

В СЕРИИ «СОВЕТУЕТ ДОКТОР» ВЫШЛИ КНИГИ

ИНФАРКТ: лечение и профилактика

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК: быть или не быть?

ОСТЕОХОНДРОЗ: профилактика и исцеление

ГАСТРИТ: решение наболевшей проблемы

БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ: вопрос жизни и... времени

БОЛЕЗНИ КОСТЕЙ

ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИНЫ

ДИАБЕТ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: современное лечение и контроль состояния

БОЛИТ ЖИВОТ: что делать?

БОЛИТ СЛИНА: что делать?

ЯЗВА ЖЕЛУДКА

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ: симптомы, лечение, очищение

ЦИСТИТ: эффективное лечение

ГЕРПЕС: профилактика и эффективное лечение

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН: методы лечения и профилактика

РАДИКУЛИТ: избавление от боли, лечение

ИНСУЛЬТ: как вернуться к полноценной жизни

АРТРИТ: все способы лечения

МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ ЗРЕНИЯ: как избавиться от очков

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: как с ними бороться

БОЛИТ ГОЛОВА: что делать?

БОЛЯТ СУСТАВЫ: что делать?

ЗРЕНИЕ И ВОЗРАСТ

СОВРЕМЕННЫЕ АНАЛИЗЫ: достоверная информация о вашем здоровье

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА. СПРАВОЧНИК

КНИГА-ПОЧТОЙ: 1922029, СПб, а/я 25, тел. (812) 715-38-66

ОПТОВО-РОЗНИЧНЫЙ МАГАЗИН «Колхозный Дом «Невский проспект»»

Санкт-Петербург, пр. Обуховской Обороны, д. 106 (ДК им. Кузнецкой), павильон № 37

Я. В. БЛАГОСКЛОННАЯ

А. Ю. БАБЕНКО

Е. И. КРАСИЛЬНИКОВА

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

Современное лечение и профилактика



Санкт-Петербург • Издательская Компания «Невский проспект» • 2005

*Защиту интеллектуальной собственности и прав
Издательской Компании «Невский проспект»
осуществляет юридическая компания
«Уское и Партнеры»*



*Данная книга не является учебником по медицине.
Все рекомендации должны быть согласованы
с лечащим врачом.*

Благосклонная Я. В., Бабенко А. Ю., Красильникова Е. И.
Заболевания щитовидной железой: современное лече-
ние и профилактика. — СПб.: ИК «Невский проспект»,
2005. — 128 с.

ISBN 5-94371-025-6

С учетом многолетней работы с пациентами, страдающими заболеваниями щитовидной железы, авторы рассказывают о при-
чинах развития, диагностических процедурах, традиционных и
нетрадиционных подходах к лечению и профилактике этих забо-
леваний. В книге авторы отвечают на вопросы, наиболее часто
встающие перед больными, ответы на которые далеко не всегда
удается получить у лечащего врача или на приеме в поликлинике.
Книга выпущена в помощь людям, страдающим заболеваниями
щитовидной железы.

© Благосклонная Я. В.,
Бабенко А. Ю.,
Красильникова Е. И., 2001
© «Невский проспект», 2005

ISBN 5-94371-025-6

ВВЕДЕНИЕ	13
Глава 1. ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА И ЕЕ РОЛЬ В ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА	15
1. Зачем человеку щитовидная железа?	15
2. Что происходит в организме, когда щитовидная железа перестает работать нормально?	16
Глава 2. ЗОБ И ГИПОТИРЕОЗ — ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫЗВАННЫЕ ДЕФИЦИТОМ ЙОДА	17
ПРИЧИНЫ И СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ	17
3. Что такое зоб?	17
4. Почему развивается зоб?	17
5. Что чувствует человек, когда у него начинает расти зоб?	18
6. Чем опасен зоб и к каким осложнениям он может привести?	18
7. Что такое гипотиреоз?	19
8. По каким внешним признакам можно узнать гипотиреоз?	19
9. Бывают ли осложнения при гипотиреозе?	19
10. Для кого особенно опасен дефицит йода?	20
11. Чем опасен йодный дефицит для женщин?	20
12. Почему дефицит йода особенно опасен во время беременности?	20
13. Чем опасен дефицит йода у детей и подростков?	21
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ И ОБСЛЕДОВАНИЯ	21
14. Какие исследования позволяют определить наличие зоба?	21
15. Как пациенту готовиться к УЗИ?	21

16.	Вредно ли часто делать УЗИ щитовидной железы?	22
17.	Как можно проверить, не сдавливают ли зоб другие органы шеи?	22
18.	Безопасно ли рентгеновское исследование?	23
19.	Что делать, если пропадает голос или тембр его меняется?	23
20.	Если зоб расположен низко, как можно оценить его размеры?	23
21.	Что такое скинтиграфия щитовидной железы и когда она проводится?	24
22.	Зачем выполняют компьютерную томографию?	24
23.	Безвредны ли для здоровья скинтиграфия и компьютерная томография?	25
24.	Как определить уровень гормонов щитовидной железы?	25
25.	Какие проводят исследования, чтобы проверить работу щитовидной железы?	25
26.	Что требуется от пациента накануне процедуры?	26
27.	Как быть, если у человека аллергия на йод?	27
28.	Как узнать, не связано ли развитие болезни щитовидной железы с недостатком йода в месте проживания?	28
29.	В каких регионах существует йодный дефицит?	28
ЛЕЧЕНИЕ		
30.	Какие лекарства используются в лечении йоддефицитного зоба?	28
31.	Кому и как проводится лечение препаратами йода?	29
32.	Как скоро может наступить эффект от лечения?	29
33.	Кому и для чего назначают тиреоидные гормоны?	29
34.	Как меняется самочувствие на фоне лечения тиреоидными гормонами?	30
35.	Для чего назначают комбинированную терапию?	30
36.	Как лечат гипотиреоз?	31
37.	Кому противопоказаны препараты йода?	32
38.	Можно ли принимать тиреоидные гормоны пожилым людям?	32
39.	Как часто нужно проходить контрольные обследования во время лечения зоба?	33
40.	Когда отменяют прием лекарств?	34
41.	Применяется ли контроль лечения при гипотиреозе?	34
42.	Как быть, если консервативное лечение не помогает или заболевание слишком запущено?	34
43.	Как выполняется операция?	35
44.	Бывают ли осложнения после операции?	35
45.	Проводятся ли контрольные обследования после оперативного лечения?	36
46.	Можно ли навсегда избавиться от зоба или гипотиреоза?	37
ПРОФИЛАКТИКА		
47.	Что нужно делать, если живешь в йоддефицитной местности?	37
48.	Как себя вести, чтобы болезнь не вернулась?	38

Глава 3. ТИРЕОТОКСИКОЗ. ДИФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ И ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ ВЫРАБОТКИ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ		39
СИМПТОМЫ И ПРИЧИНЫ		
49.	Что такое тиреотоксикоз?	39
50.	Что испытывает человек при тиреотоксикозе?	39
51.	Щитовидная железа увеличивается при тиреотоксикозе?	40
52.	Как отличить один зоб от другого (токсический от нетоксического), если в обоих случаях щитовидная железа увеличена?	41
53.	Какие еще есть внешние признаки, характерные для больших тиреотоксикозом?	41
54.	Связывается ли тиреотоксикоз на половой функции?	42
55.	Как начинается диффузный токсический зоб?	42
56.	В каком возрасте чаще развивается диффузный токсический зоб?	42
57.	Есть ли возрастные особенности течения диффузного токсического зоба?	43
58.	Почему развивается диффузный токсический зоб?	43
59.	Что может спровоцировать развитие диффузного зоба?	44
60.	Болезнь Грейвса, базедова болезнь и диффузный токсический зоб — одно и то же заболевание?	45
61.	Как болезнь Грейвса сказывается на глазах?	46
62.	Почему развивается офтальмопатия?	47
63.	Могут ли при болезни Грейвса появляться отеки на ногах?	47
64.	Какие возникают осложнения, если диффузный токсический зоб не лечить?	48
65.	Есть ли иные заболевания, похожие на тиреотоксикоз?	49
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ		
66.	Какие исследования подтверждают наличие тиреотоксикоза?	50
67.	Как определяют причины тиреотоксикоза, если известно, что его могут спровоцировать несколько заболеваний?	50
ЛЕЧЕНИЕ		
68.	Какие лекарства используются для лечения тиреотоксикоза?	52
69.	В каких дозах нужно принимать лекарства?	53
70.	Безобидны ли эти лекарства?	53
71.	Можно ли найти им замену?	54
72.	Нужны ли дополнительные лекарства и витамины?	55
73.	Как долго следует принимать лекарства?	56
74.	Существуют ли другие методы лечения диффузного токсического зоба помимо лекарственных?	56
75.	Когда и почему нужна хирургическая операция?	57
76.	Какая операция выполняется при диффузном токсическом зобе?	57
77.	Какая подготовка необходима перед оперативным лечением диффузного токсического зоба?	57

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

78. Как справиться с офтальмопатией?	59
79. Когда наступает выздоровление?	60
ПРОФИЛАКТИКА	60
80. Можно ли избежать заболевания токсическим зобом?	60
81. Как себя вести, чтобы не заболеть повторно?	61
ТИРЕОТОКСИКОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ	61
82. Что делать, если тиреотоксикоз развился во время беременности? ..	61
83. Все ли диагностические процедуры безопасны во время беременности?	62
84. Есть ли особенности в лечении тиреотоксикоза во время беременности?	63
85. Можно и нужно ли делать операцию, если тиреотоксикоз развился во время беременности?	64
86. Как лечится тиреотоксикоз после родов?	64
87. Не опасно ли зачатие ребенка во время тиреотоксикоза?	65
88. Как лечить больного тиреотоксикозом ребенка?	65
ТОКСИЧЕСКАЯ АДЕНОМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МНОГУЗОЛОВОЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ	66
89. Что такое токсическая аденома и многоузловой токсический зоб? ...	66
90. Какие ощущения, внешние изменения человека предупреждают о начале болезни?	66
91. Какие диагностические исследования проводятся для подтверждения токсического характера аденомы или узлов?	67
92. Какое лечение проводится при токсической аденоме щитовидной железы?	68
93. Какая операция делается при токсической аденоме щитовидной железы?	68
94. Какая подготовка проводится перед удалением токсической аденомы?	69
95. Что такое спиртовая деструкция узла, кому и для чего она назначается?	69
96. Как проявляется отек гортани?	71
97. Когда используется лечение таблетированными препаратами?	71
98. Существуют ли особенности лечения многоузлового токсического зоба?	71
99. Как долго наблюдаются у эндокринолога после лечения?	72
100. Можно ли избежать узловых образований в щитовидной железе?	72
Глава 4. ТИРЕОИДИТЫ	74
101. Что такое тиреоидит?	74
102. Какие бывают тиреоидиты?	74

ОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ	75
103. Как начинается острый тиреоидит?	75
104. Что может произойти, если острый тиреоидит не лечить?	75
105. Какие необходимы диагностические процедуры для подтверждения острого тиреоидита?	76
106. Как лечится острый тиреоидит? Нужна ли операция для удаления гнойника?	76
107. Есть ли противопоказания к антибиотикам?	77
108. Как контролируется эффективность лечения?	77
109. Излечим ли полностью острый тиреоидит?	77
ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ	78
110. Как начинается подострый тиреоидит?	78
111. Какие осложнения возникают при подостром тиреоидите?	79
112. Какие диагностические процедуры проводятся для подтверждения диагноза подострого тиреоидита?	79
113. Какие лекарства нужно принимать?	80
114. Есть ли противопоказания к использованию этих препаратов?	80
115. Как контролируется лечение подострого тиреоидита?	81
116. Возможно ли полное выздоровление?	81
АУТОИММУННЫЕ ТИРЕОИДИТЫ	82
117. Что такое хронический аутоиммунный тиреоидит?	82
118. Кто находится в группе риска?	83
119. Как начинается аутоиммунный тиреоидит?	83
120. Что чувствует человек, болевающий аутоиммунным тиреоидитом?	84
121. Какие диагностические процедуры нужны для подтверждения диагноза аутоиммунного тиреоидита?	85
122. Как определяют наличие антител?	86
123. Что такое биопсия щитовидной железы?	86
124. Как выполняется биопсия щитовидной железы?	87
125. Почему при биопсии щитовидной железы не делают обезболивание?	88
126. Безопасна ли эта процедура?	88
127. Какие лекарства используются для лечения аутоиммунного тиреоидита?	89
128. Прибегают ли к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита?	89
129. Каковы перспективы лечения аутоиммунного тиреоидита?	90
130. Есть ли заболевания, похожие на тиреоидиты?	90
ПРОФИЛАКТИКА ТИРЕОИДИТОВ	91
131. Как себя вести, чтобы не заболеть тиреоидитом?	91
132. Можно ли избежать повторения болезни?	92

Глава 5. УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ 93

СИМПТОМЫ И ПРИЧИНЫ 93

133. Какие симптомы характерны для доброкачественных узлов в щитовидной железе? 93

134. Что может беспокоить человека при злокачественных узлах щитовидной железы? 94

135. Кто входит в группу риска? 95

136. Как часто встречаются узлы в щитовидной железе? 95

137. Почему образуются узлы в щитовидной железе? 96

138. Как часто узлы в щитовидной железе оказываются раковыми? 97

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРОЦЕДУРЫ 97

139. Какие диагностические исследования проводят, если обнаружен узел в щитовидной железе? 97

140. Как можно точно узнать, доброкачественный узел или злокачественный? 98

ЛЕЧЕНИЕ 99

141. Как лечат узлы в щитовидной железе? 99

142. Как проводится хирургическое лечение? 100

143. Возможны ли осложнения при хирургическом лечении? 101

144. Что ждет больного после операции? 101

145. Когда отменяют терапию и снимают с диспансерного учета у эндокринолога? 102

ПРОФИЛАКТИКА 103

146. Что помогает предотвратить образование узлов в щитовидной железе? 103

147. Как своевременно обнаружить узел? 103

148. Какова профилактика повторных возникновений болезни? 103

КИСТЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 104

149. Что такое киста щитовидной железы? 104

150. Опасны ли кисты? 104

151. Какие ощущения вызывает появившаяся в щитовидной железе киста? 104

152. Бывают ли осложнения кист? 105

153. Какие исследования проводят для выявления кисты? 105

154. Как лечат кисты щитовидной железы? 105

155. Требуется ли наблюдение у эндокринолога после ликвидации кисты? 106

Глава 6. НЕТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 107

156. Можно ли поддерживать свой организм во время болезни какими-нибудь витаминами, сборами трав? 107

157. Можно ли использовать физиотерапию? 110

158. Помогает ли санаторно-курортное лечение? 110

159. Как относиться к гомеопатическим методам лечения? 111

160. Правда ли, что от гормонов толстеют? 111

161. Можно ли принимать лекарства во время беременности? 112

162. Помогают ли янтарные бусы? 112

163. Поможет ли вылечить зуб экстрагенс? 113

164. Всегда ли при увеличении щитовидной железы нужно принимать йодсодержащие препараты? 114

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 115

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ 116

АЗБУКА ЛЕКАРСТВ 122

Авторы этой книги работают в одном из старейших вузов России — Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. академика И. П. Павлова (бывший I Медицинский институт, в 1999 году отпраздновал свое столетие).

За годы существования института специалисты, работающие в нем, сделали многое для развития отечественной эндокринологии, и в частности тиреоидологии — науки о болезнях щитовидной железы, их причинах, проявлениях и лечении.

Доктор медицинских наук профессор Янина Владимировна Благосклонная — ведущий специалист Ленинградской (петербургской) школы эндокринологов — внесла большой вклад в изучение болезней щитовидной железы и воспитала целую плеяду врачей, ученых-тиреоидологов.

Среди них доктор медицинских наук профессор Елена Ивановна Красильникова и кандидат медицинских наук Алина Юрьевна Бабенко, которые многие годы занимаются научными исследованиями болезней щитовидной железы и разработкой современных методов их лечения.

Заболевания щитовидной железы относятся к числу наиболее распространенных. Среди эндокринных болезней они занимают второе место после сахарного диабета. Частота заболеваний щитовидной железы в последние годы неуклонно растет, что связано со многими причинами, в том числе с ухудшением экологической обстановки, повышением уровня радиации. Особую тревогу вызывает дефицит йода, который отмечен во многих регионах России.

Большие сложности в лечении заболеваний щитовидной железы возникают из-за того, что на ранних стадиях эти болезни практически не беспокоят больного, и обращение к врачу, как правило, происходит уже на стадии видимого на глаз увеличения щитовидной железы, то есть достаточно поздно.

Всегда обидно направлять на хирургическое лечение молодую женщину, и особенно когда приходится это делать только потому, что она не обратилась за помощью к врачу вовремя и запустила болезнь настолько, что избежать операции уже невозможно. А операция, даже самая деликатная, оставляет после себя горькие следы — психологическую травму, косметический дефект (какую женщину украсит шрам на шее?), а если она выполнена на поздней, запущенной стадии болезни, то может со-

провождаться и развитием осложнений. Однако все было бы иначе, зная пациентка заранее о том, какими проблемами грозит обернуться безобидная с виду припухлость на шее.

Случалось и так, что женщина годами лечит у гинеколога нарушения менструального цикла, невынашиваемость беременности, бесплодие, не подозревая о том, что виною всему — отклонение в функции щитовидной железы.

Публикации, посвященные болезням щитовидной железы, которые появляются время от времени в печати, носят слишком общий и порой дилетантский характер, принося не меньше вреда, чем пользы. Поэтому коллектив эндокринологов с большим опытом практической работы счел необходимым донести до широкого круга читателей ответы на те вопросы, которые чаще всего волнуют пациентов, и те, которые, по нашему мнению, важно довести до их сведения. Авторы надеются, что книга поможет своевременно привлечь внимание человека к симптомам, которые свидетельствуют о заболевании щитовидной железой, а также лучше понять назначения и советы врача.

Помните: только в том случае, когда врач и больной сообща решают стоящую перед ними задачу, можно добиться в лечении хороших и устойчивых результатов.

Глава 1 | Щитовидная железа и ее роль в жизнедеятельности организма

1 | Зачем человеку щитовидная железа?

Щитовидная железа расположена на шее и состоит из двух долек и перешейка. У здорового человека ее масса не превышает 10—20 г, объем у женщин — не более 18 мл, а у мужчин — не более 25 мл. Здоровая щитовидная железа не видна и зачастую с трудом прощупывается.

У детей нормальный объем щитовидной железы зависит от возраста, и детский эндокринолог пользуется специальной таблицей для его оценки.

Этот эндокринный орган вырабатывает биологически активные вещества — гормоны, которые поступают в кровь и регулируют все жизненные процессы в организме.

В щитовидной железе образуются гормоны трийодтиронин и тироксин, они необходимы для нормального развития плода во время беременности, формирования головного мозга, для роста и нормального умственного

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

и физического развития детей. Следствием снижения функции щитовидной железы может явиться отставание в умственном развитии ребенка, слабая сопротивляемость болезням, низкая успеваемость в школе. Ребенок, как правило, отстает от сверстников в росте. У взрослых людей гормоны щитовидной железы обеспечивают нормальную теплорегуляцию, работу мозга и сердечно-сосудистой системы, поддерживают на оптимальном уровне обмен веществ.

2 | Что происходит в организме, когда щитовидная железа перестает работать нормально?

Щитовидная железа может увеличиваться или уменьшаться — и тогда речь идет о зобе или атрофии железы. Как и в других органах человеческого организма, в щитовидной железе может начаться воспаление — тиреоидит. Не застрахована она и от возможности образования в ней узлов — как доброкачественных, так и злокачественных. Одни заболевания протекают без изменения ее функциональной активности (когда выработка ею гормонов не уменьшается и не увеличивается) — нетоксический зоб, другие — со снижением функции — гипотиреоз или с повышением функциональной активности — гипертиреоз. О каждом из них мы будем подробно беседовать в следующих главах.

Глава 2 | Зоб и гипотиреоз — заболевания щитовидной железы, вызванные дефицитом йода

ПРИЧИНЫ И СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ

3 | Что такое зоб?

Зоб — это йоддефицитное заболевание щитовидной железы, для которого характерно увеличение ее размеров.

4 | Почему развивается зоб?

Йод — необходимая составная часть гормонов щитовидной железы. При недостаточном содержании йода в пище и воде снижается его поступление в ткань щитовидной железы. И тогда она пытается приспособиться к недостатку йода, увеличиваясь в размере. Рост железы происходит за счет повышения продукции тиреотропного гормона (ТТГ, тиреотропина), мощного стиму-

лятора роста щитовидной железы. Его вырабатывает гипофиз — орган, регулирующий продукцию целого ряда гормонов. Так формируется зоб. Сначала увеличение щитовидной железы небольшое и его способен обнаружить только опытный специалист, но по мере прогрессирования заболевания зоб может достигать больших размеров и становиться заметен.

5 Что чувствует человек, когда у него начинается расти зоб?

На ранних стадиях заболевания, при зобе небольшого размера, жалобы обычно отсутствуют. А вот по мере его роста возникает чувство давления в области шеи, ощущение комка в гортле, одышка при нагрузке, сильном волнении или определенном положении головы (при наклоне вперед, лежа на спине). Вы замечаете, что не можете носить рубашки с узким воротником или свитера с высоким плотным воротом.

При значительном увеличении щитовидной железы могут появиться признаки, указывающие на сдавление органов шеи и средостения. Больных беспокоит затруднение при глотании (сдавление пищевода), одышка, усиливающаяся в положении лежа на спине (сдавление трахеи), осиплость голоса (сдавление возвратного нерва), появление сосудистого рисунка на груди, чувство напряжения в голове при наклоне, одутловатость лица (при сдавлении шейных вен).

6 Чем опасен зоб и к каким осложнениям он может привести?

