватом йода (деструктивные формы: подострый тиреоидит) – противовоспалительная терапия (НПВС, ГКС).

Гипотиреоз – синдром, обусловленный дефицитом тиреоидных гормонов.

ПРИЧИНЫ:

- Первичный гипотиреоз (поражение щитовидной железы) в 95% случаев -хронический аутоиммунный тиреоидит (2 вида: гипертрофический с зобом- тиреоидит Хашимото; атрофический с уменьшением объема ЩЖ)
 - струмаэктомия
 - эндемичный зоб (дефицит йода в пище, менее 25 мкг/сут.)
 - пострадиационный, радиоiodтерапия
 - медикаментозный (тиреостатики, препараты лития)
 - вирусное поражение щитовидной железы
- Вторичный (поражение гипофиза)
 - опухоль

- облучение
- гипопитуитаризм
- Третичный (гипоталамический дефицит тирео-релизинг-гормона)
- Периферический (резистентность тканей к Т3, Т4)

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

-Общие симптомы: увеличение массы тела, зябкость, гипотермия, слабость, плотные отеки (микседема – накопление во внесосудистом пространстве гликозаминогликанов-продуктов распада белка), грубый глухой голос (отек голосовых связок), одутловатое лицо, периорбитальный отек, полисерозит.

-Кожа: сухая, шелушащаяся, холодная, гиперкератоз, плохое заживление ран, сухие ломкие волосы, «симптом королевы Анны» - выпадение волос с наружных краев лба и бровей.

-ЦНС: заторможенность, сонливость, замедленная речь, когнитивные нарушения, моно- полинейропатия в тяжелых случаях - кретинизм

-ЖКТ: пониженный аппетит, склонность к запорам

-ССС: брадикардия, гипотония, выпот в перикарде, кардиомегалия

-Репродуктивная система: олигоменорея и меноррагии, гиперпролактинемия с галактореей и аменореей, бесплодие

-Анемия (железодефицитная, В12-дефицитная) часто стойкая, плохо коррегируемая

-Гиперпролактинемия – галакторея, гипогонадизм

-Гипотиреоидная кома – резкое угнетение коры надпочечников, тканевого дыхания, гиперволемиа, гиповентиляция, гипотермия менее 33С, брадикардия, гипотония. Может развиваться при отмене тироксина, переохлаждении, инфекции, операции. Летальность до 80%.

Субклинический гипотиреоз – повышение ТТГ при нормальных значениях свободного Т4. Обычно не имеет явных клинических проявлений.

Манифестный гипотиреоз – повышение ТТГ и снижение Т4, Т3. Имеются характерные симптомы гипотиреоза.

Осложненный гипотиреоз – развернутая клиническая картина, с осложнениями – СН, полисерозит, кретинизм, гипотиреоидная кома

ДИАГНОСТИКА

1. Тиреоидный статус:

-повышение ТТГ,

-снижение Т4, Т3 (Т3 долгое время сохраняется нормальным, за счет конверсии Т4 в Т3. Низкий уровень Т3 указывает на длительный, тяжелый гипотиреоз),

-проба с тиреолиберином для дифференциации первичного и вторичного гипотиреоза.

-иногда снижение пролактина (вследствие гиперсекреции тиреотропин-релизинг гормона)

2.Клинический анализ крови (часто – микроцитарная гипохромная, макроцитарная или нормоцитарная анемия)

3.Биохимический анализ крови (гиперхолестеринемия, гипогликемия, повышение мочевины, КФК, миоглобина, гомоцистеина, иногда – трансаминаз, возможна гипонатриемия)

3.Иммунологический анализ (антитела к тиреоглобулину и тиреопероксидазе, к рецептору ТТГ)

4.УЗИ щитовидной железы

5.ЭКГ (брадикардия, низкий вольтаж, отрицательный Т, нарушение внутрижелудочковой проводимости)

ЛЕЧЕНИЕ

1.Заместительная терапия в дозе 1,6-1,8 мкг/кг/сут. - для молодых лиц; 1,5-1,6 мкг/кг/сут. – для пожилых. При субклиническом гипотиреозе – 0,9 мкг/кг/сут. Начинают с 25 мкг утром натощак, затем повышают дозу каждые 6-8 недель до нормализации ТТГ (L-тироксин, левотироксин – Т4, лиотиронин – Т3, тиреотом=Т3+Т4).

Показания:

- манифестный гипотиреоз,
- повышение ТТГ более 10 мЕд/л (независимо от уровня Т4),
- повышение ТТГ 5-10 и высоком титре Ат к ТПО (1:6000),
- беременные с субклиническим и манифестным гипотиреозом
- молодые лица с субклиническим гипотиреозом, с уровнем ТТГ более 7, наличием антител к ТПО, выраженной ДЛП.

При гипотиреоидной коме – тироксин 250 мкг в/в каждые 6 часов, затем перорально 50-150 мкг/сут., преднизолон 30 мг, инфузионная терапия