

В.А. Олійник, Г.М. Терехова

ДУ «Інститут ендокринології
та обміну речовин
ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

ПРОТОКОЛ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ «ДИFUЗНИЙ ЗОБ» (Е0.1, Е0.4)*

Загальна інформація

Дифузний зоб (простий нетоксичний зоб, спорадичний зоб Е04.0) — дифузне збільшення щитоподібної залози, яке трапляється в місцевостях із відсутністю дефіциту йоду. Е01.0 — дифузний (ендемичний) зоб, пов'язаний із йодною недостатністю.

Клінічна епідеміологія

Серед сучасних медико-соціальних проблем частота різних форм цієї патології, навіть поза зонами зобної ендемії, становить не менше ніж 20% від загальної захворюваності. В ендемічних на зоб регіонах, де мешкає приблизно 1/3 популяції Земної кулі, вона становить нерідко більше ніж 50%. За епідеміологічними даними, головними тиреоїдними нозологіями (враховуючи їх поширеність) вважаються ендемічний (дифузний та вузловий) зоб, аутоімунний тиреоїдит, рак щитоподібної залози. В останнє десятиліття виявлена тенденція зростання кількості випадків цієї патології.

За даними Е.С. Ridgway (1992), дифузний нетоксичний зоб у США поза зонами зобної ендемії трапляється в 4-19% населення. У зонах зобної ендемії в останні десятиріччя в Україні відмічається зростання захворюваності на дифузний нетоксичний зоб, що пов'язано з послабленням профілактичних заходів щодо забезпечення населення достатньою кількістю йодованої солі, відсутністю нормальних умов її збереження, зниженням її якості. Усе це потребує координації наукових та організаційних заходів, спрямованих на профілактику цього захворювання.

На сьогодні дослідження вартості профілактичних заходів та лікування дифузного нетоксичного зоба в Україні відсутні. Слід зазначити, що відсутність адекватних профілактичних та лікувальних заходів щодо дифузного зоба буде призводити до зростання кількості хворих із великими розмірами щитоподібної залози, виникнення порушення її функції та в кінцевому рахунку до інвалідизації населення, зниження якості життя людей.

© В.А. Олійник, Г.М. Терехова

* Затверджено на засіданні ученої ради «Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» від 02.04.2019 року

Етіологія

Виникнення цієї форми дифузного зоба пов'язують із можливим впливом одноманітного неповноцінного харчування, важливе значення має дефіцит у їжі білків та вітамінів. Деякі продукти харчування містять речовини, що справляють зобогенний вплив (зокрема, струмогени містяться у фасолі, брукві, моркві, цвітній капусті тощо). Антисанітарні побутові умови, інфекції та інтоксикації також впливають на частоту виникнення захворювання. Слід зазначити, що ця форма зоба часто трапляється в членів однієї сім'ї, тож можна говорити про сімейний характер цієї патології. Можливими чинниками розвитку спорадичного зоба також є генетична блокада синтезу тиреоїдних гормонів, які не виявляються з допомогою існуючих методів дослідження, аутоімунні механізми. Функція щитоподібної залози не змінена. Особливою формою дифузного зоба є ендемічний зоб, що трапляється в ендемічних регіонах у зв'язку з недостатністю йоду у воді, землі, продуктах харчування.

Патогенез

Важливе місце в патогенезі простого нетоксичного зоба відводиться аутоімунним механізмам, що підтверджується виявленням у цих хворих тиреоїдстимулюючих антитіл, а також позитивною відповіддю до тиреоїдних антигенів у тесті гальмування міграції лейкоцитів. За умов зниження надходження йоду до організму зменшується біосинтез та секреція тиреоїдних гормонів, що веде до підвищення утворення та вивільнення тиреотропіну, а внаслідок цього до гіперплазії щитоподібної залози.

До чинників ризику виникнення нетоксичного (простого) дифузного зоба слід віднести проживання в йододефіцитних регіонах, антисанітарні побутові умови, інфекції, інтоксикації, одноманітне неповноцінне харчування, дефіцит у їжі білків, вітамінів, вживання продуктів, що містять струмогени.