Последствия йодного дефицита не ограничиваются только развитием зоба. В запущенных случаях, при позднем обращении к врачу или отсутствии лечения, может развиться гипотиреоз.

7 Что такое гипотиреоз?

Гипотиреоз — заболевание щитовидной железы, при котором снижается ее продуктивность, тиреоидных гормонов (трийодтиронина и тироксина) вырабатывается меньше, чем необходимо организму для нормальной жизнедеятельности (специалисты называют это понижением функции).

При гипотиреозе появляются слабость, утомляемость, сонливость, апатия. Страдающий гипотиреозом все время зябнет, кутается потеплее даже в теплую погоду, плохо переносит холод, его часто беспокоят запоры и одышка. Память ухудшается, человек медленнее соображает — особенно страдают от этих изменений люди, занимающиеся умственным трудом.

8 По каким внешним признакам можно узнать гипотиреоз?

Лицо больного гипотиреозом малоподвижно («маскообразное»), отчетливо, особенно заметны отеки вокруг глаз и губ, движения и речь медленные, голос низкий, осиплый, кожа бледная, с желтоватым оттенком. На ощупь кожа холодная, сухая, волосы также становятся сухими, тонкими и ломкими, ногти слоятся и ломаются. По мере прогрессирования болезни отекает не только лицо, но и все тело, человек заметно полнеет, хотя аппетит у таких больных обычно снижен.

9 Бывают ли осложнения при гипотиреозе?

Если отек распространяется на дыхательные мышцы, у больного развивается одышка, и в отсутствие лечения, из-за прогрессирующей нехватки кислорода, может развиться гипотиреоидная кома.

10 Для кого особенно опасен дефицит йода?

Наибольшую опасность йодный дефицит представляет для беременных и кормящих женщин, детей и подростков.

11 Чем опасен йодный дефицит для женщин?

У женщин, имеющих йодный дефицит, как правило, страдает детородная функция: нарушается менструальный цикл, развивается бесплодие, многие страдают невынашиваемостью беременности, процент мертворожденных и врожденных аномалий у детей в йоддефицитных областях существенно выше.

При развитии гипотиреоза обычно сначала укорачивается менструальный цикл, менструации становятся более обильными и длительными, что нередко приводит к развитию анемии. По мере прогрессирования заболевания месячные могут прекратиться — это называется аменореей. Может развиваться бесплодие.

12 Почему дефицит йода особенно опасен во время беременности?

Если у женщины во время беременности имеется дефицит йода и, как следствие, недостаток выработки тиреоидных гормонов, это может привести к выкидышу, рождению мертвого ребенка или ребенка с тяжелыми пороками развития. У детей, рожденных женщинами, имевшими во время беременности выраженный дефицит йода и гипотиреоз, может развиваться умственная отсталость (крегенизм), которая часто сочетается с глухонемой, косоглазием или отставанием в росте (карликовостью).

13 Чем опасен дефицит йода у детей и подростков?

Йодный дефицит, возникший в детском или подростковом возрасте, приводит к формированию зоба, задержке физического и умственного развития. Такие дети отстают от сверстников в росте, плохо учатся, у них замедляется половое развитие. Особенно высок риск возникновения йодного дефицита у подростков, когда потребность в тиреоидных гормонах возрастает из-за более быстрого их потребления в процессе активного роста и более быстрого использования поступившего в организм йода.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ И ОБСЛЕДОВАНИЯ**14 Какие исследования позволяют определить наличие зоба?**

Если увеличение щитовидной железы еще не заметно на глаз и выявлено врачом при осмотре, назначают ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы. На сегодня это самая надежная диагностическая процедура, позволяющая точно установить размер щитовидной железы.

15 Как пациенту готовиться к УЗИ?

УЗИ щитовидной железы не требует никакой специальной подготовки. Перед исследованием можно есть, принимать лекарственные препараты. На эту процедуру пациента, как правило, просят принести полотенце или салфетку — ими вытирают гель, который в процессе исследования наносит на шею, чтобы устранить воз-

дущный зазор между датчиком прибора и кожей. На шею обследуемого не должно быть никаких украшений, так как они помешают врачу. С собой захватите также результаты предыдущих УЗИ щитовидной железы — они помогут врачу в работе. Желательно повторные исследования проводить на одном и том же аппарате и одним специалистом. Это позволит точнее оценить изменения размеров железы.

16 | Вредно ли часто делать УЗИ щитовидной железы?

УЗИ абсолютно безопасно и может проводиться многократно как взрослым, так и детям и беременным женщинам. Ультразвуком врач пользуется не только для постановки диагноза, но и для оценки изменений размера железы в процессе лечения, эффективности терапии.

17 | Как можно проверить, не сдавливает ли зуб другие органы шеи?

Большой зуб может сдавливать трахею, пищевод, сосуды, нервы. Чтобы убедиться в отсутствии сдавливания, даже если больной не жалуется, врач назначает дополнительное обследование.

При подозрении на сдавление шейных сосудов выполняется *доплерография*. Это тоже ультразвуковое исследование, не требующее специальной подготовки и безопасное для пациента. С его помощью врач оценивает скорость и достаточность кровотока по сосудам шеи, выявляет места их отклонения от нормального хода и сужения.

Чтобы исключить сдавление пищевода, назначается *рентген пищевода* с глотком бария. Больному дают выпить бариевую взвесь и затем при помощи рентгена от-

слеживают ее продвижение по пищеводу, выявляя участки сужения или отклонения его в сторону. Трахею можно увидеть на обычном рентгеновском снимке за грудного пространства, который также позволит оценить наличие ее отклонения от нормального расположения и/или сужения.

18 | Безопасно ли рентгеновское исследование?

Поскольку рентген не столь безопасен, как ультразвук, подобные обследования не следует выполнять часто, особенно детям. К нему прибегают при наличии показаний, но не чаще, чем раз в 6 месяцев.

19 | Что делать, если пропадает голос или тембр его меняется?

Обязательно скажите об этом своему врачу. Подобные изменения могут быть признаками *сдавления нервов голосовых связок*. В таком случае пациента направляют на консультацию к отоларингологу, который с помощью ларингоскопического обследования сможет оценить наличие признаков поражения нервов.

20 | Если зуб расположен низко, как можно оценить его размеры?

При низком расположении щитовидной железы, когда она либо целиком, либо ее нижняя часть располагается за грудиной, УЗИ не позволяет точно оценить ее размер, так как ту часть железы, которая находится за костями, ультразвук «не увидит». В этой ситуации оценить размер железы поможет сцинтиграфия с радиоак-

тивным йодом, рентенография загрудинного пространства или компьютерная томография.

21 Что такое сцинтиграфия щитовидной железы и когда она проводится?

Метод сцинтиграфии — радиоизотопное исследование щитовидной железы уже много лет используется для изучения функции и структуры этого органа. Он основан на способности клеток щитовидной железы захватывать йод, который необходим ей для синтеза гормонов. Поглощение йода щитовидной железой примерно в 100 раз превышает его накопление окружающими тканями, что создает идеальные условия для ее обнаружения с помощью радиоактивных изотопов йода. При этом исследовании используют такие радиоактивные изотопы йода, как йод-131 или йод-123. Может использоваться также технеций-99m пертехнетат, который также захватывается щитовидной железой, но, в отличие от йода, не используется в образовании гормонов, поэтому быстро выводится.

Компьютер выводит изображение щитовидной железы — сцинтиграмму. Метод позволяет обнаружить зоб при его необычном расположении — например, когда ткань железы в процессе формирования организма во внутриутробном периоде «переместилась» в подязычную область.

22 Зачем выполняют компьютерную томографию?

Компьютерная томография проводится только в особых случаях. Метод позволяет оценить не только форму и размер щитовидной железы, но и ее взаиморасположение с другими органами шеи, то есть ответить на вопрос, сдвигаются ли их увеличенная щитовидная железа.

Компьютерная томография, по сути дела, представляет собой последнюю рентенографию, когда из последовательно выполняемых на разном уровне рентгеновских снимков формируется объемная картина органов в исследуемой области.

23 Безвредны ли для здоровья сцинтиграфия и компьютерная томография?

Хотя при выполнении этих исследований вы не почувствуете никаких неприятных ощущений, серьезным их недостатком является довольно высокая лучевая нагрузка. Понятно, что такие методы не должны использоваться часто, они назначаются только при необходимости, и не чаще чем раз в год.

24 Как определить уровень гормонов щитовидной железы?

Если врач подозревает у больного нарушение функции щитовидной железы, то необходимо оценить уровень тиреоидных гормонов — трийодтиронина и тироксина — и ТТГ в сыворотке крови. Для определения уровня гормонов берут кровь из вены натощак. На самой ранней стадии нарушения функции щитовидной железы уровень трийодтиронина и тироксина неизменен, а уровень ТТГ повышен при снижении функции железы и снижен при повышении.

25 Какие проводят исследования, чтобы проверить работу щитовидной железы?

Определение уровня тиреоидных гормонов в сыворотке крови — основной метод оценки функции щито-

видной железы. Однако уровень гормонов в крови может быть повышен по разным причинам, например из-за приема лекарственных препаратов, содержащих тиреоидные гормоны, или из-за повреждения ткани железы. Чтобы найти истинную причину и убедиться в том, что уровень гормонов в крови повышен из-за избыточной активности железы, проводят еще одно исследование — изучают захват йода щитовидной железой. Ведь захватывать йод в большом количестве железа будет только в том случае, если в ней активно идет образованные гормонов.

Препарат вводится пациенту внутривенно, и затем через 2—3 дня, при помощи специального датчика, оценивается количество захваченного щитовидной железой радиофармпрепарата — проще говоря, захват йода щитовидной железой. По проценту захвата йода можно судить о потребности железы в йоде и состоянии ее функции: при повышенной функции захват йода будет повышен, при сниженной функции — снижен. В норме захват радиоактивного йода через 2 часа после введения не должен быть более 10%, а через 24 часа не более 40% от введенной дозы.

Затем, если нужно, проводится скитинграфия, с помощью которой оценивается распределение захваченного йода в ткани железы.

26 | Что требуется от пациента накануне процедуры?

Необходимое условие для проведения исследования уровня тиреоидных гормонов в сыворотке крови — воздержание от употребления и применения йода и его продуктов в течение нескольких недель до исследования (табл. 1). Так, если вы полоскали горло йодинолом, или морскую капусту или даже только смазали ссадину йодом, выполнение исследования окажется невозможным в течение 2—3 недель после любого контакта с йодом. Некоторые лекарственные препараты, содер-

жащие родственные йоду вещества, например бром, тоже могут блокировать щитовидную железу. При проведении радиоизотопных исследований с йодсодержащим контрастом (например, скитинграфии печени или почечек) железа оказывается заблокированной на несколько месяцев.

27 | Как быть, если у человека аллергия на йод?

Если у больного аллергия на йод, при блокировании щитовидной железы йодсодержащими препаратами или индивидуальной непереносимости йода исследование может быть выполнено с техническим-99м.

Таблица 1

Препараты и исследования, на время блокирующие захват йода щитовидной железой

Препараты, исследования	Время блокирования
<i>Препараты:</i> Глюкокортикоидные гормоны, амидорон или кордарон, бромсодержащие препараты (корвалол, валокордин), нитраты, пропилтиоурацил, салицилаты (аспирин, салициламид), сульфатиазол (стрептоцид, норсульфазол, сульфазол), сульфацил натрия, уросульфид, этазол, фталазол), перхлорат калия	1 неделя
Растворы йода	2 недели
Препараты тиреоидных гормонов (левотироксин, трийодтиронин, новотирал, эутирокс)	3 недели
<i>Исследования:</i> Внутривенные контрастные исследования Бронхография Миелография	1—6 месяцев 6—12 месяцев 2—10 лет

28 | Как узнать, не связано ли развитие болезни щитовидной железы с недостатком йода в месте проживания?

Большинство методов, которые используются для оценки йодного дефицита в конкретном районе, носят характер массовых. К ним относятся, например, оценка содержания йода в моче. Поскольку каждому человеку потребление йода индивидуально и может варьироваться в широких пределах, то оценка содержания йода в моче в какой-то один день (обычно оценивается содержание йода в моче, собранной за сутки) не позволяет сделать вывод о том, есть или нет у человека йодный дефицит. Однако, если этому исследованию подвергнута большая группа людей, живущих в определенной местности, и у большинства из них содержание йода в моче оказалось низким, то это свидетельствует о наличии йодного дефицита в данной местности. Для выявления регионов с дефицитом йода проводится оценка содержания йода в почве, воде, растениях.

29 | В каких регионах существует йодный дефицит?

Районы, дефицитные по йоду, имеются в Карелии, Поволжье, на Урале, Алтае, на Кавказе, Байкале, в Приамурье, а также в Белоруссии, Украине, Средней Азии. Наличие зоба у человека, проживающего в районе йодной недостаточности, позволяет предполагать, что развитие болезни явилось следствием нехватки йода.

ЛЕЧЕНИЕ

30 | Какие лекарства используются в лечении йоддефицитного зоба?

Современная медицина использует две группы препаратов — йода и/или препараты тиреоидных гормонов.

31 | Кому и как проводится лечение препаратами йода?

Лечение одними препаратами йода наиболее эффективно у детей и подростков. Обычно используется препарат йодид калия-200 или 100 (фирмы «Берлин-Хеми») или «Антиструмин». Доза зависит от возраста пациента и определяется врачом. У детей и подростков она составляет в среднем 100—200 мкг в сутки, у взрослых может достигать 300—400 мкг. Лечение должно проводиться длительно — от 6 месяцев до 2 лет и более — под наблюдением врача.

32 | Как скоро может наступить эффект от лечения?

Даже на ранних стадиях лечения, когда щитовидная железа еще не ответила на терапию уменьшением своего объема, многие пациенты отмечают улучшение общего самочувствия, уменьшение утомляемости, лучшую переносимость нагрузок. Если зоб развился недавно и йодный дефицит как его причина доказан, то уменьшение размеров зоба становится заметным уже через 1—2 месяца после начала терапии.

33 | Кому и для чего назначают тиреоидные гормоны?

У взрослых людей лечение одними только препаратами йода не приносит желаемого результата. Так как при недостатке йода повышается чувствительность щитовидной железы даже к нормальному уровню ТТГ в крови, из-за чего происходит усиление ее роста, к терапии у взрослых пациентов подключают тиреоидные гормоны. Повышение уровня тиреоидных гормонов в крови подавляет продукцию ТТГ гипофизом, и его уровень в крови снижается. Терапия, направленная на подавление

ние выработки ТТГ, называется супрессивной (подавляющей). Обычно используются препараты тироксина «Левотироксин» (фирмы «Берлин-Хеми»), «Эутирокс» (фирмы «Мерк KGaA»). Доза определяется врачом с контролем уровня ТТГ. Тиреоидные препараты могут использоваться как самостоятельная терапия, и эффект от их применения у взрослых лучше, чем от лечения йодом, особенно в тех случаях, когда в развитии болезни участвуют другие механизмы.

34 | Как меняется самочувствие на фоне лечения тиреоидными гормонами?

Так же как и при приеме йода, больные нередко отмечают улучшение общего самочувствия. Однако в том случае, когда доза препарата окажется слишком большой, может появиться потливость, сердцебиение, ухудшится сон. О появлении таких симптомов следует немедленно сообщить своему врачу, и он уменьшит дозировку.

35 | Для чего назначают комбинированную терапию?

Если лечение проводить только тироксином, после отмены препарата может развиваться «феномен рикошета» — повторное увеличение размера щитовидной железы. Этого не случается, когда лечение проводилось комбинацией йода и тироксина. При таком варианте лечения можно параллельно принимать тироксин и йодистый препарат, а можно использовать готовые лекарственные формы, содержащие комбинацию йода и тиреоидных гормонов, — «Тиреокомб» (содержит 70 мкг левотироксина и 150 мкг йодида калия) или «Йодтирокс» (содержит 100 мкг левотироксина и 100 мкг йодида калия). Комбинированная терапия позволяет дос-

тигнуть хороших результатов, используя меньшие дозы как тироксина, так и препаратов йода.

Лечение одним йодом у взрослых менее эффективно, чем у детей и подростков, и требует, как упоминалось выше, назначения препарата в высоких дозах (300—400 мкг в сутки), которые могут спровоцировать развитие тиреотоксикоза, поэтому используется редко.

36 | Как лечат гипотиреоз?

Оптимальную дозу подбирает врач в зависимости от выраженности гипотиреоза и наличия сопутствующих заболеваний, которые ограничивают использование тиреоидных гормонов. Если гипотиреоз тяжелый и нет противопоказаний, то в начале лечения используются препараты, содержащие трийодтиронин — активный гормон. Дело в том, что левотироксин, для того чтобы появился клинический эффект от его приема, должен превратиться в организме в трийодтиронин, а это требует времени. Поэтому после назначения левотироксина улучшение самочувствия становится заметным спустя примерно 2—3 недели от начала лечения. Этот препарат более удобен для длительной терапии, так как принимается раз в день. Однако при тяжелом гипотиреозе, когда желателен более быстрый ответ на терапию, к левотироксину добавляется трийодтиронин, который дает эффект в течение 3—4 дней, но требует приема 3—4 раза в день. Существуют препараты, содержащие комбинацию левотироксина и трийодтиронина, в том соотношении, в котором эти гормоны вырабатываются щитовидной железой. Это «Тиреотом» и

ПРИ РАЗВИТИИ ГИПОТИРЕОЗА В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ НЕ ЗАВИСИМО ОТ ВОЗРАСТА НАЗНАЧАЮТСЯ ТИРЕОИДНЫЕ ГОРМОНЫ.

«Новотирал» (содержат 80 мкг левотироксина и 20 мкг трийодтиронина). Однако в начале терапии иногда пользуются препаратом «Трийодтиронин» для восполнения дефицита этого гормона.

На фоне приема этого препарата уже через 3—4 дня вы заметите уменьшение отечности, исчезнет сонливость, улучшится самочувствие и настроение, появится интерес к жизни.

Через 1—2 месяца от начала лечения, если доза подобрана правильно, ваше самочувствие практически нормализуется.

37 | Кому противопоказаны препараты йода?

Йодид калия не имеет абсолютных противопоказаний, за исключением случаев индивидуальной непереносимости препаратов йода. Реакции такого рода могут носить различный характер: высыпания на коже, нарушения стула, тошнота и отеки. При появлении перечисленных симптомов следует прекратить прием препарата и сообщить об этом своему врачу. Он назначит вам другое лечение.

38 | Можно ли принимать тиреоидные гормоны пожилым людям?

Тиреоидные гормоны с большой осторожностью должны использоваться пациентами пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так как они повышают работу сердца, увеличивают частоту его сокращений и тем самым повышают его потребность в кислороде. Если сосуды сердца поражены атеросклерозом и кровоток не может быть увеличен в соответствии с возросшей потребностью, это может привести к осложнениям имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний: уве-

личию частоты приступов и тяжести стенокардии, нарушению ритма сердца, нарастающую проявлений сердечной недостаточности (одышки, отеков).

ОСБЕНО ОПАСНО НАЗНАЧЕНИЕ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ДОЗ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ, ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ЕСТЬ СЕРЬЕЗНЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК.

Важно поставить врача в известность об имеющихся у вас заболеваниях сердца, печени и почек, так как от этого будет зависеть безопасность вашего лечения. Если имеются тяжелые заболевания сердца, то выбор метода лечения будет сделан в пользу йодсодержащих препаратов. Если патология сердца не тяжелая, доктор назначит меньшие дозы тиреоидных гормонов и рекомендует контрольную электрокардиограмму, чтобы убедиться в отсутствии отрицательного влияния терапии на сердце.

39 | Как часто нужно проходить контрольные обследования во время лечения зоба?

Главная цель лечения йоддефицитного зоба (в том случае, когда функция щитовидной железы не нарушена) — нормализация размера железы. Поэтому основным показателем, отражающим эффективность проводимой терапии, является динамика объема щитовидной железы по данным УЗИ. Обычно первое контрольное ультразвуковое исследование назначают через 3—5 месяцев от начала лечения йодидом калия.

Если терапия проводится препаратами тиреоидных гормонов, контрольный график выстраивают иначе. Сначала добиваются снижения уровня тиреостролина (до нижней границы нормы). Это может занять 3—4 месяца. В этот период врач постепенно увеличивает дозу препарата, контролируя уровень ТТГ в сыворотке крови каждые 1—2 месяца, и назначает УЗИ через 3 месяца после того, как будет достигнут нужный уровень ТТГ.

40 | Когда отменяют прием лекарств?

Обычно лечение отменяют после нормализации размера щитовидной железы по данным УЗИ. Лечение, как правило, длительное (от полугода до 2—3 лет и более). После нормализации объема железы прием медикаментов отменяют, но обязательно рекомендуют следить за достаточным поступлением йода с пищей.

Через несколько месяцев после отмены лечения делают контрольное УЗИ щитовидной железы, чтобы убедиться в отсутствии рецидива заболевания. В дальнейшем ультразвуковой контроль следует проводить ежегодно и при появлении признаков повторного увеличения железы в размере вновь обратиться к врачу.

41 | Применяется ли контроль лечения при гипотиреозе?

Если есть гипотиреоз, то доза тиреоидных гормонов корректируется по уровню тиреотропина: он должен быть нормальным. Да и изменение вашего самочувствия, нормализация частоты пульса, исчезновение отеков помогут врачу в подборе дозы. Только в том случае, если есть заболевание, ограничивающие применение тиреоидных гормонов, препарат дозируют так, чтобы уровень тиреотропина был в 3—4 раза выше нормы — в этой дозе терапия будет безопасной.

42 | Как быть, если консервативное лечение не помогает или заболевание слишком запущено?

Если зоб большой, деформирует шею, то больному лучше сделать операцию по частичному удалению щитовидной железы.

Жизненно необходимым оперативное лечение становится в том случае, когда появились признаки сдавления

ния увеличенной щитовидной железой структур шеи — трахеи, пищевода, сосудов, нервов.

