

**Клиническая и  
лабораторно-  
инструментальная  
диагностика диффузного  
токсического зоба.**

---

**Тиреотоксический криз.**

## Диффузный токсический зоб (ДТЗ)

ДТЗ – представляет собой диффузное увеличение щитовидной железы, сопровождающееся повышенной секрецией тиреоидных гормонов.

ДТЗ – аутоиммунное заболевание, характеризующееся стойким патологическим повышением продукции тиреоидных гормонов диффузно увеличенной щитовидной железой. В основе патогенеза болезни лежит выработка специфических тиреоид-стимулирующих антител. Избыток тиреоидных гормонов в крови приводит к нарушению состояния различных органов и систем и развитию клинических проявлений синдрома тиреотоксикоза.

## Основные звенья этиопатогенеза:

1. Патология иммунной системы  
(дефицит Т-супрессоров)
2. Наследственная предрасположенность  
(антигены HLA-B8)
3. Провоцирующие факторы:
  - психические травмы,
  - острые и хронические инфекции,
  - заболевания гипоталамо-гипофизарной системы.

# 1. Поражение сердечно-сосудистой системы

## 1.1 Нарушения сердечного ритма:

- 1) Постоянная синусовая тахикардия.
- 2) Постоянная мерцательная тахикардия.
- 3) Пароксизмы мерц. тахиаритмии на фоне син. тахикардии
- 4) Пароксизмы мерц. тахиар. на фоне норм. син. ритма, возможна экстрасистолия.

## 1.2 Высокое пульсовое давление

## 1.3 НК вследствие развития дисгармональной миокардиодистрофии.

## 2. Поражение периферической и центральной нервной системы.

- 1) Повышенная возбудимость и быстрая утомляемость.
- 2) Плаксивость.
- 3) Расстройство сна.
- 4) Тремор тела (синдром «телеграфного столба») и особенно пальцев рук (синдром Мари).
- 5) Повышенная потливость.
- 6) Стойкий красный дермографизм.
- 7) Повышение сухожильных рефлексов.
- 8) Глазные симптомы тиреотоксикоза (Грефе, Кохера, Дальримпля, Мебиуса, Жофруа и т.д.).

### 3. Синдром катаболических нарушений

- 1) Похудание на фоне повышенного аппетита.
- 2) Субфебрильная температура тела.
- 3) Мышечная слабость.
- 4) Тиреогенный остеопороз.

### 4. Синдром эктодермальных нарушений.

- 1) Расслаивание и повышенная ломкость ногтей (ноготь Пламмера).
- 2) Ломкость и выпадение волос.

### 5. Поражение желудочно-кишечного тракта.

- 1) Неустойчивый частый стул (гипердефекация).
- 2) Нарушение функции печени вплоть до гепатита.

## 6. Поражение других желез внутренней секреции:

6.1. Развитие недостаточности надпочечников.

6.2. Дисфункция яичников.

- Нарушение менструального цикла вплоть до аменореи.
- Невынашивание беременности.

6.3. Поражение молочных и грудных желез.

- Фиброзно-кистозная мастопатия.
- Гинекомастия у мужчин.

6.4. Нарушение толерантности к углеводам, развитие сахарного диабета.

## Глазные симптомы.

1. **Симптом Грефе** - отставание верхнего века от радужной оболочки при фиксации зрением медленно перемещающегося вниз предмета, в связи с чем между верхним веком и радужной оболочкой остается белая полоска склеры.
2. **Симптом Кохера** - такая же полоска склеры между верхним веком и радужной оболочкой при движении глазного яблока вверх.
3. **Симптом Мебиуса** - ослабление конвергенции, т. е. потеря способности фиксировать предметы на близком расстоянии из-за преобладания тонуса косых мышц над тонусом конвергирующих внутренних прямых мышц.



4. **Симптом Штельвага** – редкое (при норме 6-8 раз в минуту) и неполное мигание – расценивают как проявление понижения чувствительности роговицы.
5. **Симптом Дельримпля** – широкое раскрытие с обнажением полоски склеры над радужной оболочкой глазных щелей, обусловлено парезом круговой мышцы век, иннервируемой лицевым нервом.
6. **Симптом Еллинека** – гиперпигментация кожи век, рассматривают как одно из проявлений надпочечниковой недостаточности.