Клінічна картина

Клінічна картина включає місцеві та загальні симптоми, які залежать від ступеня збільшення щитоподібної залози та її функціо-

нальної активності. Хворі скаржаться на відчуття слабкості, підвищеної втомлюваності, головні болі, болі в ділянці серця, непостійні диспепсичні явища. У разі збільшення зоба та здавлювання близько розташованих органів виникають скарги на відчуття тиску в ділянці шиї, що більш виражено в положенні лежачи, утруднене дихання, пульсуючий головний біль, порушення ковтання. Дифузний зоб характеризується рівномірним збільшенням щитоподібної залози за відсутності локальних ущільнень. Окрім звичайного розташування на передній поверхні шиї, трапляється атипова локалізація: позастернальна, кільцева (навколо трахеї), під'язична, язична, позатрахеальна (із додаткових елементів щитоподібної залози). За характером функції залози прийнято розділення на гіпер-, гіпо- та еутиреоїдні форми. Близько 70-80% випадків ендемічного зоба становлять еутиреоїдні форми. До ускладнень за наявності зоба відносяться наслідки здавлення близько розташованих нервів та судин, розвиток серцево-судинних порушень.

Міжнародна класифікація зоба (ВООЗ, 2001)

Ступені збільшення	Характеристика зоба
0	Зоб немає (розміри часток не перевищують розміри дистальної фаланги великого пальця обстежуваної особи).
1	Зоб пальпується, проте невидимий за нейтрального положення шиї (видимого збільшення щитоподібної залози немає). Сюди відносять вузлові утворення, які не спричиняють збільшення самої залози.
2	Зоб чітко видимий за нормального положення шиї.

При формулюванні клінічного діагнозу слід вказувати дифузний зоб, потім — функціональну активність щитоподібної залози (еутиреоз або гіпотиреоз, у цьому випадку його форму — субклінічний або клінічно явний).

Для ендемічного зоба основними **профілактичними заходами** є державні програми з ліквідації йододефіцитних захворювань, які регламентують забезпечення населення йодованою сіллю як одним з основних та надійних джерел йоду, контроль за умовами її збереження та якістю. Для профілактики простого дифузного зоба важливим є комплекс оздоровчих заходів, спрямованих на покращення соціально-побутових та гігієнічних умов життя людини. До профілактичних заходів відносяться й індивідуальні, зокрема вживання препаратів, що містять йод (йодид, йодомарин тощо), препаратів левотироксину в окремих пацієнтів.

Класифікація та приклади формулювання діагнозу

Класифікація за МКХ-10	Приклади формулювання діагнозу
E01.0 Дифузний (ендемічний) зоб, пов'язаний із йодною недостатністю	Дифузний зоб I-II ст. Еутиреоз (або гіпотиреоз — субклінічний; якщо клінічно явний — зазначають важкість та стадію захворювання)
E04.0 Нетоксичний дифузний (колоїдний) зоб	Дифузний зоб I-II ст. Еутиреоз (або гіпотиреоз — субклінічний; якщо клінічно явний — зазначають важкість та стадію захворювання)

Діагностика

Діагностика дифузного зоба ґрунтується на виявленні збільшеної щитоподібної залози (визначається ступінь збільшення). Під час діагностики ендемічного зоба обов'язково враховується проживання в місцевості з дефіцитом йоду в землі, воді, продуктах харчування. Функціональний характер зоба встановлюють на підставі клінічної симптоматики, дослідження в крові рівнів вільного та загального тироксину, трийодтироніну, тиреотропіну, антитіл до тиреоїдної пероксидази, тиреоглобуліну, ультразвукового дослідження щитоподібної залози. Важливим є визначення екскреції йоду із сечею у всіх осіб із виявленим дифузним зобом. Слід проводити диференціальну діагностику з дифузним токсичним зобом, аутоімунним тиреоїдитом.

Ознаки і критерії діагностики захворювання.