43 | Как выполняется операция?

Операции на щитовидной железе обычно выполняются под общим обезболиванием. Проводится частичное удаление щитовидной железы (субтотальная струмаэктомия) с оставлением части ткани железы, достаточной для сохранения ее функции выработки гормонов после операции.

44 | Бывают ли осложнения после операции?

После операции на шею остается рубец в форме полумесяца. Первые 2—3 недели вокруг него сохраняется покраснение и припухлость, беспокоит болезненность. Если при хирургическом вмешательстве не произошло инфицирования, рубец через 2 месяца становится тонким, едва заметным, так что легко скрывается ниткой или даже целочкой.

Наиболее частым осложнением является снижение функции желез после операции. Это происходит потому, что оставлено меньше ткани железы, чем необходимо для выработки достаточного количества гормонов. В первые полгода после операции легкой гипотиреоз наблюдается у большинства больных. Он, как правило, не беспокоит человека, а выявляется только при лабораторном обследовании (повышение уровня ТТГ в крови). В этом случае лечение не требуется. Если же у оперированного пациента есть жалобы на прибавку в весе, сухость кожи, выпадение волос, запоры и другие типичные для гипотиреоза симптомы, ему назначают тироксин. В дальнейшем у большинства больных функция желез восстанавливается, и в лечении они не ну-

ждаются. Однако у 20—25% прооперированных гипотиреоз сохраняется и требует постоянной, пожизненной терапии.

Более редкие осложнения после операции — повреждение нервов голосовых связок и снижение уровня кальция в крови. Недостаток кальция проявляется нарушением нормальной работы мышц — большого беспокоят судороги, может появиться ранняя седина, становятся ломкими ногти, поржются зубы. При повреждении нервов голосовых связок, так же как и при их сдавлении, голос может осипнуть или даже периодически пропадать. При очень серьезной травме парализованные голосовые связки могут перекрывать дыхательное горло и нарушать дыхание.

Подобные послеоперационные осложнения возникают чаще всего при большом зобе с признаками сдавления, когда отделить нерв от ткани железы, не повредив его, чрезвычайно сложно.

Еще раз подчеркнем: тяжелые осложнения развиваются, как правило, в запущенных случаях, когда железа достигла большого размера и плотно спаялась с окружающими ее тканями. Поэтому очень важно своевременно обращаться к врачу, не запускать болезнь и начинать лечение тогда, когда железа увеличена незначительно и зоб можно вылечить, не прибегая к хирургическому вмешательству.

45 Проводятся ли контрольные обследования после оперативного лечения?

Поскольку после операции может развиваться гипотиреоз щитовидной железы, необходим контроль уровня гормонов, прежде всего ТТГ. Вам предложат сдать анализ крови.

Необходимо проводить и УЗИ: первый год — каждые 6 месяцев, затем раз в год, чтобы в случае возникновения рецидива вовремя принять меры.

46 Можно ли навсегда избавиться от зоба или гипотиреоза?

Пожалуй, из всех заболеваний щитовидной железы йоддефицитные состояния наиболее отзывчивы на лечение. Исключение — случаи, когда из-за длительного и тяжелого дефицита йода в щитовидной железе возникли необратимые изменения и развилась стойкий гипотиреоз, требующий постоянной заместительной терапии тиреоидными гормонами. Прогноз для жизни все-таки благоприятный в любом случае.

ПРИ РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ЙОДДЕФИЦИТНОГО ЗОБА, ПРАВИЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ И СОБЛЮДЕНИИ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ НАСТУПАЕТ ПОЛНОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ.

ПРОФИЛАКТИКА

47 Что нужно делать, если живешь в йоддефицитной местности?

В районах, где подтвержден йодный дефицит, проводятся (или должны проводиться) мероприятия по массовой йодной профилактике. Они заключаются в добавлении йода в наиболее распространенные продукты питания, в частности в поваренную соль. Известно, что средняя суточная потребность в йоде для взрослого человека составляет 200 мкг. У детей и беременных женщин потребность несколько иная (табл. 2). В районах йодного дефицита потребление йода составляет лишь 40—60 мкг/сут. Значит, необходим дополнительный прием примерно 100—150 мкг йода в сутки.

Групповая профилактика подразумевает назначение препаратов йода специалистами, после предварительного обследования в группах наибольшего риска развития

Таблица 2

Суточная потребность организма человека в йоде

Категория людей	Потребность в йоде, мкг/сут
Новорожденные	50—80
Дошкольники	100—120
Школьники	140—200
Подростки	200
Взрослые	180—200
Беременные и кормящие женщины	230—260

Йоддефицитных заболеваний (дети, подростки, беременные и кормящие женщины).

Индивидуальная профилактика включает достаточное потребление в пищу продуктов, богатых йодом (морепродукты, морская рыба), и поливитаминных препаратов с минеральными добавками.

48 | Как себя вести, чтобы болезнь не вернулась?

Тем пациентам, которые имели патологию щитовидной железы, связанную с йодным дефицитом, и благодаря успешному лечению достигли нормализации ее размеров, следует обязательно проводить индивидуальную йодную профилактику. Она подразумевает достаточное потребление йода с пищей. Йода много содержится в морепродуктах. Можно принимать дополнительно поливитаминные препараты, содержащие йод. Если это более удобно — принимать профилактическую дозу йода калия — 100 мкг/сут. Перечисленные меры позволят предотвратить рецидив заболевания.

Глава 3 Тиреотоксикоз.

Диффузный токсический зоб и другие заболевания, сопровождающиеся увеличением выработки гормонов щитовидной железой

СИМПТОМЫ И ПРИЧИНЫ

49 | Что такое тиреотоксикоз?

Этим термином обозначают изменения в организме, которые возникают при повышенном уровне гормонов щитовидной железы в крови.

Как уже упоминалось, тиреоидные гормоны влияют на многие процессы в организме, в том числе на состояние нервной системы, работу сердца. Чаше всего избыток тиреоидных гормонов (тиреотоксикоз) развивается при диффузном токсическом зобе. Реже он возникает при узловых заболеваниях щитовидной железы — так называемых гиперфункционирующих узлах. Это может быть один большой узел — токсическая аденома или несколько узлов, вырабатывающих избыток гормонов, — многоузловой токсический зоб.

Кратковременное повышение уровня тиреоидных гормонов в крови может наблюдаться при некоторых воспалительных заболеваниях щитовидной железы — тиреоидитах. Но в этом случае уровень гормонов в крови повышается не из-за усиления их выработки щитовидной железой. При возникшем воспалении разрушаются клетки железы и запасенные в них гормоны выходят в кровь. Такое состояние называют тиреотоксикозом «утечки». Лечение, конечно, будет в каждом случае индивидуально. Подробнее об этом мы поговорим в следующей главе.

50 Что испытывает человек при тиреотоксикозе?

Наличие избытка тиреоидных гормонов способствует повышению активности нервной системы. Пациенты, страдающие тиреотоксикозом, отличаются повышенной эмоциональностью, что особенно ярко выражено у женщин. Они становятся плаксивыми, раздражительными, страдают от внезапных перепадов настроения. Одна пациентка пожаловалась: «Раньше я спокойно смотрела телесериалы, а теперь не могу — плачу из-за каждой сцены!» Как правило, нарушается нормальный сон, часто мучает бессонница. Ритм сердца учащается, больного беспокоит усиливающееся при нагрузке сердцебиение. Из-за токсического действия тиреоидных гормонов на мышцы возникает слабость, быстрая утомляемость. Требуется приложить дополнительные усилия, чтобы подняться на высокую ступеньку или встать с корточек, развесить белье или удержаться в транспорте за поручень. Подобные трудности связаны с наибольшим поражением тех групп мышц, которые отвечают за эти движения. Выраженность проявлений может быть различной — от быстрой утомляемости при физической нагрузке до полной обездвиженности больного, когда он не способен сам себя обслуживать. Беспокоят потливость, чувство жара. Больные с тиреотоксикозом плохо переносят пре-

бывание в душных помещениях, жаркую погоду. Человек, который раньше спал под теплым одеялом, «перебирается» под тонкую простыню и распахивает на ночь окна. Большинство людей, болеющих тиреотоксикозом, отмечают снижение своего веса, хотя аппетит, как правило, хороший.

51 Щитовидная железа увеличивается при тиреотоксикозе?

Совершенно верно, железа увеличивается в размере, и на шею появляется припухлость. С увеличением щитовидной железы может быть связан целый комплекс проявлений, о которых мы подробно говорили во 2-й главе, когда обсуждали проблемы йоддефицитного зоба и гипотиреоза.

52 Как отличить один зоб от другого (токсический от нетоксического), если в обоих случаях щитовидная железа увеличена?

Есть важный признак, позволяющий при ощупывании щитовидной железы отличить зоб с повышенной функцией (диффузный токсический) от йоддефицитного (нетоксического) зоба. При повышенной функции железа «дрожит». Ощущение такое же, как если положить руку на спинку мурлыкающей кошки. Это проявление так и называется — симптом «кошачьего мурлыканья».

53 Какие еще есть внешние признаки, характерные для больших тиреотоксикозом?

Больные тиреотоксикозом обычно выглядят молодо. Движения их становятся более быстрыми, суетливыми. Для них характерна быстрая, эмоциональная речь с

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

бурной жестикуляцией. Человек хватается за разные дела, но очень быстро устает и вынужден отдыхать. Он подвержен частым перепадам настроения, может неадекватно реагировать на события, плакать или бурно радоваться из-за пустяка. Появляется дрожь в руках, иногда настолько сильная, что больной не может донести до рта ложку с супом, не пролив. Почерк меняется настолько, что становится малопонятным. При тяжелом тиреотоксикозе дрожат не только руки, отмечается дрожь всего тела (симптом «телеграфного столба»). Кожа больного тиреотоксикозом горячая и влажная на ощупь, эластичная и шелковистая.

54 Сказывается ли тиреотоксикоз на половой функции?

Да, у женщин с избытком тиреоидных гормонов, как и при их недостатке, нарушается менструальный цикл. Однако характер нарушений другой: месячные становятся редкими, скудными, иногда и вовсе прекращаются. Мужчин беспокоит снижение потенции, может появиться припухание молочных желез (гинекомастия).

55 Как начинается диффузный токсический зоб?

Начало заболевания может протекать по-разному. У некоторых происходит быстрое снижение веса, появляется припухлость на шее, изменяются глаза, что служит поводом для обращения к врачу. У других симптомы развиваются медленно, и проходят месяцы, прежде чем человек обратится к специалисту.

56 В каком возрасте чаще развивается диффузный токсический зоб?

Диффузный токсический зоб может развиваться в любом возрасте, хотя наибольшее число заболеваний при-

ТИРЕОТОКСИКОЗ, ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ

ходится на возраст 40—45 лет. У женщин заболевание встречается чаще, чем у мужчин, примерно в 5 раз.

57 Есть ли возрастные особенности течения диффузного токсического зоба?

У пожилых людей железа, как правило, увеличивается незначительно и внешне не заметна, что затрудняет постановку диагноза. Кроме того, у них обычно не столь резко выражены проявления, связанные с повышением активности симпатической нервной системы (излишняя эмоциональность, раздражительность, плаксивость). Преобладают жалобы на ухудшение работы сердца. Так как в пожилом возрасте его функция снижена, то при резком повышении нагрузки на сердце из-за тиреотоксикоза (ускоряется ритм) оно не справляется и начинает давать сбой. Появляются различные нарушения ритма сердца, сердечная недостаточность, чаще беспокоят боли в сердце, связанные с недостатком кислорода (стенокардия). Все эти жалобы приводят пациента к кардиологу. Однако назначаемое лечение дает слабый эффект. Больные месяцами ходят по кабинетам врачей, не получая необходимой помощи. Лишь при выявлении тиреотоксикоза и проведении лечения именно этой болезнью можно добиться существенного улучшения состояния сердца.

58 Почему развивается диффузный токсический зоб?

Заболевание возникает из-за нарушений в иммунной системе, обеспечивающей защиту организма от чужеродных вредных агентов (бактерий, вирусов). Все чужеродные агенты содержат в составе своей оболочки определенные белки. Иммунная система здорового человека отличает свои белки от чужих, проник-

ших в организм извне. Она уничтожает чужеродные агенты, вырабатывая специфические для каждого из них контрагенты — антитела.

Из-за врожденных нарушений в иммунной системе она начинает делать свои и может принять свою белковую структуру за чужую.

Заболевания, которые развиваются из-за таких «ошибок», называют аутоиммунными. При этих заболеваниях иммунная система вырабатывает антитела к компонентам собственных клеток. Диффузный токсический зоб — одно из них. При нем вырабатываются антитела к клеткам щитовидной железы. Уникальной особенностью этого заболевания является то, что антитела не уничтожают тиреоидные клетки, а наоборот, заставляют их работать сверх меры. Это происходит потому, что эти антитела очень похожи по строению на тиреотропин. Как сказано выше, ТТГ активизирует работу щитовидной железы. Поскольку тиреоидная клетка не может отличить антитела от ТТГ, она отвечает на них так же, как и на сам гормон, — начинает вырабатывать все больше и больше тиреоидных гормонов. Уровень самого ТТГ в крови, в ответ на повышение уровня тиреоидных гормонов, резко снижается. Однако щитовидная железа этого «не замечает», ведь уровень антител в крови остается высоким, и она продолжает работать изо всех сил. Такое состояние щитовидной железы называют аутоиммунным. Оно сохраняется до тех пор, пока заболевание не будет вылечено.

59 | Что может спровоцировать развитие диффузного зоба?

Итак, диффузный зоб развивается потому, что иммунная система принимает свои клетки за чужие. Однако она не совершает совсем уж грубых ошибок и «путается» только в тех случаях, когда своя и чужая клетка

очень похожи. Развивается заболевание обычно, когда в организм попадает чужеродный агент, очень похожий на какую-либо собственную клетку.

При диффузном токсическом зобе такими агентами являются некоторые вирусы (Эпштейн-Барр, краснухи, аденовирусы), токсины бактерий (Иерсинии Энтерocoli), некоторые лекарственные препараты (амиодарон, иммунопрепараты — интерфероны, интерлейкины). Часто тиреотоксикоз разгорается после пребывания на солнце (инсоляции). Медики много пишут о том, что лежание часами на пляже ради красивого загара вредно как для кожи, которая быстрее стареет, так и для организма в целом. Активное солнце может спровоцировать развитие опухолей кожи, молочных желез. Вредно оно и для эндокринной системы. Длительное пребывание под солнечными лучами усиливает развитие аутоиммунных заболеваний щитовидной железы, в том числе и диффузного токсического зоба. Поэтому, если имеется такое заболевание или даже просто предрасположенность к нему, старайтесь избегать длительного пребывания на солнце, посещения солярия. Следует также избегать физиотерапевтических процедур на область шеи. Но иногда физиотерапевты впадают в другую крайность и дают отвод большим «со щитовидкой», даже если они пришли полечить поясницу или ногу. Это излишне.

60 | Болезнь Грейвса, базедова болезнь и диффузный токсический зоб — одно и то же заболевание?

Да, одно заболевание имеет несколько названий. В разных странах его называют по имени того врача, который первым описал это заболевание: итальянцы — болезнью Флаяни, англичане — болезнью Грейвса, немцы — базедовой болезнью. В нашей стране чаще всего

пользуются термином «диффузный токсический зоб». Однако во всем мире поражение глаз, которое часто сопутствует диффузному токсическому зобу, называют офтальмопатией Грейвса. Поэтому в тех случаях, когда есть поражение глаз, врачи, для того чтобы подчеркнуть эту особенность течения заболевания, нередко пользуются термином «болезнь Грейвса».

61 | Как болезнь Грейвса сказывается на глазах?

Глазные осложнения при болезни Грейвса называются инфилтративной офтальмопатией. Она проявляется изменением внешнего вида глаз: они выпячиваются, становятся больше. Часто отмечается отечность и потемнение век. Могут появиться жалобы на резь в глазах, слезотечение, светобоязнь, затруднение при движении глазами, двоение, кажется, словно мешает соринка. Неприятные ощущения могут носить временный характер и возникать лишь при выходе на улицу в солнечную или ветреную погоду, при ярком свете, длительном напряжении глаз. Тяжелые формы офтальмопатии связаны с выраженными нарушениями работы мышц, ответственных за движение глазных яблок. Это проявляется постоянным двоением в глазах, ограничением движений глазами, невозможностью фиксировать взгляд, появлением косоглазия. Также при тяжелых формах офтальмопатии из-за резко выраженного отека за глазными яблоками может произойти сдавление глазного нерва, и тогда зрение может значительно снижаться, вплоть до развития слепоты. У некоторых больных из-за резкого выпячивания глазного яблока вперед веки не могут смыкаться полностью. В этом случае роговица глаза начинает высыхать и на ней могут появиться язвы. Иногда резко отекает слизистая оболочка глаз (конъюнктивы) и около век появляются из нее складки.

62 | Почему развивается офтальмопатия?

Диффузный токсический зоб примерно в половине случаев сопровождается инфилтративной офтальмопатией. Это связано с тем, что в окологлазной клетчатке имеются белки, очень похожие на те белки клеток щитовидной железы, к которым вырабатываются антитела. Эти антитела могут действовать и на окологлазную клетчатку, повреждая ее, и тогда развивается отек. В зависимости от того, где больше выражен отек (вокруг глаза, за глазом), проявления могут быть различными.

Аналогичные глазные осложнения могут развиваться и при других аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы, хотя и гораздо реже.

Причины, приводящие к поражению глаз у больных аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы, до конца не изучены. Однако замечено, что у людей пожилого возраста болезнь глаз протекает более тяжело, чем у молодых.

Отягчающим фактором, способствующим развитию и прогрессированию офтальмопатии, является курение. У любителей табака поражение глаз не только протекает тяжелее, но и гораздо хуже поддается лечению. Офтальмопатия чаще развивается у людей, имеющих другие заболевания глаз.

63 | Могут ли при болезни Грейвса появляться отеки на ногах?

Недавно у меня обнаружили тиреотоксикоз. Вылечись глаза, появились отеки век, на ногах тоже плотные жемчужные багровые отеки. Терапевт направил меня к хирургу, думал, что это рожистое воспаление, но эндокринолог сказал, что хирург мне не нужен, поскольку то, что творится у меня с ногами, — тоже от щитовидки. Так ли это?

Да, действительно, это так. Плотные отеки на ногах, утолщение кожи, нередко с изменением ее цвета на багровый с синюшным оттенком, называются пре-тибиальной микседемой, или дермопатией Грейвса. Отек располагается на голенях и стопах. При надавливании на него ямки практически не остается, потому что отек плотный, слизистый (поэтому и называется микседемой). Собрать кожу в области отека в складку не удается, поскольку кожа плотно «склеивается» с подкожным жиром. Связь этого поражения кожи и под-кожной клетчатки (жира) с патологией щитовидной же-лезы изучена недостаточно, однако с полной опреде-ленностью, можно сказать, что такие изменения на-ногах связаны только с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы (чаще — с диффузным токсическим зобом, реже — с аутоиммунными тиреоидитами) и тоже вызываются аутоиммунными нарушениями (об-разование антител к подковой клетчатке этой обла-сти). Встречается оно примерно у 4—5% больных с диф-фузным токсическим зобом и появляется только у тех из них, у кого есть поражение глаз.

64 Какие возникают осложнения, если диффузный токсический зоб не лечить?

При нелеченом тиреотоксикозе могут развиваться сер-дечная недостаточность, тяжелые формы аритмий или сформироваться зоб большого размера. Самое тяжелое осложнение тиреотоксикоза — тиреотоксический криз, опасное для жизни состояние, которое развивается при резко выраженном повышении уровня тиреоидных гор-монов в крови. Оно сопровождается резким повышением температуры тела до 40—42 °С, проливным потом, сер-дцебиение резко учащается, могут возникнуть тяжелые на-рушения его ритма, из-за перегрева головного мозга пу-тается сознание. Значительное снижение артериального давления может вызвать шок и гибель больного.

65 Есть ли иные заболевания, похожие на тиреотоксикоз?

Некоторые заболевания, не связанные с нарушением функции щитовидной железы, могут давать похожие про-явления. Но, как правило, речь идет лишь об отдельных проявлениях. Наверное, многие из вас слышали, что лю-дей делят на холериков (подвижные, эмоциональные лю-ди), сангвиников (спокойные, уравновешенные), флег-матиков (абсолютно невозмутимые, равнодушные) и ме-ланхоликов (грустные, мрачные, пассивные). Тот или иной склад характера определяется, в частности, индиви-дуальными особенностями работы нервной системы. Хо-лерики от природы наиболее активны. У таких людей, да-же если они абсолютно здоровы, усиленное сердцебие-ние и заметно дрожат руки, особенно при волнении, они под-вижны, эмоциональны. При стрессах все эти проявления могут усилиться и стать поводом обращения к врачу. Как правило, доктора подстрегают излишне эмоциональных пациентов тиреотоксикоз и направляют на обследование к эндокринологу. Опытный эндокринолог, лишь осмотрев больного, может сказать, что у того нет тиреотоксикоза. Больные порой даже обижаются: «Как это врач без анали-за может решать?! Он, наверное, не хочет меня обследо-вать». А дело в том, что эндокринолог обращает внимание на отсутствие других симптомов болезни: увеличения щи-товидной железы и шума над ней, признаков повыше-нно-го теплообразования (горячая на ощупь кожа) и ускоре-ния обменных процессов (эластичность и нежность кожи, похудание). Так что мнению специалиста в большинстве случаев можно доверять.

