

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

Рецензия профессора, д.м.н. проф. кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО Первой Ольги Владимировны на реферат ординатора первого года обучения специальности Хирургия Пировой Алены Шералиевны по теме: Диффузно-токсический зоб

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Хирургия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная /отрицательная

Комментарии рецензента: замечаний нет

Дата: 27.09.18

Подпись рецензента: 

Подпись ординатора: 

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

РЕФЕРАТ

Тема: Диффузный токсический зоб

Выполнила: ординатор 2 года

Пирова Алена Шералиевна

Проверила: ДМН, профессор

Первова Ольга Владимировна

Красноярск, 2019 год

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ	5
ПАТАЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА.....	5
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	6
ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ.....	10
ЛЕЧЕНИЕ	12
ЛИТЕРАТУРА	14

ВВЕДЕНИЕ

Диффузный токсический зоб (базедова болезнь, morbus Basedovi) представляет собой диффузное увеличение щитовидной железы, сопровождающееся повышенной секрецией тиреоидных гормонов. Диффузный токсический зоб встречается у 0,2-0,5% населения, в основном у лиц в возрасте 20-50 лет, причем у женщин в несколько раз, чаще чем у мужчин.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

По современным представлениям, ДТЗ относится к аутоиммунным заболеваниям. Полагают, что из-за дефицита Т-супрессоров иммунокомпетентные Т-лимфоциты, реагируя с антигенами щитовидной железы, стимулируют выработку В-лимфоцитами аутоантител при других аутоиммунных заболеваниях оказывают не блокирующее, а стимулирующее действие (тиреостимулирующие антитела). Взаимодействуя с рецепторами фолликулярного эпителия щитовидной железы, тиреостимулирующие антитела способствуют увеличению выработки тиреоидных гормонов.

В развитии иммунных нарушений при ДТЗ большое значение имеют генетически обусловленные механизмы. Наследственная предрасположенность к данному заболеванию выявляется более чем у 30% больных ДТЗ. У пациентов, страдающих этим заболеванием, и их ближайших родственников чаще, чем у здоровых лиц, обнаруживаются антигены гистосовместимости HLA-B8, наличие которых значительно повышает риск возникновения заболевания.

Другие факторы, которым прежде придавалось решающее значение в развитии ДТЗ (психические травмы, острые и хронические инфекции, заболевания гипоталамо-гипофизарной системы и др.), играют, как считают, лишь вспомогательную (провоцирующую) роль в возникновении данного заболевания.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Отмечаются диффузное увеличение и повышение васкуляризации щитовидной железы. Гистологически обнаруживаются усиление

пролиферации тиреоидного эпителия с образованием сосочковых выростов в фолликулах, образование новых мелких фолликулов, лимфоидная инфильтрация стромы. Наблюдается перестройка однослойного кубического эпителия фолликул в цилиндрический или многослойный плоский.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Действие избыточного количества тиреоидных гормонов на различные органы и системы определяет многообразие клинических симптомов заболевания. Больные жалуются на повышенную возбудимость, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, быструю утомляемость, повышенную потливость и плохую переносимость жаркой погоды, субфебрильную температуру, дрожание конечностей, учащенное сердцебиение, неустойчивый стул с склонностью к поносам, чувство давления и неловкости в области шеи, похудание, снижение работоспособности.

При *осмотре* обращают на себя внимание многословие и суетливость больных, которые делают множество быстрых ненужных движений.

Кожные покровы влажные, горячие на ощупь. Вследствие высокой эластичности кожных покровов и позднего образования морщин больные нередко выглядят моложе своих лет. Отмечается слабое развитие подкожного жирового слоя. При прогрессирующем похудании уменьшается и масса мышечной ткани. У некоторых больных обнаруживаются признаки *предибиальной микседемы*, обусловленной аутоиммунными механизмами и проявляющейся изменением кожных покровов передней поверхности голени, которые становятся плотными, отечными и приобретают багровую окраску.