Діагностика захворювання базується на виявленні збільшення щитоподібної залози на підставі її візуалізації, пальпації. Ступінь збільшення визначається за класифікацією ВООЗ. Окрім вищевведеної класифікації, може використовуватись за великих епідеміологічних досліджень версія класифікації розмірів щитоподібної залози, прийнята ВООЗ 1992 р.: 0 — щитоподібна залоза не збільшена; 1 — збільшена залоза, непомітна за нейтрального положення шиї; 2 — щитоподібна залоза збільшена, помітна за нейтрального положення шиї. Зоб помітний на значній відстані, може сягати таких розмірів, що утруднює дихання та ковтання. Під час ультразвукового дослідження (УЗД) виявляється збільшення об'ємів щитоподібної залози щодо нормативних вікових параметрів (збільшення у 2-3 рази та більше). Рівні вільного тироксину, трийодтироніну, тиреотропіну в крові можуть не відрізнятися від норми. Антитіла до тиреоїдної пероксидази, тиреоглобуліну можуть незначно збільшуватися. Використання вищезазначених параметрів дозволяє з високою ймовірністю діагностувати дифузний зоб. Такі методи діагностики є безпечними для хворого, доступними для лікарів спеціальних ендокринологічних установ.

Диференційна діагностика

Диференційна діагностика дифузного зоба проводиться з дифузним токсичним зобом, аутоімунним тиреоїдитом, ендемічним зобом. Велику діагностичну цінність мають визначені рівні тиреоїдних гормонів (тироксину та трийодтироніну), антитіл до тиреоглобуліну. Як правило, за дифузного еутиреоїдного зоба рівні цих показників не змінено.

Лікування

За наявності ендемічного зоба лікування спрямовано на нормалізацію забезпеченості організму хворого йодом. Для цього використовуються йодовані продукти харчування (йодована сіль, морепродукти), а також йодовмісні препарати, зокрема йодид-100, -200, йодомарин, йод-актив тощо. Добова доза не повинна перевищувати 200 мкг. Лікування проводиться впродовж 3-6 місяців, при цьому контролюють розміри щитоподібної залози, важливим є поступове зменшення розмірів зоба. Гормональна терапія препаратами левотироксину може бути призначена хворим у випадках наявності лабораторного гіпотиреозу, вагітності, гіпотиреозу новонароджених. Тироксин призначають із розрахунку 1,5-1,8 мкг/кг маси хворого (у середньому від 75 до 200 мкг/добу). Упродовж лікування важливим є контроль показника ТТГ крові, УЗД щитоподібної залози, корекція дози препарату.

Умови, в яких повинна надаватися медична допомога. Поліклінічні відділення, в яких під наглядом ендокринолога проводиться діагностика, профілактика та лікування дифузного зоба. У разі значного збільшення щитоподібної залози (понад 200% від норми за даними УЗД) хворих скеровують до ендокринологічних відділень, спеціалізованих центрів, диспансерів.

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту. Огляд ендокринолога, визначення тироксину вільного або загального, трийодтироніну вільного або загального, тиреотропіну, антитіл до тиреоїдної пероксидази, тиреоглобуліну, УЗД щитоподібної залози, екскреції йоду із сечею.

Перелік і обсяг медичних послуг додатково-го асортименту. УЗД із доплерографією щитоподібної залози, рентгенографія позастернального простору з контрастуванням стравоходу, консультація хірурга.

Характеристика алгоритмів і особливостей виконання медичних послуг.

Виявлення в пацієнта скарг на відчуття здавлення в ділянці шиї, порушення ковтання, наявного потовщення шиї передбачає скерування хворого на огляд до ендокринолога, проведення УЗД щитоподібної залози, визначення тироксину вільного або загального, трийодтироніну вільного або загального, тиреотропіну, антитіл до

тиреоїдної пероксидази, тиреоглобуліну в крові, екскреції йоду із сечею. Такі процедури є безпечними для здоров'я хворого, дають змогу визначити ступінь збільшення щитоподібної залози, її функціональну активність, як правило, не спричиняють ускладнень.

Можливі результати надання медичної допомоги. Залежно від форми зоба, ступеня збільшення щитоподібної залози, своєчасна діагностика дифузного зоба та адекватні профілактичні й лікувальні заходи в амбулаторних умовах або денному стаціонарі, спеціалізованих ендокринологічних відділеннях, центрах, диспансерах приводять до зменшення розмірів щитоподібної залози, покращення стану хворого.

Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування. У результаті лікування досягається зменшення розмірів щитоподібної залози або повна їх нормалізація, покращення стану хворих. Працездатність хворих із дифузним нетоксичним зобом збережена.

Рекомендації щодо подальшого в разі потреби надання медичної допомоги хворому. За повної нормалізації розмірів та функціональної активності щитоподібної залози надалі хворі потребують ретельного диспансерного нагляду, проведення повного ендокринологічного обстеження 1 раз на рік.

Вимоги до дієтичних призначень та обмежень. Необхідно надавати рекомендації хворим із роз'ясненням дієти, збалансованої за використанням білків, жирів та вуглеводів, мікроелементів і вітамінів, важливим є включення до раціону харчування йодованої солі, морепродуктів, обмеження харчових продуктів, що містять струмогени.

Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування, реабілітації. Хворі на дифузний зоб повинні дотримувати режиму праці (забороняється робота в нічні часи, перебування на сонці, праця в гарячих цехах), роботу чергувати з відпочинком. Пацієнти потребують 8-годинного нічного сну. Профілактичні заходи та лікування повинні бути безперервними, контрольованими та адекватними за тривалістю.

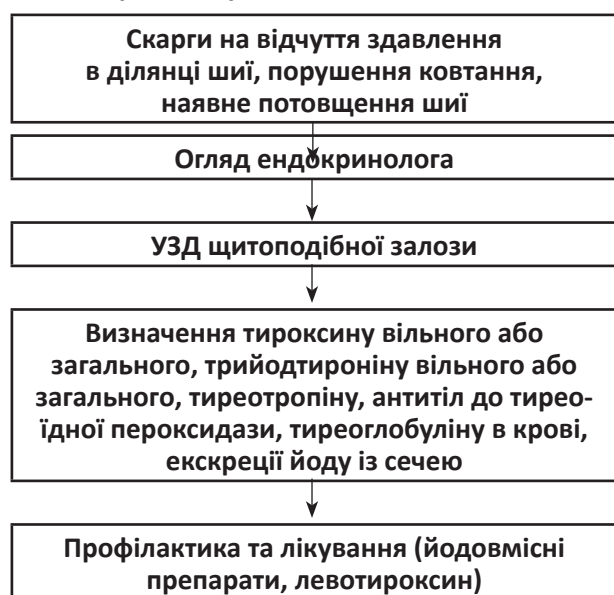
Юридичні аспекти

Форма інформованої згоди пацієнта на виконання протоколу не передбачена.

Додаткова інформація для пацієнта та членів його родини. Додатковою інформацією можуть слугувати таблиці вмісту йоду в різних продуктах харчування, які надаються ендокринологами.

Правила зміни вимог до виконання протоколу не передбачено.

Вартісні характеристики протоколу надаються плановими відділами спеціалізованих центрів, диспансерів, лікарень.

Графічне, схематичне, табличне представлення протоколу**Методологія моніторингу та критерії ефективності виконання протоколу**

Ендокринологи поліклінік, диспансерів, центрів проводять ретельний облік хворих на дифузний зоб різних ступенів, стежать за проведенням контрольних обстежень (1 раз на рік). Окремо враховують осіб із лабораторним гіпотиреозом, підвищеними рівнями антитіл до антигенів щитоподібної залози, осіб, які отримують різні схеми лікування. Принципи рандомізації не передбачено. Діагностика ускладнень та побічних ефектів лікування проводиться за загальноприйнятими схемами. Порядок виключення пацієнта з моніторингу не передбачено. Параметри оцінки якості життя під час виконання протоколу передбачають, що нормалізація розмірів щитоподібної залози та збереження її функції веде до попередження зниження працездатності хворих. Оцінка вартості виконання протоколу проводиться в планових відділах відповідних установ.

Список використаної літератури

1. Амбулаторная помощь эндокринному больному / Под ред. А.С. Ефимова. — К.: Здоров'я, 1988. — С. 256.
2. Руководство по клинической эндокринологии / Под ред. Н.Т. Старковой. — СПб: Питер, 1996. — С. 544.
3. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. Руководство. — М.: Медицина, 2002. — С. 752.