Усиление активности симпатической нервной систе-мы отмечено и при заболеваниях надпочечников, сер-дечной недостаточности, миокардитах (воспаление сер-дечной мышцы). Эти заболевания тоже сопровождаются сердцебиением, дрожью рук, потливостью, слабостью, но есть и другие симптомы, которые позволяют врачу поставить правильный диагноз.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

66 **Какие исследования подтверждают наличие тиреотоксикоза?**

Первое, что необходимо выяснить, — определить уровень тиреоидных гормонов в сыворотке крови: тиреотропина, тироксина и трийодтиронина. Для этого, напомним, берут кровь из вены натощак. Исследования не входят в перечень процедур обязательного медицинского страхования и в большинстве случаев делаются платно. Мы советуем в целях экономии поступать таким образом: в случаях, когда подозрения на тиреотоксикоз весьма сомнительны, можно проверить уровень только тиреотропина, ибо он первым реагирует на самые минимальные изменения функции щитовидной железы. Если его уровень оказывается нормальным, проверить уровень тироксина и трийодтиронина нет необходимости — они наверняка будут в норме. Если же лабораторные показатели иные, врач предложит вам провести дополнительные исследования.

67 **Как определяют причины тиреотоксикоза, если известно, что его могут спровоцировать несколько заболеваний?**

Уже при осмотре врач может высказать достаточно определенное предположение, идет ли речь о диффузном токсическом зобе или об узловом. Ведь причиной тиреотоксикоза могут быть только большие узлы (больше 2,5 см в диаметре), а такой узел врач почти всегда обнаруживает при пальпации.

Исключением являются случаи, когда железа расположена ниже обычного и узел прячется за ключицами. Но и обнаруженный узел в щитовидной железе еще

ТИРЕОТОКСИКОЗ, ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ не дает гарантии, что именно он является причиной тиреотоксикоза.

Встречаются ситуации, когда диффузный токсический зоб сочетается с большой кистой в щитовидной железе (пузырек с жидкостью в ткани железы) или с нефункционирующим узлом, иногда даже злокачественным. Необходимо сделать *сцинтиграфию* щитовидной железы. Это поможет оценить функцию узла.

В узле нефункционирующем (нетоксическом) йода собирается мало, а в остальной ткани железы идет активное его накопление. Нефункционирующий узел может оказаться злокачественным, поэтому проводят его *функциональную биопсию*. При гиперфункционирующем узле радиоактивный йод будет накапливаться только в узле. Гиперфункционирующие узлы, работающие автономно, можно не проверять на биопсию, ибо они практически всегда доброкачественные.

Для оценки степени увеличения щитовидной железы, диагностики кист и выявления небольших узлов делают *ультразвуковое исследование* щитовидной железы. При диффузном увеличении железы иногда приходится проводить дополнительное обследование, чтобы исключить тиреоидиты, протекающие с тиреотоксикозом «утечки». Мы уже говорили о таком виде заболевания в начале главы. Врач может назначить еще одно исследование в начале главы. Врач может назначить еще одно исследование — *захват радиоактивного йода* щитовидной железой. Дело в том, что если железа действительно активно вырабатывает гормоны, ей необходимо много йода, и захват его будет высоким. А если гормоны «вытекают» из щитовидной железы из-за повреждения ткани, то захват, наоборот, будет резко снижен.

Важно помнить о том, что если пациент в последнее время использовал в каком-либо виде йод, то захват его будет резко снижен из-за блокады железы (см. главу 2).

ПОЭТОМУ ОБЯЗАТЕЛЬНО СООБЩИТЕ ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ О ВСЕХ КОНТАКТАХ С ЙОДОМ ЗА ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ МЕСЯЦ.

ЛЕЧЕНИЕ**68 | Какие лекарства используются для лечения тиреотоксикоза?**

На сегодня в лечении гиперфункции щитовидной железы используются две основные группы препаратов — имидазолы и тироурацилы. У нас в стране чаще всего используется препарат из группы имидазолов, мерказолил. Лекарство не самое лучшее, но это единственный отечественный препарат для лечения избыточной функции щитовидной железы. Он в несколько раз дешевле своих импортных аналогов, именно поэтому ему и отдается предпочтение. Препараты группы имидазолов (мерказолил и его импортные аналоги метизол, тирозол, тиамазол) действуют только на уровне клеток щитовидной железы, блокируя в них образованные гормоны. Щитовидная железа запасает гормоны впрок, накапливая их внутри клеточных структур — фолликулов. Чтобы нормализовать уровень гормонов в крови этими препаратами, требуется довольно много времени — от 2 до 4 недель, а иногда и больше. Особенно долго не удается снять проявления тиреотоксикоза в тех случаях, когда человек, не зная о том, что ему нельзя злоупотреблять йодом, принимал йодсодержащие препараты. В этих случаях препараты группы тироурацилов (пропилтиоурацил, метилтиоурацил) явно предпочтительнее. Дело в том, что, кроме действия на синтез гормонов в самой щитовидной железе, они нарушают преобразование гормонов в периферических тканях. Из щитовидной железы в основном выделяется малоактивный гормон тироксин, а в тканях он превращается в активный трийодтиронин. Тироурацилы нарушают это превращение, и под их воздействием быстрее — тиреоидных гормонов нормализуется гораздо быстрее — от 2—3 дней до недели.

69 | В каких дозах нужно принимать лекарства?

Начинают лечение обычно с более высоких, ударных доз (20—40 мг мерказолила, 300—400 мг пропилтиоурацила), а затем в процессе лечения врач или постепенно снижает дозу препарата, или назначает дополнительно тиреоидные гормоны, чтобы предотвратить чрезмерное снижение уровня гормонов и развитие медикаментозного гипотиреоза. Какой вариант лечения выбрать, врач в каждом случае решает индивидуально. Задача пациента — четко выполнять рекомендации эндокринолога, не прерывать самостоятельно лечение и вовремя приходить на визит к врачу. Это поможет избежать многих проблем.

Преимуществом препаратов группы имидазолов является пролонгированность (большая длительность) действия, что позволяет принимать лекарство раз в день, хотя начинают обычно с трехкратного приема. Тироурацилы более коротко действуют и принимаются 3 раза в день.

70 | Безобидны ли эти лекарства?

При лечении как мерказолилом и его аналогами, так и пропилтиоурацилом необходимо в первые недели следить за уровнем лейкоцитов (клетки крови, нередко называемые в народе белыми кровяными тельцами). Препараты могут подавлять образование лейкоцитов, что, хоть и очень редко, может привести к развитию тяжелых осложнений (острая ангина с сильной лихорадкой, отсутствие сопротивляемости инфекциям). Об этом следует помнить и при появлении болей в горле с повышением температуры немедленно обратиться к врачу. Рекомендован препарат, врач назначает больному следующую визит через неделю и просит сделать клинический анализ крови на 5—6-й день лечения. К сожалению, пациенты нередко без должного внимания относятся к ре-

комендациям врача и либо не являются в назначенный срок, либо забывают сделать анализ, заставляя доктора тревожиться, а себя подвергая ненужному риску.

К счастью, тяжелая реакция со стороны крови на препарат развивается редко (максимум в 0,5% случаев) и большинство больных хорошо переносят эти лекарства. Развитие побочных реакций обычно отмечается в первые 1—2 недели приема препарата. Чаще всего негативные изменения в крови, а также аллергические реакции развиваются в ответ на прием отечественного препарата мерказолила. В подобном случае врач предложит заменить его на импортный аналог. Но если реакция развивается и на другие препараты группы имидазолов, может быть рекомендован пропилтиоурацил. Он в гораздо меньшей степени влияет на систему крови и редко вызывает снижение уровня лейкоцитов. К сожалению, в настоящее время в нашей стране пропилтиоурацил остается дефицитом. Например, в Санкт-Петербурге его можно купить не во всех аптеках, и стоит он очень дорого.

Крайне редким осложнением, которое может развиться при приеме этих двух групп препаратов, является токсический гепатит (воспаление печени). Развитие этого осложнения также требует отмены препарата и назначения лекарств, улучшающих функцию печени («Эссенциале», «Карсил»). Еще реже возникают боли в суставах, желудочно-кишечные расстройства, нарушение вкуса.

71 Можно ли найти им замену?

В редких случаях, когда тиреотоксикоз не тяжелый, для его лечения могут использоваться соли лития, чаще всего карбонат лития. Его рекомендуют тем больным, у которых в ответ на прием мерказолила снижился уровень лейкоцитов в крови. Карбонат лития стимулирует выра-

отку лейкоцитов и способствует восстановлению их нормального уровня в крови. Правда, этот препарат довольно слабый и при тяжелом тиреотоксикозе неэффективен. У него тоже есть побочные эффекты, и довольно неприятные: учащение мочеиспускания, тошнота, отсутствие аппетита, дрожь в руках и неустойчивость при ходьбе.

КАРБОНАТ ЛИТИЯ НЕЛЬЗЯ ПРИНИМАТЬ БОЛЬНЫМ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА И НЕКОТОРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА.

2 Нужны ли дополнительные лекарства и витамины?

Кроме приема основного препарата (чаще всего мерказолила) большинству больных назначают бета-адреноблокаторы (анаприлин, метопролол, атенолол). Они снижают активность симпатической нервной системы, уменьшают те проявления, которые более всего беспокоят больных: сердцебиение, дрожь в руках, потливость, излишнюю эмоциональность. Кроме того, эти препараты несколько тормозят в тканях организма превращение проксина в трийодтиронин, способствуя более быстрой нормализации уровня гормонов в крови. Однако самостоятельного действия на функцию щитовидной железы они не оказывают, поэтому используются только в качестве дополнения к терапии.

БЕТА-БЛОКАТОРЫ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИНИМАТЬ, ЕСЛИ У ВАС БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ИЛИ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ, ОБОСТРЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИЛИ ТЯЖЕЛАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, А ТАКЖЕ ПРИ НЕКОТОРЫХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА.

Поэтому постарайтесь как можно подробнее рассказать врачу обо всех своих болезнях.

Большим тиреотоксикозом желательнее в первые недели болезни, пока не нормализуется уровень гормонов в крови, принимать витамины группы В, прежде всего В₁, так как у них формируется его дефицит.

Если эмоциональная лабильность и бессонница сильно беспокоят вас, на ночь можно принимать седативные препараты, например феназепам.

73 Как долго следует принимать лекарства?

Лечение проводится длительно. Опыт многолетних наблюдений показал, что хотя проявления тиреотоксикоза при правильном подборе дозы исчезают у большинства больных уже через месяц, стойкое выздоровление (ремиссия) развивается через 1—2 года непрерывного лечения. Однако ремиссия развивается не у всех, а примерно у половины больных. Если препарат отменен преждевременно, то все проявления болезни возвращаются. Поэтому важно менять дозу и отменять препарат только по рекомендации специалиста. Если вы не явились к врачу в назначенный срок и доза лекарства не была своевременно снижена, у вас могут возникнуть симптомы недостатка тиреоидных гормонов — гипотиреоз (см. главу 2). Если, несмотря на правильное лечение, за 2 года не наступило выздоровление, ставится вопрос о другом методе лечения.

74 Существуют ли другие методы лечения диффузного токсического зоба помимо лекарственных?

Да, существуют. Это хирургическая операция или лечение радиоактивным йодом.

К сожалению, в нашей стране есть только один центр по лечению радиоактивным йодом, и к этому методу прибегают крайне редко.

75 Когда и почему нужна хирургическая операция?

Прежде всего в случаях индивидуальной непереносимости препаратов группы имидазолов. Так как лечебные препараты другой группы — тиаурацилов редко кому оказываются по карману и тоже может дать побочные реакции, рекомендуют хирургическое лечение. Оно также требуется при большом зобе и абсолютно необходимо, если есть признаки сдавления увеличенной щитовидной железой близлежащих органов шеи (трахеи, пищевода, нервов). Но даже если признаков сдавления нет, операция является лучшим вариантом терапии, так как при зобе большого размера выздоровление в результате приема таблеток происходит очень редко.

Операция является весьма эффективным методом лечения диффузного токсического зоба и узловых образований щитовидной железы.

Хирургическое лечение рекомендуется и в тех случаях, когда длительное лечение (более 2 лет) назначенными препаратами не принесло выздоровления.

76 Какая операция выполняется при диффузном токсическом зобе?

При диффузном токсическом зобе выполняют частичное удаление щитовидной железы, оставив часть одной доли весом около 5 г. Этого достаточно, чтобы обеспечить выработку необходимого количества гормонов. О том, как выполняется операция и какие осложнения могут развиться после нее, подробно рассказано в главе 2.

77 Какая подготовка необходима перед оперативным лечением диффузного токсического зоба?

Операция выполняется только в том случае, если уровень гормонов предварительно снижен до нормы таблет-

ками. В противном случае имеется высокий риск развития опасного осложнения — тиреотоксического криза. Еще одной мерой, которая используется для предотвращения этого осложнения, является подготовка йодом.

Казалось бы, как же так, ведь йод провоцирует развитие тиреотоксикоза? И действительно, йод способствует развитию диффузного токсического зоба и ухудшает ответ на лечение, но лишь при длительном злоупотреблении им. При кратковременном использовании йод по-прежнему действует на щитовидную железу — он блокирует механизм саморегуляции в ее клетках, что приводит к прекращению как захвата йода железой и, соответственно, образования гормонов, так и к нарушению выделения гормонов в кровь. К тому же значительно уменьшается кровенаполнение железы, что существенно облегчает работу хирургов, — операция будет не такой «кровавой». Однако этот механизм работает лишь на протяжении короткого периода времени. Обычно препараты йода (так называемый раствор Люголя) назначают за две недели до операции. Если оперативное лечение по каким-то причинам было отложено на длительный срок, прием раствора Люголя необходимо прекратить.

Если принимать этот препарат дольше, чем назначил врач, произойдет возобновление всех симптомов тиреотоксикоза, причем зачастую в гораздо более тяжелой форме, и для его лечения потребуется много времени. Кроме всего вышесказанного, необходимо убедиться в отсутствии обострений сопутствующих заболеваний. Наличие их может оказать сопротивление прогнотическому лечению, поэтому необходимо заранее известить врача обо всех своих болезнях. Если какие-либо из них делают оперативное вмешательство опасным, вам предложат другой вариант лечения. Перед операцией необходимо тщательно залечить все очаги инфекций, особенно в органах, расположенных рядом со щитовидной железой. Прежде всего речь идет о кариозных зубах, хронических заболеваниях носоглотки (тонзиллитах, фарингитах, синуситах), ушей (отиты).

Как справиться с офтальмопатией?

Легкие формы поражения глаз нередко проходят сами после нормализации уровня тиреоидных гормонов в крови. Если же это не происходит, остается небольшой отек век и (или) выпучивание глаз, врач может рекомендовать мазать с высоким изоловьем, ограничить соль и жидкость в пище, принимать мочегонные средства, которые сократят отек, или препараты, уменьшающие спазм мышц глаза (дибазол, глазные капли с бета-адреноблокаторами). Когда беспокоят рези в глазах и слезотечение, рекомендуются темные очки и глазные капли, защищающие воспаленный глаз, — так называемые «искусственные слезы» (препараты «Офтан-иду», «Лакризин»).

При тяжелых формах офтальмопатии используются препараты, способные подавить патологическую активность иммунной системы. Такими свойствами обладают препараты глюкокортикоидных гормонов (например, преднизолон), химиотерапия и облучение глазных орбит. Эти методы лечения могут давать неприятные побочные эффекты, используются они только по назначению врача в строгом соответствии с его рекомендациями. Своеобразное обращение с такими препаратами, как преднизолон, может закончиться трагедией. Например, его резкая отмена способна привести к внезапному снижению артериального давления с потерей сознания, а иногда и к гибели больного. При правильном применении преднизолон и его аналоги обладают высокой эффективностью, а их побочные эффекты (прибавка веса, нарушение углеводного обмена, повышение артериального давления, повышение кислотности желудочного сока и хрупкости костей) полностью проходят после окончания лечения. Если вам нельзя использовать глюкокортикоидные гормоны из-за высокой вероятности осложнений (например, при сахарном диабете, гипертонии или язвенной болезни желудка, переломах), врач может порекомендовать облучение глазных орбит. Когда не удается достичь успеха с помощью одного метода лечения, они могут использоваться в сочетании друг с другом.

79 | Когда наступает выздоровление?

Если уменьшился зоб, значительно улучшилось состояние глаз, сохраняется в крови нормальный уровень гормонов на минимальных дозах препаратов, можно констатировать ремиссию болезни. В сомнительных случаях делается специальная диагностическая проба. Только в том случае, если врач счел возможным отменить лечение, можно прекратить прием лекарств. После отмены лечения необходимо раз в 3 месяца показываться своему доктору, который на ранней стадии рецидива болезни своевременно возобновит терапию. При благоприятных обстоятельствах через год наблюдения вас снимут с учета. Однако заболевание может вернуться и в более поздние сроки — через 3, 5, 10, а то и 20 лет после выздоровления. К сожалению, ни один из современных методов лечения не дает пожизненных гарантий. После консервативного лечения вероятность возобновления болезни несколько выше, чем после хирургического. Больной должен сам обратиться к врачу для повторного курса терапии, если вновь заметит у себя признаки болезни.

ПРОФИЛАКТИКА**80 | Можно ли избежать заболевания токсическим зобом?**

Склонность к аутоиммунным болезням передается по наследству, поэтому повлиять на причину болезни мы пока не в силах. Однако мы можем снизить влияние тех факторов, которые провоцируют болезнь. Для этого весьма полезны общеукрепляющие мероприятия: закаливание, богатое витаминами питание. Эти меры укрепят вашу иммунную систему, уменьшат риск «подвернуться». Кроме того, закаленные люди меньше подвержены вирусным инфекциям, которые способствуют на-

рушению нормальной работы иммунной системы. Помните также и о том, что длительное пребывание на солнце усиливает развитие многих болезней щитовидной железы, в том числе и диффузного токсического зоба. Необходимо разумно подходить к употреблению йода: этот микроэлемент должен попадать в организм в достаточном, но ни в коем случае не в избыточном количестве.

81 | Как себя вести, чтобы не заболеть повторно?

Прежде всего необходимо четко выполнять все назначения врача. Преждевременная отмена терапии приводит к возвращению болезни. При дальних поездках внимательно следите за тем, чтобы у вас с собой было достаточное количество лекарств — даже короткий перерыв в терапии может привести к повторению симптомов. Пропуск визитов к врачу, во время которых он меняет дозу препарата, может привести к тому, что уровень гормонов снизится в большей степени, чем нужно. Нестаток тиреоидных гормонов может сопровождаться компенсаторным увеличением и без того увеличенной щитовидной железой.

Вызвать возобновление признаков болезни может вирусная инфекция, особенно если ее переносят на ногах.

ТИРЕОТОКСИКОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ**82 | Что делать, если тиреотоксикоз развился во время беременности?**

Тиреотоксикоз во время беременности явление относительно редкое. Он возникает у одной из 500—1500 беременных женщин и обычно связан с диффузным токсическим зобом. Узловые формы токсического зоба

встречаются редко. Лечить его нужно обязательно, и самым тщательным образом. Отказ от лечения и сохранение избыточной функции железы во время беременности приведет к ее прерыванию (спонтанный выкидыш, преждевременные роды). Даже если беременность будет доношенной, остается риск, что ребенок родится с низкой массой тела и различными врожденными пороками и, что особенно ужасно, может умереть в утробе матери. Существует угроза здоровью самой матери. Из-за тиреотоксикоза у нее может развиться тяжелая сердечная недостаточность, а во время родов — возникнуть тиреотоксический криз. Таким образом, тщательное лечение тиреотоксикоза является необходимым условием успешного разрешения беременности. Поэтому ни в коем случае не следует уклоняться от лечения! Этим будущая мать подвергает огромной опасности как жизнь и здоровье своего ребенка, так и свою!

Выбранным средством во время беременности может быть мерказолил или его аналоги или, что гораздо лучше, пропилтиоурацил. Из всех возможных препаратов для лечения тиреотоксикоза пропилтиоурацил наиболее безопасен, так как в очень незначительных количествах проникает через плаценту. При лечении тиреотоксикоза медикаменты (пропилтиоурацил или мерказолил) назначаются в минимально возможных дозировках. Это позволяет сделать лечение наиболее безопасным для малыша.

Обычно тиреотоксикоз во время беременности хорошо поддается лечению, но после родов может развиться его рецидив, который потребует усиленной терапии.

83 Все ли диагностические процедуры безопасны во время беременности?

Нет, не все. Ни в коем случае нельзя делать исследование с радиофармпрепаратами (радиоактивный йод или технеций). Это может нанести непоправимый вред

ребенку, особенно на ранних сроках беременности (до 10 недель). У малыша могут возникнуть врожденный гипотиреоз и различные пороки развития.

Такие исследования щитовидной железы, как УЗИ и анализ крови на тиреоидные гормоны, абсолютно безопасны и могут выполняться неоднократно. Более того, тщательнейший контроль за уровнем гормонов необходим во время беременности и должен выполняться чаще, чем до беременности, чтобы не допустить как чрезмерного снижения их уровня на фоне лечения, так и повторного повышения.

84 Есть ли особенности в лечении тиреотоксикоза во время беременности?

Конечно, есть. Во-первых, препараты назначают в минимальной дозировке и под тщательным контролем уровня гормонов. Во-вторых, во время беременности абсолютно не приемлемы комбинированные схемы лечения, когда мерказолил (или пропилтиоурацил) используют вместе с тиреоидными гормонами. Может случиться так, что в одно и то же время у матери благодаря приему тироксина установится нормальный уровень гормонов в крови, а у ребенка, который будет получать только мерказолил, разовьется гипотиреоз, так как тироксин не проникает через плаценту.

В-третьих, при лечении тиреотоксикоза во время беременности не следует принимать бета-блокаторы, так как они могут нарушать нормальное развитие плаценты плода. У ребенка, который в утробе матери получит бета-блокаторы, не исключено резкое урежение ритма сердца и снижение сахара в крови.

ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ АБСОЛЮТНО НЕ ПРИЕМЛЕМЫ КОМБИНИРОВАННЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ.