Важным симптомом ДТЗ является *увеличение щитовидной железы (зоб)*, которое обычно бывает равномерным (диффузным), причем при пальпации определяется мягкая консистенция щитовидной железы. Принято выделять 5 степеней увеличения щитовидной железы: I - прощупывается перешеек щитовидной железы; II - хорошо пальпируются боковые доли, а сама железа становится заметной при глотании; III - увеличение щитовидной железы отчетливо видно при осмотре ("толстая шея"); IV - выраженный зоб, приводящий к изменению конфигурации шеи; V - зоб огромных размеров. При оценке той или иной степени увеличения щитовидной железы следует все же иметь в виду, что она не всегда коррелирует с тяжестью течения заболевания.

У больных с ДТЗ часто обнаруживают характерные *глазные симптомы*: повышенный блеск глаз, расширение глазной щели с обнажением полоски склеры над радужной оболочкой (симптом Дальримпля), редкое мигание (симптом Штельвага), ослабление конвергенции (симптом Мебиуса), гиперпигментация кожи век (симптом Еллинека). При движении глазного яблока вниз может появляться полоска склеры между верхним веком и радужной оболочкой (симптом Грефе). Такая же полоска склеры между верхним веком и радужной оболочкой появляется и при движении глазного яблока вверх (симптом Кохера). Многие из названных глазных симптомов обусловлены изменением тонуса глазодвигательных мышц, иннервирующихся симпатической нервной системой.

Более серьезным поражением глаз при диффузном токсическом зобе является *офтальмопатия*, которая возникает в результате аутоиммунных процессов и проявляется *экзофтальмом*, отеком век, слезотечением. В тяжелых случаях могут развиваться кератит, язвы роговицы, ее помутнение и другие изменения, приводящие к резким нарушениям зрения.

При ДТЗ часто отмечаются изменения деятельности *сердечно - сосудистой системы*. Типичным симптомом заболевания является тахикардия, при этом частота пульса, составляющая у больных в покое 90-120 в минуту, может достигать при волнении и физической нагрузке 140-160 и более. В качестве характерной особенности тахикардии при ДТЗ следует отметить то, что она плохо поддается лечению сердечными гликозидами.

У больных повышается систолическое и понижается диастолическое артериальное давление, что приводит к увеличению пульсового давления. В результате токсического действия тиреоидных гормонов на миокард и развития *тиреотоксической кардиомиопатии* нередко возникают экстрасистолия, пароксизмы мерцательной аритмии, появляются признаки сердечной недостаточности. На ЭКГ обнаруживают увеличенную амплитуду зубцов R, P и T, иногда укорочение интервала P-Q, при прогрессировании заболевания - депрессию интервала S-T, появление отрицательного зубца T.

При обследовании больных можно выслушать хлопающий I тон, а также систолический шум на верхушке сердца и над легочной артерией, связанный с нарушением функции папиллярных мышц и ускорением кровотока. На основании указанных симптомов некоторым больным с диффузным токсическим зобом ошибочно ставят диагноз порока сердца.

У больных с ДТЗ часто выявляется *патология ЖКТ*. Отмечаются повышение аппетита, рвота, приступы спастических болей в животе и поносы, связанные с усилением моторики кишечника. Избыток тиреоидных гормонов приводит к поражению печени с развитием тиреотоксического гепатита, а иногда и цирроза печени. При исследовании *нервной системы*, помимо описанных симптомов, выявляются дрожание всего тела (симптом "телеграфного столба"), языка, век, мелкий тремор пальцев вытянутых рук (симптом Мари). У

больных ДТЗ часто выявляются и другие *эндокринные расстройства*: нарушения функции половых желез (изменения менструального цикла, самопроизвольные выкидыши и бесплодие), явления гипокортицизма, нарушения углеводного обмена. Изменения в анализах крови при ДТЗ не являются специфичными. Могут обнаруживаться гипохромная анемия, лейкопения с относительным лимфоцитозом, увеличение СОЭ, гипохолестеринемия, гипергликемия. Диагноз ДТЗ подтверждается при обнаружении повышенного содержания белково-связанного йода в крови, высоких показателей поглощения ^{131}I щитовидной железой, трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4), увеличения показателей основного обмена.

ТЕЧЕНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ

По тяжести течения выделяют легкую, среднетяжелую и тяжелую формы заболевания. При легкой форме частота пульса остается менее 100 в минуту, потеря массы тела не более 3-5 кг, показатели основного обмена превышают нормальные не более чем на 30%. При ДТЗ средней степени тяжести частота пульса возрастает до 100-120 в минуту, потеря массы тела составляет 6-10 кг, а основной обмен повышается на 30-60% по отношению к должному. Тяжелая форма заболевания характеризуется прогрессирующим похуданием с развитием кахексии, выраженной тахикардией (свыше 120 в минуту), увеличением показателей основного обмена более чем на 60% по сравнению с нормой. Могут присоединяться мерцательная аритмия, явления сердечной и надпочечниковой недостаточности, признаки поражения печени.

Наиболее тяжелым осложнением ДТЗ, угрожающим жизни больного, является *тиреотоксический криз*. Его развитию способствуют стрессовые ситуации, оперативные вмешательства, инфекции. Тиреотоксический криз характеризуется быстрым поступлением в кровь большого количества тиреоидных гормонов и клинически проявляется резким усилением симптомов тиреотоксикоза. У больных повышается температура тела (до 38-40С), отмечается психическое возбуждение, возникает выраженная тахикардия (пульс до 150 ударов в минуту и более), нередко с пароксизмами мерцательной аритмии; наблюдаются сильные боли в животе, понос, иногда желтуха. В тяжелых случаях развиваются явления острой сердечно-сосудистой, печеночной и надпочечниковой недостаточности.

Прогноз при ДТЗ зависит от стадии течения болезни. В случае своевременного выявления и адекватного лечения прогноз остается достаточно благоприятным, возможно даже практическое выздоровление

больных. Прогноз заболевания ухудшается при присоединении явлений сердечной и надпочечниковой недостаточности, признаков выраженного поражения печени.

ЛЕЧЕНИЕ

Больным, страдающим диффузным токсическим зобом, назначают препараты тироурацила (метилтиоурацил) и имидазола (мерказолил), блокирующее образование тиреоидных гормонов. По показаниям применяются также препараты йода, в-адреноблокаторы (анаприлин, обзидан), перхлорат калия, препараты лития. Радиойодтерапия (РЙТ) — это один из современных методов лечения диффузного токсического зоба и других заболеваний щитовидной железы. В ходе лечения радиоактивный йод (изотоп I-131) вводится в организм в виде желатиновых капсул перорально (в редких случаях используется жидкий раствор I-131, более часто в России). Радиоактивный йод, накапливающийся в клетках щитовидной железы, подвергается бета- и гамма-излучению всю железу. При этом уничтожаются клетки железы и опухолевые клетки, распространившиеся за её пределы. Проведение радиойодтерапии подразумевает обязательную госпитализацию в специализированное отделение. При тяжелых формах тиреотоксикоза, отсутствии эффекта консервативной терапии формах тиреотоксикоза, отсутствии эффекта консервативной терапии и больших размерах зоба прибегают к хирургическому лечению (субтотальная резекция щитовидной железы). Абсолютными показаниями для оперативного лечения служат аллергические реакции или стойкое снижение лейкоцитов, отмечаемые при консервативном лечении, большие размеры зоба (увеличение щитовидной железы выше III степени), нарушения ритма сердечных сокращений по типу мерцательной аритмии с симптомами сердечно-сосудистой недостаточности, выраженный зобогенный эффект мерказолила.

Операция проводится только при достижении состояния медикаментозной компенсации, так как в противном случае в раннем послеоперационном периоде может развиваться тиреотоксический криз.

Для лечения тиреотоксического криза используют высокие дозы тиреостатических препаратов, глюкокортикостероидные гормоны, седативные средства, барбитураты.

Литература

1. Петунина Н.А. Диффузный токсический зоб (Болезнь ГрейвсаБазедова). В кн. Избранные лекции по эндокринологии. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2019. С. 255–282. 3.
2. Трошина Е.А., Юкина М.Ю., Огнева Н.А., Мазурина Н.В. Нарушение функции щитовидной железы и сердечно-сосудистая система// Клиническая и экспериментальная тиреодология. 2017. Т. 6, № 1. С. 12–19. 4.
3. Фархутдинова Л.М. Диффузный токсический зоб. Уфа: Гилем, 2017. 140
4. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 752 с.
5. Кеннеди Л., Басу А. Диагностика и лечение в эндокринологии. Проблемный подход. Пер. с англ. под ред. В.В. Фадеева. М. : ГЭОТАР–Медиа, 2018. 204 с.