7. **Симптом Розенбаха** – мелкий тремор закрытых век.
8. **Симптом Жоффруа (Joffroy)** – при взгляде вверх не наступает сморщивания лба.
9. **Симптом Боткина** – периодическое расширение глазных щелей при фиксации взора.
0. **Симптом Крауса** – усиленный блеск глаз.
1. **Симптом Мари** – тремор тела (синдром «телеграфного столба») и особенно пальцев рук

# Критерии оценки тяжести тиреотоксикоза

	Легкая	Средняя	Тяжелая
ЧСС	80-100	100-120	> 120
Мерцательная аритмия	-	-	+
Трудоспособность	незначит-но снижена	снижена	утрачена
Снижение М тела	незначит.	менее 10 кг	> 10 кг
Дистрофия печени	-	-	+
Надпочечниковая недостаточность	-	-	+
Сахарный диабет	-	-	+
Тиреотоксический токсикоз		-	+

## Диагностический алгоритм обследования:

1. анализа жалоб, клинической симптоматики, физического обследования Щ
2. гормональное исследование крови - повышение уровня трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4), выявляются антитела к тиреоглобулину;
3. ультразвуковое исследование (УЗИ) - увеличение Щ.ж., гипоэхогенность паренхимы.

## Тиреотоксический криз (ТК).

ТК – грозное осложнение диффузного токсического зоба – развивается у больных в основном с тяжелой или средней формой заболевания. Его развитию способствуют стрессовые ситуации, оперативные вмешательства, инфекции, частичная тиреоидэктомия, при отсутствии лечения вследствие несвоевременной диагностики токсического зоба.

1) характеризуется быстрым поступлением в кровь большого количества тиреоидных гормонов и клинически проявляется резким усилением симптомов тиреотоксикоза.

- 2) развивается или постепенно в течение нескольких дней, или быстро в течение нескольких часов.
- 3) повышается  $t$  тела до  $38-40^{\circ}\text{C}$  и выше.
- 4) сильное нервное возбуждение вплоть до острого психоза, бессонница
- 5) мышечная слабость до полной адинамии и прострации.
- 6) тошнота, неукротимая рвота, понос, иногда профузное потоотделение

- 7) кожа горячая на ощупь, часто влажная
- 8) резкая тахикардия (до 150 и более ударов в минуту)
- 9) аритмии (пароксизмальная форма мерцательной аритмии, экстрасистолия), острая сердечная недостаточность
- 10) АД нередко значительно понижено
- 11) резкое повышение уровня СБЙ (белковосвязанного йода крови)

## Лечение ТК.

При ТК больному необходим полный психический и физический покой.

- При резком возбуждении назначают клизму с хлоралгидратом, 0,6 г/с, морфин или омнопон.
- Для усиления седативного эффекта назначают в/м седуксен, реланиум.
- Мерказолил 30 мг через 6 ч (внутри или через зонд) за час до введения йода.
- Для подавления инкреции тиреоидных гормонов в/в капельно вводят йодид натрия 10% - 10,0 мл каждые 8 ч. в 300-500 мл 5% р-ра глюкозы или физ. р-ра со скоростью 100-250 капель. В 1 мин.



- При отсутствии рвоты наряду с введением натрия йодида назначают резерпин или рауседил внутрь (по 0,25 – 1 мг каждые 4 часа) или в/в (по 1 мл 0,25% р-ра через каждые 4-6 часов).
- Для блокирования периферических эффектов катехоламинов (тахикардия) используют бета-адреноблокаторы (анаприлин, обзидан, индерал) в/в 2-10 мг/сут или внутрь 120 мг и более.
- Для борьбы с обезвоживанием организма назначают в/в капельное, п/к или ректальное введение 2-3 л физ. р-ра с 5% раствором глюкозы.
- При неоднократной рвоте в/в вводят 10 мл 10% р-ра хлорида натрия, а также в прямую кишку капельно 500 мл 2,5 % р-ра гидрокарбоната натрия.

- При явлениях острой недостаточности коры надпочечников назначают в/в капельно гидрокортизон 100-600 мг или в/м (можно вводить преднизолон, р-р ДОКСА) 0,5-2,0 мл в/м каждые 6 ч.
- Для устранения сердечно-сосудистой недостаточности применяют камфору, кордиамин, строфантин, коргликон (осторожно!)
- Гипертермию можно уменьшить охлаждая тело больного с помощью вентиляторов, поддерживая невысокую температуру воздуха в помещении, а также путем назначения ацетилсалициловой кислоты, амидопирин (пирасетама)
- В тяжелых случаях: плазмаферез, гемосорбцию.