85 Можно и нужно ли делать операцию, если тиреотоксикоз развился во время беременности?

Хирургическое лечение возможно. Например, в ситуациях, когда на фоне лечения таблетками не удается снизить уровень гормонов до нормы, когда развиваются побочные реакции на препараты (тяжелая аллергия, снижение уровня лейкоцитов в крови, токсическое поражение печени), при очень большом зобе с признаками сдавления и при наличии в щитовидной железе недоброкачественных узлов. Наиболее безопасно выполнение операции во время второго триместра беременности. После операции необходимо особенно тщательно следить за уровнем гормонов в крови матери и при появлении признаков гипопункции железы немедленно начать лечение тиреоидными гормонами. Это необходимо потому, что при гипотиреозе у матери повышается уровень ТТГ, и он будет стимулировать рост щитовидной железы у ребенка, приводя к развитию у него зоба.

86 Как лечится тиреотоксикоз после родов?

Если тиреотоксикоз возобновился после родов, а я кормлю ребенка грудью, не повредят ли ему лекарства? Я слышала, что с молоком ребенок получает все, что съедает или принимает мать. Так ли это?

Да, подавляющее большинство лекарственных препаратов попадают с молоком матери в организм малыша. Поэтому диапазон терапевтических средств при кормлении ребенка грудью еще более узок. Если во время беременности можно принимать мерказолил при тщательном подборе дозировки, то во время кормления грудью единственным достаточно безопасным препаратом, снижающим выработку тиреоидных гормонов, является пропилтиоурацил. Бета-блокаторы тоже противопоказаны, по уже указанным причинам. Так что выбор

кормящей мамы небагат. или потратить на пропилтиоурацил, или отказаться от кормления грудью и перевести ребенка на искусственное вскармливание.

Не опасно ли зачатие ребенка во время тиреотоксикоза?

Мы хотим иметь ребенка, но я лечусь от тиреотоксикоза. Можно ли мне планировать беременность во время курса лечения или лучше подождать?

Здесь трудно дать однозначный ответ. С одной стороны, наступление беременности способствует подавлению активности заболевания. Поэтому, если лечение проводится достаточно долго и нормальный уровень гормонов сохраняется на малых дозах мерказолила (5—10 мг), безопасных для ребенка, то можете решать вопрос самостоятельно. При тщательном контроле за нормальным уровнем гормонов в крови вреда для ребенка не будет, а на фоне беременности может наступить быстрое выздоровление и вы сможете отказаться от лечения. Однако запомните: это возможно только при тщательном контроле и полном взаимопонимании между вами и врачом! Если вы чувствуете себя достаточно дисциплинированным человеком для осуществления столь сложной работы, который является лечением, лучше не рисковать и дожидаться полного выздоровления.

Как лечить больного тиреотоксикозом ребенка?

Наилучшим методом лечения детей считается длительный прием препаратов, снижающих выработку тиреоидных гормонов. Сроки лечения обычно более длительные, чем у взрослых, — 3—4 года. Операция более эффективна, но у детей чревата частым развитием осложнений, которые могут сказаться на их дальнейшем развитии, поэтому выполняется только при необходимости,

токсикоз обычно выражен слабее. Поскольку эти заболевания не связаны с нарушением функции иммунной системы, то при них никогда не бывает поражения глаз.

Чаще всего гиперфункционирующие узлы развиваются у людей пожилого возраста, и для них характерны те же особенности проявлений тиреотоксикоза, что и у молодых пациентов с диффузным токсическим зобом: сердцебиение, нарушения ритма, сердечная недостаточность, тяжелое течение стенокардии.

Поставить диагноз у этих больных непросто, так как узлы редко бывают настолько большими, чтобы заметно менять форму шеи, а внешний вид глаз не меняется. То есть нет самых явных признаков, позволяющих диагностировать диффузный токсический зоб). Нередко правильный диагноз терапевтам и кардиологам подсказывают сами больные, которые случайно обнаруживают себя «какую-то шишку на шее». Особенно часто узлы находят мужчины при бритье. Небесполезно для членка, заботящегося о своем здоровье, обращаться время от времени к эндокринологу за консультацией, особенно после 40—45 лет.

11 Какие диагностические исследования проводятся для подтверждения токсического характера аденомы или узлов?

Прежде всего необходимо убедиться в наличии тиреотоксикоза. Для этого исследуют уровень гормонов щитовидной железы в крови и уровень тиреотропина.

Делается УЗИ щитовидной железы для подтверждения наличия узла. Самым достоверным методом установления токсического характера узла является скинтиграфия щитовидной железы. Об этом методе, характере подготовки к исследованию и его возможностях подробно рассказано во 2-й главе. Если узел активно функционирует, то на скинтиграмме он выявится как очаг повышенного накопления радиоактивного йода, а остальная

сти (большой зоб со сдавлением, побочные эффекты от приема препаратов, отсутствие эффекта от лечения таблетками). Радиоактивный йод ни для диагностики, ни для лечения у детей не используют.

ТОКСИЧЕСКАЯ АДЕНОМА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МНОГУЗЛОВОЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ

89 Что такое токсическая аденома и многоузловой токсический зоб?

Токсическая аденома — один гиперфункционирующий узел, возникший в щитовидной железе. Если их несколько, то это многоузловой токсический зоб. Появление функционирующих узлов щитовидной железы не связано с нарушением работы иммунной системы. Их возникновение обусловлено тем, что разные клетки щитовидной железы могут иметь различную чувствительность к факторам, усиливающим их рост, прежде всего к ТТГ. Те клетки, которые имеют более высокую чувствительность, активно размножаются, и из них формируется узел. Так как ТТГ усиливает не только рост и размножение клеток щитовидной железы, но и выработку ими гормонов, в этих узлах вырабатывается избыточное количество гормонов. Постепенно такие узлы могут выйти из-под контроля, регулирующего действия ТТГ, и тогда начинают работать автономно, интенсивно вырабатывая гормоны.

90 Какие ощущения, внешние изменения человека предупреждают о начале болезни?

Узел, даже большой, не может вырабатывать столько гормонов, сколько вся щитовидная железа, тем более увеличенная. Поэтому при узловых заболеваниях тиреоток-

ткань железы либо не будет захватывать препарат совсем, либо захватывает в очень небольших количествах. При многоузловом токсическом зобе таких «горячих» очагов будет несколько.

92 | Какое лечение проводится при токсической аденоме щитовидной железы?

При токсических узлах, так же как и при диффузном токсическом зобе, принимают таблетки. Однако как бы долго ни проводилось лечение, стойкого выздоровления не наступает. Поэтому в большинстве случаев препараты, снижающие уровень тиреоидных гормонов в крови, используются только в качестве подготовки к хирургическому лечению.

Операция является самым эффективным методом лечения токсических аденом. В тех случаях, когда операция не может быть выполнена из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, которые делают хирургическое вмешательство опасным, выбирают лечение радиоактивным йодом или спиртовую деструкцию узла. Лечение радиоактивным йодом, как уже упоминалось, малодоступный метод лечения. Подробно о нем рассказано в главе, которая посвящена лечению злокачественных опухолей щитовидной железы. Если операция или спиртовая деструкция по какой-либо причине не могут быть выполнены, может проводиться пожизненное лечение препаратами, снижающими выработку гормонов щитовидной железой.

93 | Какая операция делается при токсической аденоме щитовидной железы?

Операция называется гемиструмэктомия: удаляют ту долю, в которой находится узел. Так как избыток гор-

монов возникает из-за узла, то нет необходимости удалять большую часть щитовидной железы. Эта операция практически никогда не приводит к развитию гипопаратиремии — оставшаяся доля обеспечивает достаточную выработку гормонов.

Что касается других возможных осложнений, о них было подробно рассказано в 2-й главе. Однако отметим, что объем операции при гемиструмэктомии меньше и осложнения встречаются гораздо реже.

94 | Какая подготовка проводится перед удалением токсической аденомы?

Если тиреотоксикоз выражен ярко, подготовка к операции проводится так же, как и при диффузном токсическом зобе. Но чаще явления тиреотоксикоза выражены слабо, и перед операцией врач может не назначать препараты, снижающие выработку гормонов, а ограничиться назначением раствора Люголя на 10—14 дней.

95 | Что такое спиртовая деструкция узла, кому и для чего она назначается?

Это сравнительно новый метод лечения токсических аденом. Он рекомендуется тем больным, для которых выполнение хирургической операции опасно из-за наличия сопутствующих заболеваний. Так как пожизненное лечение таблетками требует от больного определенных, пусть небольших, финансовых затрат, постоянного наблюдения у эндокринолога и не совсем безвредно для печени, более рационально избавиться от узла. Метод спиртовой деструкции основан на некоторых особенностях токсических аденом. Токсическая аденома — это узел в плотной капсуле, и введенный в него раствор практически не распространяется за пределы узла. Спирт вызывает разруше-

тельным противопоказанием для проведения спиртовой деструкции. К счастью, отек гортани случается редко.

96 Как проявляется отек гортани?

Дыхание затрудняется, становится шумным, громким, периодически возникают приступы лающего кашля, возникает одышка. При появлении таких симптомов надо немедленно обратиться к отоларингологу для осмотра или вызвать «неотложку» на дом.

97 Когда используется лечение таблетированными препаратами?

На фоне лечения препаратами группы имидазолов или пропилиотиурацилов можно добиться нормализации уровня гормонов в крови. Однако отмена препарата приводит к возобновлению симптомов тиреотоксикоза, поэтому лечение нельзя отменить. К пожизненной терапией этими препаратами прибегают в том случае, если хирургическое лечение противопоказано, а спиртовая деструкция также рискованна из-за большого размера или неудачного расположения узла. Кроме того, пациент может просто отказаться от использования оперативных методов лечения. Большой имеет право выбирать метод лечения. Врач лишь советует, какой из них наиболее подходит к конкретному случаю.

98 Существуют ли особенности лечения многоузловатого токсического зоба?

Как и при токсической аденоме щитовидной железы, при многоузловом зобе операция наилучший метод, обеспечивающий полное выздоровление. Поскольку

ние клеток в узле, и со временем активно функционирующая ткань узла замещается рубцовой тканью. Узел уплотняется, значительно уменьшается в размерах и, что самое главное, перестает вырабатывать гормоны. За пределы узла спирт не выходит, поэтому остальная ткань железы практически не повреждается.

Недостатками этого метода по сравнению с операцией является, во-первых, то, что узел хоть и становится меньше, но все же остается. Во-вторых, эта процедура обычно выполняется без обезболивания и сопровождается некоторой болезненностью, чувством распирания при введении спирта в узел. В-третьих, введение спирта делается не за один раз, а требуется от 2 до 5 процедур с промежутком в 10—14 дней. Несомненное достоинство этого метода заключается в том, что лечение может проводиться амбулаторно, общее самочувствие пациента в процессе лечения практически не ухудшается, если не считать болезненности в щитовидной железе, которая может сохраняться в течение нескольких дней после введения спирта. Если она значительна, врач порекомендует прием нестероидных противовоспалительных препаратов (аспирин, индометацин, ибупрофен, диклофенак). Вскоре после введения спирта может отмечаться состояние легкого опьянения, связанное с тем, что небольшое количество спирта всасывается в кровь. Иногда, если в процессе введения спирта произошло повреждение мелкого сосуда, на шее может появиться синяк. В целом процедура переносится легко, и многие больные, даже те, кто не имеет противопоказаний к хирургическому вмешательству, предпочитают спиртовую деструкцию. Особенно отметим среди достоинств метода отсутствие большинства осложнений, которые могут развиваться при операции.

Единственным серьезным побочным явлением может стать реактивный отек или спазм гортани. Это осложнение может развиться, если узел очень большой или расположен близко к трахее и нерву, идущему к голосовым связкам. Подобные ситуации, таким образом, служат относитель-

ку при наличии нескольких активно функционирующих узлов тиреотоксикоз обычно выражен существенно, перед операцией проводится подготовка, подобная той, что и при диффузном токсическом зобе. Объем операции такой же (субтотальная струмэктомия). В отличие от токсической аденомы при многоузловом зобе не используется ни лечение радиоактивным йодом, ни спиртовая деструкция. Единственной альтернативой хирургическому лечению для тех больных, у которых операция сопряжена с высоким риском, является пожизненная терапия препаратами, блокирующими образование тиреоидных гормонов.

99 | Как долго наблюдаются у эндокринолога после лечения?

После оперативного лечения продолжают наблюдать у эндокринолога, показываясь врачу один раз в год. Дело в том, что если у вас есть склонность к образованию узлов, то в дальнейшем они могут появиться снова. Чем раньше они будут обнаружены, тем эффективнее пройдет лечение. Поэтому даже после удаления узлов необходимо раз в год делать УЗИ щитовидной железы, чтобы убедиться в отсутствии образования новых узлов. Аналогичным образом проводится наблюдение после спиртовой деструкции. При лечении таблетками режим наблюдения врач устанавливает индивидуально, и проводится оно пожизненно.

100 | Можно ли избежать узловых образований в щитовидной железе?

Уменьшить риск образования узлов можно: избегайте длительного пребывания на солнце, употребляйте йод в достаточном, но не в избыточном количестве, ведите

поровый образ жизни. Однако ни одна из перечисленных мер не гарантирует, что узел все-таки не сформируется. Лечение будет тем более успешным, чем раньше оно начато, поэтому при первых же признаках, напоминающих симптомы тиреотоксикоза, следует обратиться врачу.

смеренно участвовать несколько возбудителей, например, вирусы и антитела или бактерии и вирусы.

ОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ

103 | Как начинается острый тиреоидит?

Острый тиреоидит, как правило, является следствием бактериальной инфекции. Для него характерны все обычные признаки острого воспаления: боль, припухлость и покраснение в месте поражения, местное повышение температуры. Так как местом поражения здесь является щитовидная железа, то при развитии острого тиреоидита возникает сильная боль в области шеи, покраснение и припухлость на передней поверхности шеи. Если положить ладонь на покрасневшее место, вы почувствуете, что кожа здесь более горячая, чем на соседних участках тела. Яче острый тиреоидит носит односторонний характер, то есть воспаляется только одна доля, которая увеличивается в размере и при ощупывании определяется как болезненный узел. В этом случае все описанные изменения коснутся одной стороны шеи. Обычно в процесс воспаления вовлекаются расположенные рядом лимфатические узлы, которые тоже увеличиваются и могут прощупываться на шее как болезненные узелки.

Кроме того, человека, заболевшего острым тиреоидитом, обычно беспокоят общее недомогание, повышение температуры, ломота во всем теле, слабость, отсутствие аппетита.

104 | Что может произойти, если острый тиреоидит не лечить?

Это заболевание может завершиться формированием в ткани щитовидной железы гнойника, который способен

101 | Что такое тиреоидит?

Тиреоидитом называют любое воспаление щитовидной железы.

102 | Какие бывают тиреоидиты?

В зависимости от того, как быстро развивается заболевание, выделяют *острый* — быстро, внезапно возникший тиреоидит; *подострый* — возникший в течение нескольких дней; *хронический* — очень медленно, постепенно прогрессирующий тиреоидит.

В зависимости от того, чем вызвано воспаление, выделяют вирусные, бактериальные; чрезвычайно редко встречаются острые тиреоидиты, вызванные грибами или простейшими. Самые частые — аутоиммунные тиреоидиты, которые возникают из-за «поломок» в иммунной системе и образования токсических агентов (антител) к собственным клеткам организма (в частности, щитовидной железы). В развитии тиреоидита может од-

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

прорваться, и хорошо, если наружу. Но если гной попадет в окружающие ткани, он может затекать в околосоердечное пространство; прогрессирующее гнойное воспаление в тканях шеи способно привести к повреждению сосудов, заносу гнойной инфекции к мозговым оболочкам и тканям мозга и даже к развитию общего заражения крови инфекцией (сепсису). Лечить острый тиреоидит надо своевременно и самым тщательным образом.

105 | **Какие необходимы диагностические процедуры для подтверждения острого тиреоидита?**

Постановке диагноза помогает клинический анализ крови, который покажет изменения, характерные для острого воспаления, и УЗИ щитовидной железы с ее пункционной биопсией. Правда, пункционная биопсия делается только в тех случаях, когда диагноз сомнителен. При остром воспалении эта процедура довольно болезненна, и без явной нужды к ней не прибегают. Если же пункцию все-таки делают, то часть полученного материала помещают в питательный бульон, чтобы вызвать рост бактерий, находящихся в нем, и, рассмотрев их под микроскопом, узнать, какая именно бактерия вызвала болезнь. Затем на выросших бактериях опробуют различные антибиотики, пока не обнаружат тот, который их убивает. Именно его и используют для лечения. Уровень гормонов щитовидной железы при остром тиреоидите, как правило, не изменяется, и следить за их уровнем особой необходимости нет.

106 | **Как лечится острый тиреоидит? Нужна ли операция для удаления гнойника?**

Так как речь обычно идет о бактериальной инфекции, в лечении используются антибактериальные пре-

ТИРЕОИДИТЫ

параты. Врач подскажет, какой именно антибиотик использовать.

Если гнойник в железе сформировался, его удаляет хирург, ибо лекарственными препаратами избавиться от него уже сложно. Здесь речь идет об удалении пораженной доли — гемиструмаэтомии.

07 | **Есть ли противопоказания к антибиотикам?**

Антибиотик, как и любой лекарственный препарат, может вызвать аллергию. Если больному уже известно наличие аллергии на какие-либо антибиотики, следует предупредить об этом лечащего врача. Кроме того, антибактериальные препараты с большой осторожностью следует применять при нарушениях функции почек и печени, во время беременности. Сообщите врачу обо всех имеющихся заболеваниях, и он поможет подобрать наиболее безопасную терапию.

При длительном лечении антибиотиками (особенно в виде таблеток) может пострадать микрофлора кишечника. Для ее восстановления понадобится прием препаратов и продуктов, содержащих те бактерии, которые в норме населяют кишечник: бифидокс, лактобактерин, бифидокефир.

08 | **Как контролируется эффективность лечения?**

В процессе лечения следят за клиническим анализом крови, осуществляют ультразвуковой контроль и, конечно, оценивают состояние больного.

09 | **Излечим ли полностью острый тиреоидит?**

При своевременном начале и полноценном лечении заболевание заканчивается выздоровлением. Работа

железы после операции не нарушается, ее вторая доля остается и функционирует нормально, уровень гормонов в крови остается в пределах нормы.

ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ

110 Как начинается подострый тиреоидит?

Подострый тиреоидит развивается через 2—3 недели после перенесенной вирусной инфекции (гриппа, парагриппа). Его можно рассматривать как осложнение вирусной инфекции. В большинстве случаев заболевший человек воспринимает возникшие симптомы как повторную вирусную инфекцию: вновь повышается температура тела до 37,5—38,5 °С, появляются недомогание, ломота во всем теле, слабость, боль в горле, усиливающаяся при глотании. При этом боль может отдавать в плечо, голову, ухо, нижнюю челюсть. С этими жалобами пациент обычно обращается к терапевту или ЛОРу, и далеко не всегда правильный диагноз ставится сразу.

Что же должно навести нас на правильную мысль? При подостром тиреоидите боль более поверхностна и, что самое главное, — при надавливании в области расположения щитовидной железы резко усиливается. Кроме того, при подостром тиреоидите нередко появляются симптомы тиреотоксикоза. (Вспомним: при тиреоидите из-за разрушения клеток щитовидной железы в кровь выходит большое количество гормонов и развивается так называемый тиреотоксикоз «утечки».) Кроме обычного недомогания, связанного с повышенной температурой, появляется дрожь в руках, усиленное сердцебиение, потливость. Однако подобные симптомы могут развиваться и как реакция на высокую температуру, поэтому, чтобы убедиться в том, что повышение гормонов есть, врач назначит дообследование. Ощупывая шею,

врач определяет болезненное уплотнение в области щитовидной железы. Чаще поражается одна доля, и уплотнение расположено асимметрично: либо справа, либо слева.

111 Какие осложнения возникают при подостром тиреоидите?

Отсутствие лечения при подостром тиреоидите может привести к тому, что будет повреждено достаточно большое количество тиреоидной ткани и в итоге разовьется необратимая гипотиреодия щитовидной железы. Раннее, несвоевременное прекращение лечения способствует возобновлению всех проявлений болезни, заболевание приобретает рецидивирующее течение, что уже создает более высокий риск снижения функции железы.

112 Какие диагностические процедуры проводятся для подтверждения диагноза подострого тиреоидита?

При наличии подострого тиреоидита трудно установить, имеется ли тиреотоксикоз, поэтому исследуется уровень гормонов щитовидной железы (Т₃ и Т₄) и тиреоидина.

Функция желез снижена, ибо повышение уровня гормонов в крови происходит не за счет усиления функции щитовидной железы, а вследствие повреждения ее клеток и «вытекания» гормонов. Для того чтобы убедиться в этом, врач исследует захват йода-131 щитовидной железой. Уровень захвата радиоактивного йода будет значительно снижен.

Очень важное значение имеет *клинический анализ крови*. Для подострого тиреоидита характерно значитель-

ное повышение СОЭ. Кроме постановки диагноза этот показатель служит и для контроля за терапией. Следя за его уровнем, врач изменяет дозу лекарственного препарата.

Выполняется также УЗИ, оно служит для контроля лечения.

Функционную биопсию делают очень редко, при атипичном течении болезни. Например, выделяют так называемую безболезную форму подострого тиреоидита, при которой боль в железе отсутствует. Отличить ее от других заболеваний щитовидной железы порой бывает возможно только по пункционной биопсии.

113 | Какие лекарства нужно принимать?

Лечение легких форм подострого тиреоидита проводят нестероидными противовоспалительными препаратами — аспирином, индометацином, ибупрофеном. При более тяжелых формах заболевания применяют глюкокортикоидные гормоны — преднизолон и его аналоги в дозе 20—30 мг в сутки. По мере нормализации состояния дозу препарата постепенно снижают. Отменяют препарат примерно через 3 месяца, иногда позже, убедившись предварительно в восстановлении нормальной работы щитовидной железы.

114 | Есть ли противопоказания к использованию этих препаратов?

Как нестероидные противовоспалительные препараты, так и глюкокортикоидные могут вызвать воспаление слизистой желудка.

Поэтому эти препараты с большой осторожностью следует применять людям, страдающим обостренным гастритом, особенно эрозивного, а тем более язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки.

В любом случае принимайте лекарства только после еды, запивая молоком, киселем или препаратами, защищающими слизистую желудка: «Маалокс», «Альмагель». Таким образом можно предотвратить нежелательные побочные явления со стороны желудка. Если требуется длительный прием глюкокортикоидных гормонов, параллельно назначают гастропротекторы «Ранитидин», «Циметидин».

Напомним: длительный прием высоких доз глюкокортикоидных гормонов небезопасен людям, страдающим тяжелой гипертензией, выраженным остеопорозом или сахарным диабетом. Не забудьте сказать врачу о наличии этих заболеваний!

115 | Как контролируется лечение подострого тиреоидита?

Меняя дозу препарата, врач ориентируется на самочувствие больного (исчезновение болей в щитовидной железе) и уровень СОЭ. Вопрос об отмене терапии решается на основании сохранения стойкой нормализации этих показателей при снижении дозы препарата до минимальной. Для полной уверенности в том, что болезнь прошла, врач может назначить повторно исследование захвата йода щитовидной железой и анализ крови на ТТГ. Нормализация этих показателей свидетельствует о выздоровлении.

116 | Возможно ли полное выздоровление?

Заболевание обычно заканчивается полным выздоровлением. Правда, после излечения в щитовидной железе могут остаться уплотнения, которые расцениваются как узлы. Они не требуют врачебного вмешательства. При длительном тяжелом течении заболевания или

если оно неоднократно возобновляется, функция щитовидной железы может снизиться. В этом случае развивается гипотиреоз, требующий лечения тиреоидными гормонами.

АУТОИММУННЫЕ ТИРЕОИДИТЫ

117 | **Что такое хронический аутоиммунный тиреоидит?**

Это заболевание по механизму развития очень похоже на описанный ранее диффузный токсический зоб. Причина болезни — «поломка» в иммунной системе, которая приводит к тому, что клетки, в норме защищающие организм от чужеродных «аггессоров» (вирусов, бактерий, токсинов), начинают «нападать» на собственные клетки, вырабатывая к ним токсические факторы, называемые антителами. Повторимся: антитела, направленные к тиреоидной клетке, могут быть очень похожи на ТТГ — гормон-стимулятор роста и функции щитовидной железы. Однако в отличие от диффузного токсического зоба, при котором эти антитела заставляют тиреоидную клетку работать сверх меры, при аутоиммунном тиреоидите антитела оказывают иное действие. В зависимости от того, какое действие антител преобладает, аутоиммунный тиреоидит может протекать либо с уменьшением (атрофией), либо с увеличением щитовидной железы (образованнем зоба). В первом случае антитела просто закрывают собой те места на поверхности тиреоидной клетки, с которыми обычно связывается ТТГ. При этом клетка перестает стимулироваться, прекращается ее рост и выработка ею гормонов. Кроме того, при атрофическом тиреоидите вырабатываются антитела, повреждающие клетки щитовидной железы и приводящие их к гибели. Аутоиммунный тиреоидит с зобом называют тиреоидитом Хашимото — по имени японского ученого, который первым описал это заболевание. При зобе Хашимото антитела могут оказы-

вать различное действие. Описывают случаи начала этой болезни с тиреотоксикоза, то есть идет выработка антител таких же, как при диффузном токсическом зобе. Однако кроме них при зобе Хашимото вырабатываются антитела, оказывающие повреждающее действие на клетки щитовидной железы, и антитела, усиливающие рост железы, без усиления ее функции. Поэтому, в отличие от диффузного токсического зоба, тиреотоксикоз при этой болезни обычно быстро проходит сам и редко требует специального лечения. При длительном течении аутоиммунные тиреоидиты, как атрофический, так и зоб Хашимото, обычно приводят к снижению функции щитовидной железы из-за действия токсических антител.

Среди ученых, изучающих болезни щитовидной железы, существует мнение, что и диффузный токсический зоб, и аутоиммунные тиреоидиты являются одним заболеванием, которое может давать различные варианты течения под воздействием неких, пока еще не изученных факторов.

118 | **Кто находится в группе риска?**

Зависимость от возраста и пола выявлена только для аутоиммунных тиреоидитов — ими чаще страдают женщины, и в основном в постклимактерическом возрасте. Выделяют как особые формы аутоиммунных тиреоидитов аутоиммунный тиреоидит детей и подростков и послеродовой аутоиммунный тиреоидит. К счастью, эти тиреоидиты чаще заканчиваются спонтанным выздоровлением и редко приводят к нарушению функции щитовидной железы.

119 | **Как начинается аутоиммунный тиреоидит?**

Обычно аутоиммунные тиреоидиты прогрессируют медленно. Длительно, годами они не дают о себе знать.

Лишь случайно, при обследовании по другому поводу, обнаруживают уплотнение и (или) увеличение щитовидной железы. Симптомы развиваются исподволь и настолько медленно, что сам больной нередко не замечает происходящих с ним изменений. Часто на возникшие с ним перемены обращают внимание люди, которые не видели его несколько лет при встрече их поражают произошедшие с человеком перемены, и они настоятельно советуют ему обследоваться у врача. В нашей практике был случай, когда больная сахарным диабетом много лет наблюдалась у врача-эндокринолога и у нее за это время параллельно развился атрофический аутоиммунный тиреоидит. Но доктор, наблюдавший больную довольно часто (каждые 3 недели), промахнулся это. И только когда врач ушел на пенсию, пришедший ему на смену эндокринолог сразу направил пациентку на обследование щитовидной железы и выявил заболевание.

Однако, как мы уже отметили, иногда бывают случаи острого начала аутоиммунного тиреоидита. Речь идет в первую очередь о зобе Хашимото. Увеличение железы может произойти резко, внезапно. Из-за быстрого увеличения размера железы ее оболочка растягивается, что может сопровождаться болью. В подобных случаях аутоиммунный тиреоидит Хашимото трудно отличим от подострого тиреоидита. Поставить правильный диагноз помогает функциональная биопсия щитовидной железы.

120 Что чувствует человек, болевающий аутоиммунным тиреоидитом?

Изменения, которые сопровождают прогрессирующий аутоиммунный тиреоидит, подробно описаны во 2-й главе. Речь идет о явлениях гипотиреоза, сначала легких — вялость, сонливость, небольшая прибавка веса, склонность к запорам, сухость кожи и волос. В дальнейшем они медленно прогрессируют, развиваются до тяжелых, когда появляются выраженные отеки, одышка,

одутловатость лица, изменение голоса, замедленность речи и движений, выпадение бровей и волос.

При атрофическом тиреоидите сама железа прощупывается с трудом и никаких болезненных ощущений не вызывает. При зобе Хашимото железа увеличивается. Тогда могут появиться жалобы, ощущение неудобства при ношении трудные глотания, ощущение узким воротом, изменение голоса, одышка, усиливающаяся в положении лежа на спине.

Для аутоиммунного тиреоидита Хашимото характерно развитие зоба. При отсутствии правильного лечения он может сформироваться большого размера, со сдавлением различных структур шеи. Тогда потребуются хирургическое вмешательство.

Кроме того, аутоиммунные тиреоидиты с течением времени приводят к развитию гипотиреоза, который, если его не лечить, может привести к гипотиреоидной коме.

21 Какие диагностические процедуры нужны для подтверждения диагноза аутоиммунного тиреоидита?

Один из основных характерных признаков аутоиммунных заболеваний — наличие высокого содержания антител к различным фрагментам тиреоидной клетки в крови. Однако следует всегда помнить, что если присутствуют большое количество антител, то их отсутствие не исключает его. Если антител в крови не обнаружили, а у врача есть веские основания подозревать именно это заболевание, он может назначить функциональную биопсию щитовидной железы.

Когда тиреоидит протекает с образованием большого зоба, проводится весь комплекс обследований, позволяющий убедиться в отсутствии признаков сдавления железой других органов (см. 2-ю главу).

Исследование уровня ТТГ назначают даже при отсутствии явных признаков гипофункции щитовидной железы, так как может быть скрытое (субклиническое) снижение ее функции. Если же явления гипотиреоза имеются, исследуют весь спектр гормонов — Т₄, ТТГ.

122 Как определяют наличие антител?

С целью исключения подозрения на аутоиммунное поражение необходимо подтвердить наличие антител к ткани щитовидной железы в сыворотке крови больного.

Анализ крови на антитела проводится так же, как и оценка уровня гормонов: кровь берется из вены, натощак. При аутоиммунном поражении клетки щитовидной железы к различным компонентам клетки щитовидной железы. Однако повышение уровня антител определяется не постоянно. Аутоиммунное воспаление — это хроническое, медленно прогрессирующее заболевание с периодами обострения и затухания болезни, при котором высокий уровень антител определяется в крови больных только в период обострения. Таким образом, наличие высокого содержания антител подтверждает течение аутоиммунного воспаления, а их отсутствие не исключает диагноза.

123 Что такое биопсия щитовидной железы?

Вне периода обострения определить признаки аутоиммунного воспаления в ткани железы можно, взяв немало клеточного материала из щитовидной железы на анализ. Это исследование называется тонкоигольной аспирационной биопсией щитовидной железы или пункционной биопсией.

Благодаря биопсии можно узнать, из каких клеток состоит щитовидная железа или узел, обнаруженный в

ей. При аутоиммунном воспалении в железе, кроме обычных тиреоидных клеток, появляются воспалительные клетки, характерные только для этого вида воспаления, при других вариантах воспаления — клеточный состав другой. Таким образом, пункционная биопсия позволяет диагностировать не только аутоиммунный тиреоидит, но и другие виды тиреоидитов, которые могут быть причиной увеличения щитовидной железы. При узлах в зависимости от того, какие клетки находятся в нем, может быть установлен, доброкачественный это узел или нет (см. ниже).

24 Как выполняется биопсия щитовидной железы?

При этом анализе врач тонкой (внутримышечной) иглой делает укол в ткань щитовидной железы и отсасывает (аспирирует) немного содержимого шприцем. После исследования очень похоже на взятие крови из вены, с той разницей, что укол наносится не в руку, а в область шеи. Полученный аспират наносит на стекло, смазывают, а затем окрашивают. Врач-цитолог под микроскопом исследует полученные мазки и делает заключение о том, для какого заболевания щитовидной железы характерен данный клеточный состав. Особой подготовки процедура не требует, но во время ее проведения надо четко выполнять все требования врача, делающего пункцию.

Например, во время нахождения иглы в ткани железы нельзя сглатывать, так как игла может выскользнуть из ткани железы, и тогда исследование окажется бесполезным. Во время исследования большого уклада вытаскивают на спину с несколько запрокинутой назад головой, для чего под плечи подкладывают небольшой валик. Перед проведением манипуляции кожу в месте укола обрабатывают спиртом. Обычно для получения достаточного количества материала врач делает 2—3 укола.

125 | Почему при биопсии щитовидной железы не делают обезболивание?

Больные часто задают этот вопрос. Дело в том, что укол, который придется сделать для того, чтобы ввести обезболивающий препарат (анестетик), причинит столько же болевых ощущений, сколько и сама пункция, поэтому смысл предварительного обезболивания железы утрачивается. Кроме того, препарат «разбивает» клеточный материал и снижает информативность исследования. Если вы сильно волнуетесь, то перед процедурой можно принять успокоительное (например, настойку валерианы).

126 | Безопасна ли эта процедура?

Процедура пункционной биопсии достаточно безопасна. Кроме небольшой болезненности, которая может беспокоить в течение 2—3 дней после процедуры, может развиваться гематома (подкожное кровоизлияние) в месте укола из-за повреждения мелкого сосуда. Поэтому врач после процедуры просит пациента плотно прижать ватный тампон к месту укола и подержать в течение нескольких минут. Если железа увеличена значительно и укол наносится в область перешейка — самого тонкого места щитовидной трахеи, расположенного непосредственно над трахеей, может произойти прокол трахеи. В этом случае у больного появляется сильный кашель, который служит для врача сигналом к немедленному извлечению иглы. Пункцию в этой ситуации через некоторое время проводят.

Большинство больных переносит эту процедуру хорошо. При наличии остеохондроза шейного отдела позвоночника после процедуры может в течение нескольких минут беспокоить головокружение. Так что если вы знаете о наличии у себя этого заболевания, не вставайте резко

осле пункции! Следует не спеша сесть, убедиться, что голова не кружится, и лишь затем вставать на ноги.

Хотя биопсия щитовидной железы, как и всякий укол, не очень приятная процедура, важность той информации, которую она дает врачу, трудно переоценить.

27 | Какие лекарства используются для лечения аутоиммунного тиреоидита?

К сожалению, специфических иммунокорректирующих препаратов, способных устранить причину этого заболевания — «поломку» в иммунной системе, пока еще разработали. Поэтому лечение аутоиммунного тиреоидита сводится к компенсации нарушений функции железы, возникающих по мере его прогрессирования. Важно начать лечение еще на доклинической стадии болезни, когда повышены только уровень ТТГ — как правило, это позволяет предотвратить рост щитовидной железы и формирование большого зоба. О том, как проводится лечение тиреоидными гормонами при наличии гипопункции щитовидной железы, мы подробно говорили во 2-й главе. Напомним: йодистые препараты, которые широко применяются в лечении диффузного нетоксического зоба, непригодны для лечения аутоиммунных тиреоидитов — они лишь ускорят прогрессирование заболевания.

28 | Прибегают ли к хирургическому лечению аутоиммунного тиреоидита?

Редко, но все же приходится оперировать аутоиммунный тиреоидит, если он привел к формированию большого зоба со сдавлением окружающих органов. В таких случаях выполняют субтотальную струмэктомию (м. 2-ю главу). После операции обычно назначаются тиреоидные гормоны в качестве заместительной тера-

пии, так как после операции на пораженной аутоиммунным тиреоидитом железе практически всегда развивается гипотиреоз.

129 | **Каковы перспективы лечения аутоиммунного тиреоидита?**

К сожалению, у большей части больных аутоиммунным тиреоидитом с течением времени функция щитовидной железы снижается и развивается гипотиреоз, который требует лечения тиреоидными гормонами.

130 | **Есть ли заболевания, похожие на тиреоидиты?**

На острый тиреоидит могут походить воспаления других органов шеи (спонной железы, срединной кисты шеи, хряща, лимфатических узлов). УЗИ позволяет выявить границы воспалительного процесса и дифференцировать заболевания.

Сходные симптомы как с острым, так и с подострым тиреоидитом может давать кровоизлияние в ткань щитовидной железы. В этом случае поставить правильный диагноз поможет пункционная биопсия.

Подострый тиреоидит при его классическом течении обычно не представляет сложности для диагноза, хотя случается, что врачи других специальностей нередко пропускают подострый тиреоидит, особенно при легком клиническом течении, и диагностируют у таких больных фарингит, тонзиллит или миозит шейных мышц. Сложно поставить диагноз при безболевых формах подострого тиреоидита, но пункционная биопсия исключает эту ошибку.

Атрофический аутоиммунный тиреоидит обычно выявляется поздно, уже на стадии снижения функции щитовидной железы, и больших трудностей в его диагностике не возникает.

ЛИ ОДНО ДРУГОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕМ ЕЕ РАЗМЕРА В СОЧЕТАНИИ СО СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ.

Исключением является врожденная гипоплазия (не-развитие) щитовидной железы, но она характеризуется врожденным снижением функции щитовидной железы, заметным с первых дней жизни, а атрофический тиреоидит формируется обычно у людей пожилого возраста.

Сложнее диагностировать зоб Хашимото. Это заболевание нередко выявляется еще при сохраненной функции железы, благодаря ее увеличению, нередко заметно на глаз. Внешне отличить зоб Хашимото от диффузного нетоксического зоба очень сложно. Поэтому для постановки диагноза проводится описанное выше обследование. Только обнаружение высокого уровня антител и (или) характерных изменений в железе в данном пункционной биопсии позволяет поставить этот диагноз.

Если на начальной стадии зоба Хашимото развивается тиреотоксикоз, то его следует дифференцировать с диффузным токсическим зобом, а при остром начале с болезненностью в железе — с подострым тиреоидитом. Во всех случаях поставить правильный диагноз поможет пункционная биопсия.

ПРОФИЛАКТИКА ТИРЕОИДИТОВ

1 | **Как себя вести, чтобы не заболеть тиреоидитом?**

Предотвратить развитие острого или подострого тиреоидита так же сложно, как предотвратить развитие рЗ. И меры предосторожности здесь аналогичные: за-ливание, достаточное потребление витаминов. Станьте своевременно и тщательно лечить заболевания

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

зубов, ушей, горла и носа. Ведь распространение бактериальной инфекции на щитовидную железу может происходить из очагов инфекции в этих органах.

О мерах профилактики при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы подробно см. соответствующий раздел 3-й главы.

132 | Можно ли избежать повторения болезни?

Среди тиреоидитов рецидивы характерны для подострого тиреоидита. Обычно они возникают при прекращении или снижении дозы или отмене препарата. Поэтому, для того чтобы избежать рецидива, необходимо тщательно выполнять назначения врача. Вызвать возобновление симптомов болезни может и перенесенная во время лечения вирусная инфекция. Следует избегать контактов с людьми, переносчиками ОРЗ, реже бывать в местах большого скопления народа, где легко «подцепить вирус». К сожалению, большинство людей весьма легкомысленно относятся к вирусным инфекциям, не соблюдая во время такого заболевания, как ОРЗ, домашний режим.

Глава 5 Узловые образования в щитовидной железе

СИМПТОМЫ И ПРИЧИНЫ

3 | Какие симптомы характерны для доброкачественных узлов в щитовидной железе?

Чаще доброкачественные узлы обнаруживают случайно, обычно они характеризуются медленным увеличением в размере или даже отсутствием роста. К сожалению, длительное отсутствие каких-либо жалоб приводит к тому, что пациент обращается к врачу лишь тогда, когда узел становится виден на глаз, деформируя шею. Узлы большого размера (больше 3 см в диаметре) практически не поддаются консервативному лечению, и этот узел растет, то речь уже идет об операции. А если растущий узел не удалить, он, постепенно увеличиваясь в размере, начнет давить на трахею, пищевод, начнет дышать и глотать. Неважно, что оказывает давление — диффузно увеличенная доля или узел большого размера, — проявления будут во многом аналогичными. При наличии признаков сдавления операция станет

уже жизненно необходимой, а выполнение ее будет осложнено тем, что узел плотно срастается с окружающими тканями, и выделить его, не повредив их, будет чрезвычайно сложно. Поэтому процент различных осложнений при поздних операциях гораздо выше.

134 | Что может беспокоить человека при злокачественных узлах щитовидной железы?

Злокачественный узел, как правило, быстро растет. Из-за того, что злокачественные клетки прорастают в окружающие ткани, нарушаются функции дыхания и глотания, возникает осиплость или даже голос совсем пропадает (повреждение нервов, обеспечивающих подвижность голосовых связок), боль в шее, порой чрезвычайно сильная (повреждение чувствительных нервных веточек), а также симптомы сдавления сосудов (см. 2-ю главу).

Некоторые опухоли дают отсевы в расположенные на шее лимфатические узлы, и порой первым вырастает именно лимфоузел. В клинике обследовалась девушка, у которой на шее вырос большой лимфоузел. В лимфоузле при пункционной биопсии были обнаружены признаки рака щитовидной железы. В то же время в самой щитовидной железе, даже при самом тщательном УЗИ, не удалось обнаружить никаких узлов. И лишь после того, как большая была прооперирована, при микроскопическом обследовании ткани железы был обнаружен крохотный, около 2 мм в диаметре, очаг раковых клеток.

Однако описанные жалобы отмечаются лишь у половины больных раком щитовидной железы. Рак щитовидной железы может долгое время вести себя как доброкачественный узел, не давая никаких клинических проявлений. Поэтому по внешним признакам далеко не всегда удается определить характер узла — доброкачественный он или нет. К сожалению, в распоряжении вра-

нет ни одного абсолютно достоверного признака, который уже при осмотре позволил бы поставить диагноз рака щитовидной железы.

135 | Кто входит в группу риска?

Как это ни печально, злокачественными узлы чаще встречаются у детей (примерно в 2 раза). Поэтому, если у ребенка обнаружен узел в щитовидной железе, обследование и лечение следует проводить безотлагательно.

ЕСЛИ У РЕБЕНКА ОБНАРУЖЕН УЗЕЛ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ БЕЗОТЛАГАТЕЛЬНО.

Вторая группа риска — люди старше 60 лет, особенно мужчины. Хотя у женщин узлы встречаются гораздо чаще, злокачественными они оказываются в 2—3 раза реже, чем у мужчин. Рак чаще развивается в виде одиночного узла, поэтому если у человека многоузловой щитовидной железы, шансов на наличие злокачественного процесса гораздо меньше. Очень важное значение имеет история болезни: значительное увеличение узла за короткий срок, лучевая терапия на область головы и шеи в прошлом.

Практически полностью можно исключить рак, если узел обладает высокой функциональной активностью, вызывает тиреотоксикоз. Такой узел называется токсической аденомой щитовидной железы (см. 4-ю главу).

136 | Как часто встречаются узлы в щитовидной железе?

При массовых обследованиях населения узлы обнаруживаются примерно у 3—5% людей при осмотре и примерно у 20% при выполнении УЗИ щитовидной железы.

Узлы в щитовидной железе примерно в 4—8 раз чаще встречаются у женщин, чем у мужчин. С возрастом частота узлов в щитовидной железе неуклонно возрастает. У детей частота узлов составляет приблизительно от 0,5 до 1,5%, на шестом десятке жизни узлы обнаруживаются примерно у половины людей, а к 90 годам — почти у 80%.

На частоту образования узлов влияет радиационный фон. У людей, проживающих в зонах, подвергшихся радиационному заражению, частота выявления узлов выше примерно в 1,5 раза, а у людей, получавших лучевую терапию на область головы и шеи (например, лечение аденоидов), — в 2 раза выше. Кроме того, воздействие радиации приводит к большей частоте недоброкачественных узлов.

137 | Почему образуются узлы в щитовидной железе?

Среди причин, способствующих образованию узлов в щитовидной железе, важное значение придается недостатку йода в пище и воде. Образование узлов при йоддефицитном зобе происходит на фоне диффузного увеличения щитовидной железы и является как бы следующей стадией развития заболевания. Значение йодного дефицита подтверждается гораздо более высокой частотой встречаемости узлового зоба в местностях с доказанным недостатком йода.

В некоторых странах развитию зоба, в том числе и узлового, способствуют содержащиеся в произрастающих там растениях вещества, которые называются зобогены и вызывают увеличение щитовидной железы при поступлении в организм человека.

Некоторое значение имеет наследственность. Природой заложено наличие в щитовидной железе клеток с различной чувствительностью к веществам, стимулирующим рост и работу щитовидной железы. Передача по наследству такого признака, как наличие в щито-

идной железе клеток с высокой чувствительностью к стовым стимуляторам, будет приводить к тому, что в зобе, имеющей такой признак, будет часто развиваться узловой зоб.

В зависимости от того, к каким агентам имеется повышенная чувствительность отдельных клеток — только ростовым или к ростовым и к усиливающим образование гормонов, узлы могут быть нефункционирующие или малофункционалирующие и могут быть с повышенной функциональной активностью — гиперфункционирующие.

138 | Как часто узлы в щитовидной железе оказываются раковыми?

К счастью, частота раков среди узлов щитовидной железы невысока и не превышает 5—10%. Так что при обнаружении узла в щитовидной железе не стоит сразу падать в отчаяние — вероятность того, что он доброкачественный, во много раз выше.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕДУРЫ

139 | Какие диагностические исследования проводят, если обнаружен узел в щитовидной железе?

Прощупываемое пальцами новообразование в области щитовидной железы может оказаться кистой или при таком тиреоидита (помните, для этого заболевания характерно наличие участков уплотнения в ткани желез), и вовсе быть патологией, не связанной со щитовидной железой (например, срединная киста шеи). Поэтому обязательным исследованием при обнаружении узла в щитовидной железе является УЗИ. Проверяют уровень гормо-

нов щитовидной железы, прежде всего ТТГ, для оценки функционального состояния. Узел может быть как функционирующим, так и нет. Кроме того, при лечении узлов таблетками уровень ТТГ служит для контроля за лечением. Делают сцинтиграфию щитовидной железы, чтобы убедиться, действительно ли источником повышенной продукции гормонов в щитовидной железе (если таковая обнаружена) является именно узел.

140 Как можно точно узнать, доброкачественный узел или злокачественный?

Мне сделали сцинтиграфию щитовидной железы, и доктор, делавший исследование, сказал, что у меня «холодный» узел и его обязательно нужно оперировать. Так ли это?

Такое мнение существовало до тех пор, пока не появилась функциональная биопсия щитовидной железы. Вторым: узел, активно вырабатывающий гормоны, то есть «горячий», практически никогда не бывает злокачественным. Поэтому злокачественные узлы почти всегда «холодные». Некоторые раки щитовидной железы (обычно это так называемый фолликулярный рак) являются «теплыми», то есть захватывают йод, но умеренно. Однако утверждать по одной лишь сцинтиграфии, что узел злокачественный, нельзя, так как «холодными» очень часто бывают и абсолютно доброкачественные узлы, а также кисты щитовидной железы.

Наиболее точным методом, позволяющим установить, из каких клеток состоит узел — «хороших» или «плохих», — является пункционная биопсия узла. По составу обнаруженных в нем клеток, узлы делят на злокачественные, подозрительные на злокачественные и доброкачественные. Кроме установления самого факта злокачественности узла пункционная биопсия поможет установить, какой именно рак развился. Это очень важно для выбора тактики лечения после выполнения операции на щитовидной железе.

При злокачественных узлах и доброкачественных узлах большого размера может преобладать компьютерная томография, которая с высокой точностью позволяет установить форму, размер щитовидной железы, ее взаимоотношение с другими органами шеи (например, трахея или нет прорастание в окружающие структуры, их сдавление).

При злокачественных узлах проводится тщательное исследование тех органов, в которых данный вид рака может давать метастазы. Это позволит определиться с наиболее эффективным лечением.

ЛЕЧЕНИЕ

1 Как лечат узлы в щитовидной железе?

Если узел злокачественный, его срочно нужно оперировать. При подозрении на недоброкачественный характер узла его обычно тоже оперируют, если к операции нет абсолютных противопоказаний, создающих риск для жизни.

При доброкачественном узле способ лечения выбирают врач. При небольшом размере узла и отсутствии каких-либо нарушений самочувствия, связанных с его наличием, используют лечение таблетками, а очень маленькие узлы просто наблюдают. Если узел большой или отвечает на лечение таблетками, продолжает расти, прибегают к оперативному лечению.

Консервативное лечение (то есть лечение таблетками) используется при доброкачественных узлах, при отсутствии показаний к операции.

Используются те же препараты, что и при лечении диффузного нетоксического зоба (тиреотимные гормоны — препараты йода), и принципы их назначения аналогичны (см. главу 2). Возможные противопоказания и побочные эффекты подробно описаны в 3-й главе.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Если проводится лечение тиреоидными гормонами, контролировать следует уровень ТТГ (через 3—4 недели после каждого изменения дозы препарата) и УЗИ щитовидной железы (через 3 месяца после достижения желаемого уровня ТТГ и в дальнейшем примерно раз в 3 месяца).

Если лечат йодистыми препаратами, достаточно осуществлять УЗИ-контроль и, если не проводилась пункционная биопсия, — через месяц от начала лечения проверить, не появились ли в крови антитела к ткани щитовидной железы. Дело в том, что аутоиммунный тиреоидит может развиваться в виде узла, и на фоне лечения йодом это заболевание может обостриться. При получении в анализе высокого уровня антител лечение йодом прекращают.

142 | Как проводится хирургическое лечение?

Если узел доброкачественный, но требует оперативного лечения (очень большой, давит на органы шеи, растет, несмотря на консервативное лечение), выполняется гемиструмактомия (см. 3-ю главу). Такую же операцию делают и при подозрительных узлах. Во время операции всегда проводится срочное гистологическое исследование: удаленный узел рассматривают под микроскопом и уточняют, из каких клеток он состоит. Так окончательно решается вопрос о том, доброкачественный это узел или злокачественный. Если узел доброкачественный, операцию на этом завершают, если злокачественный, то при необходимости могут прибегнуть к полному удалению щитовидной железы.

Если доброкачественные узлы имеются в обеих долях, делают субтотальную струмактомю (см. главу 2). При злокачественных узлах объем операции зависит от того, о каком именно раке идет речь. Иногда удается обойтись удалением одной доли, но чаще всего приходится удалять не только всю щитовидную железу, но и окру-

УЗЛОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

жающую ее жировую ткань, лимфоузлы, так как там могут быть (или даже видны во время операции) отсевы злокачественных клеток, которые потом могут дать повторный рост опухоли. Это травмирующая операция, но так как вопрос идет о жизни человека, выбора не остается.

43 | Возможны ли осложнения при хирургическом лечении?

Об осложнениях, которые возникают при выполнении гемиструмактомии и субтотальной струмактомии, см. 2-ю и 3-ю главы.

Полное удаление щитовидной железы обязательно лечит за собой развитие тяжелой гипофункции щитовидной железы, поэтому после операции назначается терапия тиреоидными гормонами. Вместе со щитовидной железой удаляются и паращитовидные железы, а следовательно, необходимо проводить лечение препаратами кальция, дефицит которого в этом случае возникает немедленно. Гораздо чаще, чем после частичного удаления железы, развиваются и другие осложнения (например, нарушение функции голосовых связок).

44 | Что ждет больного после операции?

После операции лечение еще не закончено. То, каким оно будет, зависит от типа удаленной опухоли. При одних опухолях (фолликулярный рак) эффективным, даже при наличии отсевов в другие органы, может оказаться лечение радиоактивным йодом. В лечебных целях препарат вводят в значительно большем количестве, чем при диагностическом обследовании. Большая доза радиоактивного йода «убивает» клетки, которые его захватывают. Метастазы фолликулярного рака, так же как и сама опухоль, активно захватывают радиоактивный йод,

ПРОФИЛАКТИКА

146 | **Что помогает предотвратить образование узлов в щитовидной железе?**

В целом профилактические мероприятия такие же, как при диффузном нетоксическом зобе (достаточное потребление йода, витаминов). Так же как при аутоиммунных заболеваниях, при узлах щитовидной железы следует избегать инсоляции области шеи, физиотерапевтических процедур на эту область и тому подобных воздействий. Как уже упоминалось, очень опасно облучение области шеи, поэтому при наличии узлов в железе не стоит без крайней нужды прибегать к рентгенотерапии на область шеи и головы (такое лечение иногда еще используют при аденоидах, угрех, тонзиллите).

147 | **Как своевременно обнаружить узел?**

Почти каждый из нас хотя бы раз в год посещает врача в поликлинике с банальной простудой, ушибом, повышением давления и другими болезнями. Любой врач, независимо от специальности (терапевт, кардиолог, хирург), умеет пальпировать щитовидную железу. Большинство из нас делает это во время осмотра. Большинство узлов, требующих к себе внимания, будут обнаружены при таком осмотре.

148 | **Какова профилактика повторных возникновений болезни?**

Здесь может быть только одна рекомендация помимо указанных выше мероприятий — это неукоснительное соблюдение всех рекомендаций лечащего врача.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

где бы они ни находились, и злокачественные клетки погибают под его воздействием. Эту опухоль можно полностью вылечить даже при наличии метастазов. Такое лечение в нашей стране проводится в городе Обнинске, во Всероссийском институте радиологии. Так что никогда не стоит отчаиваться!

После удаления рака щитовидной железы проводится не просто заместительная терапия тиреоидными гормонами, но и так называемая супрессивная (подавляющая) терапия, поскольку ТТГ оказывает стимулирующее (рост действие не только на нормальные клетки щитовидной железы, но и на опухолевые тоже. При этом тиреоидные гормоны назначают в таком количестве, чтобы подавить выработку ТТГ и снизить его количество в крови ниже нормы.

При раках с выраженной злокачественностью, если нет полной уверенности в том, что вся опухоль удалена и нет метастазов, приходится назначать лучевую терапию или химиопрепараты, обладающие токсическим действием на опухолевые клетки.

145 | **Когда отменяют терапию и снимают с диспансерного учета у эндокринолога?**

Если проводилось консервативное лечение и узел исчез, то показываться врачу часто нет необходимости. Достаточно первый год каждые 6 месяцев, а затем раз в год делать УЗИ щитовидной железы, и лишь в том случае, когда узел появится снова, повторно обратиться к врачу.

После операции, если функция железы осталась нормальной, наблюдение осуществляется в таком же режиме. Если после операции развился гипотиреоз, наблюдение должно быть постоянным.

И конечно же, пожизненное наблюдение у эндокринолога следует проводить после удаления злокачественного узла, тем более что в этом случае, как правило, проводится пожизненная супрессивная терапия.

КИСТЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

149 | Что такое киста щитовидной железы?

Напомним, что щитовидная железа состоит из крохотных пузырьков, стенка которых представлена тиреоидными клетками, а внутри находится жидкость — коллоид, в нем хранится запас гормонов щитовидной железы. Если в одном из таких пузырьков образование жидкости усилено, а отток ее нарушен, то она будет накапливаться, а пузырек увеличиваться в размере. Так образуется киста — пузырек с жидкостью в ткани щитовидной железы.

150 | Опасны ли кисты?

В большинстве случаев кисты являются доброкачественными образованиями. На функцию щитовидной железы они обычно не влияют. Очень редко встречаются злокачественные кисты, обычно они большого размера, поэтому при больших кистах следует обязательно делать пункционную биопсию. Кисты меньше сантиметра в диаметре можно просто наблюдать и пунктировать только при увеличении их в размере.

151 | Какие ощущения вызывает появившаяся в щитовидной железе киста?

Кисты могут вести себя по-разному. Иногда годами сохраняют один размер и обнаруживаются случайно при осмотре или УЗИ. Иногда вырастают быстро, вызывая тревогу и у больного, и у врача: не рак ли это? Кисты могут спонтанно исчезать.

Если киста становится очень большой, она так же, как и большие узлы, может сдавливать расположенные рядом структуры шеи (см. 2-ю главу).

152 | Бывают ли осложнения кист?

Киста может воспалиться и нагноиться. Большой жабетя, как при остром тиреоидите, на боль в месте расположения кисты, подъем температуры, интоксикацию, воспаление и увеличение расположенных рядом лимфоузлов.

153 | Какие исследования проводят для выявления кисты?

Это прежде всего УЗИ щитовидной железы. В большинстве случаев опытный врач отличает жидкостное образование от узла. Второй метод исследования — пункционная биопсия — является одновременно и диагностическим, и лечебным. Он позволяет выяснить, нет ли кисте признаков злокачественности или нагноения, и одновременно при пункции кисту опорожняют. Примером отсасывают из нее накопленную жидкость. Примерно половина кист после этого опадает и перестает накапливать жидкость.

154 | Как лечат кисты щитовидной железы?

Итак, начинают с опорожнения кисты во время пункционной биопсии. Если по данным биопсии киста доброкачественная и не воспалена, такое лечение при необходимости можно повторить. Это делают в том случае, когда киста после опорожнения снова накапливает жидкость. Однако кисту, которая быстро вновь на-

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

капливает жидкость, достигая за неделю исходного размера, лучше прооперировать. Шансов на то, что она опадет при повторных опорожнениях, мало. Иногда в такие кисты после опорожнения вводят немного спирта, чтобы стенки лучше слиплись и перестала накапливаться жидкость. Если в кисте есть признаки воспаления, проводят противовоспалительную терапию. (Обычно речь идет о бактериальной инфекции и после посева содержимого кисты на питательный бульон для установления типа бактерий и чувствительности к различным антибиотикам назначается антибактериальная терапия.) Если киста имеет признаки злокачественности или большой размер и не опадает после повторного опорожнения, ее следует удалить оперативным путем. Чаще всего речь идет о гемиструмактомии. Нарушения функции щитовидной железы после операции обычно не бывает.

155 | Требуется ли наблюдение у эндокринолога после ликвидации кисты?

Желательно раз в год делать УЗИ щитовидной железы, ибо кисты могут возникнуть вновь.

Глава 6 | Нетрадиционные методы лечения заболеваний щитовидной железы

56 | Можно ли поддержать свой организм во время болезни какими-нибудь витаминами, сборами трав?

Это зависит от того, каким заболеванием вы страдаете. При *йододефицитных заболеваниях* лечение легких форм (небольшой зоб без нарушения функции) и пролактика повторных возникновений болезни может проводиться не только препаратами йода, но и достаточным потреблением в пищу продуктов, богатых йодом (морепродукты, морская рыба), и поливитаминных препаратов с минеральными добавками. Очень богат йодом салат из морской капусты. В аптеке могут предложить препараты «Кламин», «Йодактив», «Моринит», «Минарию».

При *тиреотоксикозе* основу лечения, несомненно, должны составлять медикаментозные препараты. В первые недели болезни, пока не нормализуется уровень гормонов в крови, дополнительно нужно принимать вита-

мины группы В, прежде всего В₁. Можно покупать витамины в аптеке, а можно восполнять дефицит, включая в питание продукты, богатые этими витаминами: пивные дрожжи, зелень, шпинат.

Если беспокоят эмоциональная лабильность и бессонница, а принимать седативные препараты типа Феназепам не хочется, их можно заменить травяными сборами с седативным эффектом. Вот несколько вариантов таких сборов (дозировки в частях):

1. Валериана лекарственная (корень) — 20,0
Вахта трехлистная (листья) — 30,0
Мята перечная (листья) — 30,0

Хмель обыкновенный (соплодия) — 20,0

1 ст. ложка сбора заливается 1 стаканом кипятка, 15 минут выдерживается в водяной бане, настаивается 40—45 минут. Принимают по 1/2 стакана 2 раза в день натощак.

2. Ежевика сизая (листья) — 25,0
Пустырник обыкновенный (трава) — 25,0
Чабрец обыкновенный (листья) — 15,0
Сушеница топяная (трава) — 15,0
Ясменник душистый (листья) — 20,0

Настой готовится так же, как № 1. Принимают по 1/2 стакана 3 раза в день до еды.

3. Хвощ полевой (трава) — 20,0
Горец птичий (трава) — 30,0
Боярышник кроваво-красный (цветы) — 50,0
Приготовить настой, принимать по 1/4 стакана 3—4 раза в день до еды.

Если тиреотоксикоз привел к повышению артериального давления, к основному лечению можно добавить такие сборы:

1. Вахта трехлистная (листья) — 25,0
Ромашка аптечная (цветки) — 25,0
Пустырник обыкновенный (трава) — 50,0
Настой, приготовленный как и предыдущие, принимают по 1/2 стакана 2 раза в день.

Валериана лекарственная (корни) — 20,0
Вереск обыкновенный (трава) — 30,0
Пустырник обыкновенный (трава) — 25,0
Сушеница топяная (трава) — 25,0
Настой принимают по 1/2 стакана 3 раза в день.

Береза (листья) — 5,0

Боярышник кроваво-красный (плоды) — 15,0

Донник лекарственный (трава) — 5,0

Мать-и-мачеха (листья) — 10,0

Солодка голая (корни) — 10,0

Сушеница топяная (трава) — 15,0

Укроп огородный (трава) — 15,0

Хвощ полевой (трава) — 15,0

Тмин песчаный (цветки) — 10,0

Настой принимают по 1/3 стакана 3 раза в день.

Если на фоне тиреотоксикоза происходит нарушение сердечной деятельности нетяжелых форм, например выявляются отеки на ногах в конце дня, а также пациентам с инфилтративной офтальмопатией, у которых развиваются отеки вокруг глаз, к лечению можно добавить мочегонные сборы. Приводим составы нескольких таких сборов:

Береза (листья) — 10,0

Ежевика сизая (листья) — 80,0

Мать-и-мачеха (листья) — 10,0

Настой принимают по 1/2 стакана 3 раза в день до еды.

Береза (почки и листья) — 40,0

Можжевельник обыкновенный (плоды) — 30,0

Одуванчик лекарственный (корни) — 30,0

Настой принимают по 1 ст. ложке 3—4 раза в день.

Береза (листья) — 50,0

Стальник полевой (корни) — 25,0

Шиповник коричневый (плоды) — 25,0

Настой принимают по 1/3 стакана 3 раза в день натощак.

157 Можно ли использовать физиотерапию?

Как лечебную процедуру физиотерапию используют в основном при инфльтративной офтальмопатии. Используются при этой патологии ионофорез с глюкокортикоидными гормонами (солукортэф). Применяется магнитотерапия на область орбит.

Физиотерапевтические воздействия на область щитовидной железы противопоказаны, так как могут усилить проявления болезни. Не рекомендуется также при заболеваниях щитовидной железы массаж воротниковой зоны, игло-рефлексотерапия этой области.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОБЛАСТЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ, ТАК КАК МОГУТ УСИЛИТЬ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ.**158 Помогает ли санаторно-курортное лечение?**

Ответ на этот вопрос опять-таки зависит от того, о каком заболевании идет речь. Если о йодном дефиците и связанной с ним патологии щитовидной железы, то пребывание на морских курортах, несомненно, пойдет на пользу. Однако следует помнить, что при йодном дефиците могут образовываться узлы в щитовидной железе. В случае узлового зоба длительное пребывание на солнце противопоказано, и отдыхать лучше на курортах Балтийского побережья.

При заболеваниях, сопровождающихся тиреотоксикозом, в частности при диффузном токсическом зобе, санаторно-курортное лечение рекомендуется только после устранения основных проявлений болезни. Можно отправиться в санатории средней полосы, на курорты Балтийского побережья, в нежаркое время года — на курорты Кавказских минеральных вод.

159 Как относиться к гомеопатическим методам лечения?

К сожалению, нам не доводилось встречать пациентов, которые рассказали бы о том, что избавились от тиреотоксикоза или узла в щитовидной железе, принимая гомеопатические горюшины. Не удалось найти сведений об этом и в медицинской литературе.

160 Правда ли, что от гормонов толстеют?

У меня обнаружили гипотиреоз (узел в щитовидной железе, зоб Хашимото). Врач-эндокринолог рекомендовал принимать гормоны. Ужасно расстроилась, ведь я и так полная, а от гормонов, я слышала, очень сильно толстеют. Может, не стоит их принимать?

Этот вопрос очень часто звучит в кабинетах эндокринологов. Пациенты склонны объединять в «один флакон» всю информацию о свойствах гормонов, забывая о том, что гормоны бывают разные. Можно прибавить в весе, принимая глюкокортикоидные гормоны. Можно поправиться, принимая контрацептивы — женские половые гормоны. Но потолстеть, принимая гормоны щитовидной железы, практически нельзя! Вспомните, что мы писали о свойствах этих гормонов, что происходит с человеком, когда этих гормонов много, — в организме ускоряются процессы расщепления жира и белка! Таким образом, если доза тиреоидных гормонов большая, то вы скорее похудеете, а не потолстеете. Однако такие дозы специально назначаются лишь в крайне редких случаях — при послеоперационной терапии некоторых форм рака щитовидной железы. В подавляющем большинстве случаев терапия тиреоидными гормонами носит либо заместительный характер, когда мы лишь восполняем недостаток, либо подавительный, но в пределах сохранения в крови нормального уровня гормонов. Поэтому и с весом и с самочувствием все должно быть в порядке.

161 | Можно ли принимать лекарства во время беременности?

Я болею гипотиреозом, принимаю «Левотироксин». Недавно забеременела. Не повредит ли лекарство будущему ребенку? Мама говорит, что мне сейчас лучше поменьше пить таблеток. Так ли это?

Конечно нет! Если до беременности доза препарата была достаточной и уровень гормонов в крови нормальный, то ничего менять не следует. Если уменьшить дозу препарата, то уровень гормонов в крови станет ниже нормы, а это как раз очень вредно для ребенка, ибо недостаточное содержание тиреоидных гормонов в крови матери может привести к различным патологическим состояниям у плода.

Перед планированием беременности женщинам, болевшим гипотиреозом, нужно убедиться в том, что дефицит гормонов полностью устранен. Именно это обеспечит нормальное развитие ребенка. А сколько для этого следует принимать таблеток, пусть посоветует врач.

ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИНАМ, БОЛЕЮЩИМ ГИПОТИРЕОЗОМ, НУЖНО УБЕДИТЬСЯ В ТОМ, ЧТО ДЕФИЦИТ ГОРМОНОВ ПОЛНОСТЬЮ УСТРАНЕН. ИМЕННО ЭТО ОБЕСПЕЧИТ НОРМАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА.

162 | Помогают ли янтарные бусы?

Медики — недоверчивый народ. Они даже в действии лекарственных препаратов, представленных солидными фармацевтическими фирмами, верят лишь после того, как лично убедятся в их эффективности в так называемых клинических испытаниях с плацебо-контролем. Что такое плацебо-контроль? По-другому его можно назвать «скидкой на самовнушение». Дело в том, что многие люди способны внушать себе, что от того

или иного лечения им становится лучше, и они действительно чувствуют улучшение. Для того чтобы оценить вклад этого самовнушения в эффект, полученный от того или иного препарата, поступают так: половине больных дают настоящее лекарство, а второй половине — плацебо — пустую таблетку, не содержащую никаких лекарств, но говорят, что это то же самое лекарство. Потом результат, полученный от лечения лекарством, сравнивают с результатом приема плацебо. Разница между полученными результатами и будет настоящим эффектом от данного препарата. К чему мы так подробно об этом пишем? Да к тому, что эффект от ношения янтарных бус скорее всего является тем самым эффектом плацебо: люди верят в то, что янтарные бусы должны помогать, и действительно чувствуют облегчение. Никаких контролируемых исследований (например, сравнить эффект от ношения настоящих янтарных бус и стеклянных, сделанных «под янтарь») никто никогда не проводил, поэтому достоверных данных о том, действует ли янтарь на щитовидную железу, нет. Однако что известно наверняка, так это то, что вреда от него не будет. Поэтому, если вы верите в чудодейственную силу янтаря, носите на здоровье!

163 | Поможет ли вылечить зуб экстрасенс?

Знахарки, колдуны, экстрасенсы. Может статья, и есть среди них люди, способные лечить серьезные болезни, однако в большинстве своем этих «специалистов» по методам лечения можно сравнить с психотерапевтами. Они способны помочь тем людям, у которых болезнь связана с расстроенными нервами, с личной неустроенностью, тревожностью. Но нам ни разу не доводилось видеть, чтобы кто-нибудь из них вылечил человека от тиреотоксикоза или рака щитовидной железы. Поэтому совет такой: если беседы с ведуньей помогают вам почувствовать себя спокойной и здоровой, общайтесь с

ней, но ни в коем случае не вместо врача, а в дополнение к лечению, назначенному специалистом.

164 | Всегда ли при увеличении щитовидной железы нужно принимать йодсодержащие препараты?

В последние годы в средствах массовой информации появились рекламные проспекты, рекомендующие всем пациентам, страдающим увеличением щитовидной железы, прием йодсодержащих препаратов (кламин, йодированная соль, «Йодактив»). Однако далеко не каждое заболевание щитовидной железы можно и нужно лечить йодом. Более того, при некоторых заболеваниях (аутоиммунные тиреоидиты, диффузный токсический зоб) неконтролируемый прием йодистых препаратов может привести к существенному ухудшению состояния. Поэтому к рекомендациям, которые дают не специалисты, а люди, далекие от эндокринологии, следует относиться с осторожностью.

Заключение

Надеемся, что наша книга помогла разобраться во многих проблемах, которые вас волновали, помогла понять назначения ваших лечащих врачей и способствовала взаимопониманию. Не стесняйтесь спрашивать, ведь когда человек хорошо информирован, его дела, в том числе и выздоровление, идут успешнее, чем когда он остается в неведении. Давайте лечиться лучше, давайте вместе искать лучшие методы лечения. Пусть врач и пациент всегда будут союзниками и помощниками друг другу.

Будем очень рады, если вы не только прочтете нашу книгу, но и пришлете письма с теми вопросами, которые волнуют лично вас и ответов на которые вы не нашли в нашей книге. Мы с удовольствием ответим на них!

Словарь терминов

Аспират — содержимое, которое удается получить шприцем из щитовидной железы во время проведения пункционной биопсии. Обычно состоит из клеток щитовидной железы, жидкости, содержащейся в ней (коллоид), и может содержать примесь крови.

Аутоиммунные заболевания щитовидной железы — те заболевания щитовидной железы, которые развиваются из-за нарушения нормальной работы иммунной системы. К ним относятся диффузный токсический зоб и аутоиммунные тиреоидиты.

Возвратный нерв — нерв, обеспечивающий подвижность голосовых связок.

Гастрит — воспаление слизистой оболочки желудка.

Эрозивный гастрит сопровождается образованием поверхностных дефектов слизистой — эрозий.

Гинекомастия — увеличение молочных желез у мужчин.

Гипертензия — правильнее говорить *артериальная гипертензия* или *гипертония* — повышение артериального давления выше нормы.

Гиперфункциональный узел щитовидной железы — узловое образование в щитовидной железе, вырабатывающее избыточное количество гормонов.

Гиперфункция щитовидной железы — усиление работы данного органа выше нормального.

Гиполазия — недоразвитие органа. Например, о недоразвитии щитовидной железы говорят, когда имеется только одна доля вместо двух.

Тироидиз — эндокринный орган, расположенный в головке и вырабатывающий гормоны, которые не столько сами воздействуют на процессы жизнедеятельности организма, сколько регулируют продукцию гормонов в других эндокринных органах.

Гормоны — вещества, образующиеся в эндокринных органах и регулирующие все жизненные процессы в организме.

Дефицит йода — недостаток йода в пище и воде, и как следствие — его недостаток в организме человека.

Аденоиды — разрастание лимфатической ткани в горле — заболевание, характерное для детского возраста.

Аденома — доброкачественная опухоль.

Аменорея — прекращение месячных у женщины детородного возраста или их отсутствие у девушки 16 лет и старше.

Анемия — низкое содержание в крови красных кровяных телец (эритроцитов), обеспечивающих доставку кислорода в различные органы.

Аномалия развития — это либо наличие того, чего быть не должно, например пузырек с жидкостью между хрящами гортани (срединная киста шеи); отсутствие или недоразвитие того, что должно быть, например отсутствие одной доли щитовидной железы.

Антитела — специальные белковые структуры, которые вырабатывают клетки иммунной системы для защиты организма от чужеродных вредоносных агентов (вирусов, бактерий, токсинов). При нарушениях в работе иммунной системы могут образовываться антитела к собственным клеткам организма.

Аритмия — неправильные, неритмичные сокращения сердца, которые могут ощущаться как замирание сердца, учащенное сердцебиение, отдельные более сильные удары.

Диагностика, диагностические мероприятия — комплекс обследований, назначаемых врачом для подтверждения наличия того или иного заболевания.

Дифференциальная диагностика — комплекс обследований, назначаемых врачом для того, чтобы отличить одно заболевание от другого.

Диффузный токсический зоб — увеличение щитовидной железы с избыточным образованием в ней тиреоидных гормонов.

Доклиническая стадия болезни — тот этап в развитии заболевания, когда никаких внешних ее проявлений и жалоб еще нет.

Заместительная терапия тиреоидными гормонами — терапия, проводимая для возмещения недостатка тиреоидных гормонов, возникшего вследствие недостаточной функции щитовидной железы.

Зоб — увеличение щитовидной железы.

Иммунная система — обеспечивает защиту организма от чужеродных вредоносных агентов (бактерий, вирусов).

Инсоляция — облучение солнечной радиацией.

Интоксикация — отравление организма, которое проявляется слабостью, утомляемостью, ломотой в мышцах и суставах, потливостью, отсутствием аппетита, **Инфильтративная офтальмопатия** — изменения глаз, которые развиваются при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы, чаще всего при диффузном токсическом зобе.

Йод — микроэлемент, необходимый для образования гормонов щитовидной железы. Входит в состав гормонов щитовидной железы. Осуществляет в ней саморегулирующее действие.

Липома — узел из жировых клеток.

Метастазы — отсевы опухолей в другие органы.

Микрофлора кишечника — бактерии, которые в норме «населяют» кишечник. Бактерии, живущие в кишечнике, играют важную роль в переваривании пищи. При их гибели пищеварение нарушается и появляются

ются жалобы на повышенное газообразование, нарушения стула (поносы).

Миозит — воспаление мышцы.

Миокардит — воспаление мышцы сердца. **Вирусный миокардит** — воспаление мышцы сердца, вызванное вирусами.

Надпочечник — эндокринный орган, расположенный в брюшной полости и вырабатывающий гормоны. Центральная (мозговая) часть надпочечника вырабатывает гормоны, называемые *катехоламины*, усиливающие активность симпатической нервной системы. Краевая часть надпочечника (кора) вырабатывает несколько гормонов, среди них — *кортизол* — глюкокортикоидный гормон, регулирующий практически все процессы жизнедеятельности (образование сахара, белка, жира, формирование костей, регуляция работы иммунной системы, артериального давления, нормальная работа головного мозга).

Одышка — учащение дыхания.

Остеопороз — уменьшение плотности костей, сопровождающееся повышением их хрупкостью и соответственно высоким риском переломов.

Отек — накопление жидкости в тканях.

Пальпация — метод медицинского обследования органов большого ошупыванием руками через кожные покровы.

Постклимактерический возраст (период) — период жизни женщины после прекращения месячных (обычно после 45 лет).

Претибиальная микседема (дермопатия) — поражение кожи и подкожного жира голени, возникающее при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы.

Рециды — повторное проявление болезни после кажущегося выздоровления.

Сахарный диабет — повышение сахара в крови выше нормы.

Сердечная недостаточность — ослабление работы сердца, когда оно с недостаточной силой перекачивает

кровь и из-за этого развивается задержка жидкости в различных органах (отеки) и другие проявления (одышка, увеличение печени).

Симпатическая нервная система — отдел нервной системы, участвующий в регуляции работы различных органов: половых желез, сосудов сердца, желудочно-кишечного тракта и т. д.

Симптомы — проявления, характерные для данной болезни.

Супрессивная терапия тиреоидными гормонами — терапия, которая проводится для снижения уровня тиреоидина в крови и уменьшения его действия на щитовидную железу.

Тиреоидит — воспаление щитовидной железы.

Тиреотоксикоз — комплекс проявлений, которые возникают при повышенном уровне в крови гормонов щитовидной железы.

Тиреотоксический криз — опасное для жизни состояние, которое развивается при резком повышении уровня тиреоидных гормонов в крови.

Тиреотропный гормон (тиреотропин, ТТГ) — гормон гипофиза, регулирующий работу щитовидной железы. Является мощным стимулятором роста щитовидной железы и выработки в ней тиреоидных гормонов.

Тироксин — малоактивный гормон щитовидной железы, транспортная форма, из которой в органах образуется высокоактивный гормон трийодтиронин.

Трийодтиронин — активный гормон щитовидной железы, обеспечивающий в органах различные процессы жизнедеятельности (образование тепла, регуляция ритма сердца и т. д.).

Токсины — отравляющие вещества, которые выделяют микроорганизмы (например, бактерии) в организме или которые попадают в организм извне.

Тонзиллит — воспаление миндалин.

Фарингит — воспаление глотки.

Щитовидная железа — эндокринный орган, расположенный на шее и вырабатывающий тиреоидные гормоны.

Цитолог — врач, изучающий клеточный состав, полученный при пункции того или иного органа, он дает заключение о его характере.

Эндокринные органы — органы, вырабатывающие биологически активные вещества — гормоны.

Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки — воспалительные заболевания желудка или прилегающего к нему отдела кишечника, когда на их слизистой оболочке образуется глубокий дефект — язва.

Альмагель — препарат, защищающий слизистую желудка от действия глюкокортикоидных гормонов и нестероидных противовоспалительных препаратов. Принимается по 1 ст. ложке до еды.

Анаприлин — бета-адреноблокатор, используемый для усиления и ускорения эффекта от лечения в начале терапии тиреотоксикоза, а иногда и в течение длительного времени. Например, при развитии нарушенного ритма сердца, которые не проходят после снятия тиреотоксикоза. С такой же целью могут использоваться другие бета-блокаторы — метопролол, атенолол и др.

Антибиотики — препараты, оказывающие токсическое действие на бактерии.

«Антиструмин» — препарат, содержащий 100 мкг йода калия.

Глазные капли **«Офтан-иду»**, **«Лакризин»** — искусственные слезы, защищающие глаз от пересыхания.

Глюкокортикоидные гормоны — синтетические аналоги вырабатываемого в коре надпочечников гормона кортизола и используемые для лечения заболеваний, связанных с неправильной работой иммунной системы, имеют и другие сферы применения. Чаще других используются **преднизолон** (длительно действующий

щий препарат преднизолона, видимый внутривенно, называется **метипред**), **дексаметазон**, **гидрокортизон** (растворимый в воде препарат гидрокортизона в ампулах продают под названием **солукортэф**).

Дибазол — препарат, обладающий сосудорасширяющим, снижающим артериальное давление и спазмолитическим (снимающим спазм) действием. Используется в лечении поражений глаз при диффузном токсическом зобе.

Диакارب — мочегонный препарат, часто используемый в лечении поражений глаз при диффузном токсическом зобе. Принимать вместе с препаратами калия!

Йодид калия — йодсодержащий препарат фирмы «Берлин-Хеми». Используется для лечения зоба, связанного с йодным дефицитом.

«Йодтирокс» — препарат, содержащий 100 мкг левотироксина и 100 мкг йодида калия. Используется для лечения зоба, связанного с йодным дефицитом.

«Левотироксин» — препарат фирмы «Берлин-Хеми», содержащий гормон щитовидной железы тироксин*.

Мержазола — препарат, снижающий образование гормонов в щитовидной железе. Импортные аналоги — **метизол**, **метимазол**, **тирозол**, **тиамазол**, **карбимазол**.

Нестероидные противовоспалительные препараты — называются так в отличие от самых сильных противовоспалительных препаратов — глюкокортикоидных гормонов — по-другому стероидов. Наиболее часто используются **аспирин** (ацетилсалициловая кислота), **индометацин**, **ибупрофен**, **диклофенак**. В лечении легких форм подострого тиреоидита чаще используется аспирин или индометацин.

* Выпускается в различных дозировках — по 25, 50 и 100 мкг в таблетке. Будьте внимательны при покупке препарата! Обратите внимание на дозу, назначенную врачом, а не на количество таблеток. Одна таблетка левотироксина-100 — это не одно и то же, что одна таблетка левотироксина-25. Передозировка может быть опасна! Используется для лечения нетоксического зоба при нормальной функции и при гипотиреозе.

Фурасемид — мочегонный препарат, часто используемый в лечении пораженного глаз при диффузном токсическом зобе.*

ВСЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИНИМАТЬ ТОЛЬКО ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА.

А также: Йодактив, маринит, кламин, ламинария, йодированная соль — пищевые добавки, используемые для профилактики йодного дефицита в областях с доказанным йодным дефицитом и в группах повышенного риска (дети, подростки, беременные и кормящие женщины) — при подтверждении явного недостатка йода или высокой вероятности его наличия.

* Принимают 2—3 таблетки в неделю! Лишь при очень тяжелых отеках принимают по 1—2 таблетки в день. Принимать вместе с препаратами калия!

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

«*Новотирал*» — препарат, содержащий 2 гормона щитовидной железы: 80 мкг левотироксина и 20 мкг трийодтиронина. Используется для лечения гипотиреоза.

Препараты калия — к ним относятся *панангин*, *аспаркам*, *калиоз*, *калийкормик*. Препараты калия назначают вместе с мочегонными для восполнения потерь калия, которые неизбежно возникают при приеме мочегонных.

Пропилтиоурацил — препарат, снижающий образование гормонов в щитовидной железе и тормозящий в различных органах превращение тироксина в трийодтиронин. Аналог — *пропилцил*.

Раствор Люголя — раствор неорганического йода, используемый для подготовки к операции и в начале лечения у больных с тиреотоксическим кризом или очень тяжелым тиреотоксикозом (при угрозе развития тиреотоксического криза).

Ранитидин — препарат, защищающий слизистую желудка от действия глюкокортикоидных гормонов и нестероидных противовоспалительных препаратов, оказывающий на нее противовоспалительное действие. Используется для лечения обострений гастрита и язвенной болезни.

«*Трийодтиронин*» — препарат, содержащий гормон щитовидной железы трийодтиронин. Используется для лечения при гипотиреозе и при проведении некоторых диагностических проб.

«*Тиреокмб*» — препарат, содержащий 70 мкг левотироксина и 150 мкг йодида калия. Используется для лечения зоба, связанного с йодным дефицитом.

«*Тиреотом*» — препарат, содержащий 80 мкг левотироксина и 20 мкг трийодтиронина. Используется для лечения при гипотиреозе.

«*Зутирокс*» — препарат фирмы «Мерк КлаА», содержащий гормон щитовидной железы тироксин. Используется для лечения нетоксического зоба при нормальной функции и при гипотиреозе.



ОТДЕЛ СБЫТА

(812) 235-70-87, 235-61-37, 235-67-96

E-mail: sales@prospect.sp.ru, sf@prospect.sp.ru

ПРЕДСТАВИТЕЛИ

Санкт-Петербург

КД «Невский проспект» (812) 715-36-66; post@spbbook.ru
«Диал» (812) 378-39-29

Москва

«Технопрогресс» www.booksrb.rastod.ru

«Диал» (095) 261-73-96

«Алберт» (095) 105-51-39

«Триэкс» (095) 157-43-95

«РИПОЛ Классик» (095) 513-57-77, 513-57-85, 513-54-71

«Столица-сервис» (095) 375-36-73

«Лабиринт» (095) 733-91-74, 231-46-79, 723-72-95

www.labyrinth-shop.ru

«Энциклопедия плюс» (3422) 41-09-67

«Валео-книга» (3432) 42-07-75, 42-56-00

«Люмна» (343) 264-23-61, 378-32-57, 264-23-62

«Танс» (8432) 72-3455, 72-27-82

«Аист-Пресс» (8432) 43-60-31, 43-12-20; ASTP@KAI.RU

«Книга & книжечки» (0112) 56-65-68, 43-12-39

ЧП «Петрова» (1038044) 452-11-61;

retrov_kiev@svitonline.com

«Литэкс» (3912) 55-50-35, 55-50-36; tomalova@litex.ru

«Топ-Книга» (3832) 36-10-26, 36-10-27

«Эмис» (8632) 32-87-71, 32-49-56, 99-36-97

ЧП «Остроменский» (8632) 32-18-20

«Фазтон» (8632) 65-61-64

«Книжный мир» (08122) 9-16-02, 3-19-25

«Азия» (3472) 50-39-00

«Амита» (0732) 77-16-90, 46-21-08, 23-17-02

«Интерсервис» (3512) 21-33-74, 21-34-53

«Мирс» (4212) 29-25-65, 29-25-67;

svetlana@bookmirs.khv.ru

kogorota@internet.cuban.ru

«Когорта» (861) 262-54-97, 210-36-27, 262-20-11;

svetlana@bookmirs.khv.ru

«Киев» (8462) 42-96-22, 78-42-34, 53-30-01

www.atlant-shop.com; atlant.book@t-online.de

тел. +49 (0) 721-1831212

«Слушник» Тель-Авив, ул. Хель-Аширюн, 79;

тел. 03-6872261, 056-479931; sprutnic@zahav.net.il

КД «Невский проспект»

192029, Санкт-Петербург, а/я 25; тел. (812) 715-36-66;

<http://www.nevskiy.ru>; e-mail: post@spbbook.ru

«Ареал» 192242, Санкт-Петербург, а/я 300;

тел. (812) 174-40-63; e-mail: postbook@areal.com.ru

Я. В. Благосклонная, А. Ю. Бабенко, Е. И. Красильникова ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Главный редактор В. И. Крылов
Ведущий редактор А. В. Моськин
Художественный редактор О. М. Бегак

Лицензия ИД № 03520 от 15 декабря 2000 г.

Подписано в печать 29.04.2005. Гарнитура Таймс. Формат 84×108/8.
Объем 4 печ. л. Печать офсетная. Доп. тираж 5000 экз. Заказ № 1540.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции
ОК-005-93, том 2 — 933000

Издательская Компания «Невский проспект».

Адрес для писем: 190068, СПб., а/я 625.

Тел. (812) 714-44-70;

тел./факс отдела сбыта (812) 235-70-87, 235-61-37, 235-67-96.

E-mail:

prg@prg.sp.ru

sales@prospect.sp.ru

sf@prospect.sp.ru

<http://www.nevskiy.ru>

<http://www.lewsbook.ru>

Интернет-магазин: <http://www.knog.ru>

Отпечатано с фотоформы в ФГУП «Печатный двор»
Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания
и средств массовых коммуникаций.

197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.