



ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНА ЖЛЕЗА ДИАГНОСТИЧЕН ПОДХОД И ЛЕЧЕНИЕ

**Д-р Петя Каратодорова, асистент в
Клиника по Ендокринология и болести на
обмяната, УМБАЛ “Св. Марина”**



- **Хипотиреоидизъм**
- **Субклиничен хипотиреоидизъм**
- **Хипертиреоидизъм**
- **Субклиничен хипертиреоидизъм**
- **Възли на щитовидната жлеза**
- **Щитовидна жлеза и бременност**



ХИПОТИРЕОИДИЗЪМ

- Първичен хипотиреоидизъм

↑ТСХ, ↓FT4

- Централен хипотиреоидизъм

N/↓ТСХ, ↓FT4



СТЕПЕНИ НА ХИПОТИРЕОИДИЗЪМ

Степен 1	Субклиничен хипотиреозидизъм	↑ ТСХ (до 10mIU/l)	FT4-N	FT3 N/↑
Степен 2	Лек хипотиреозидизъм	↑ ТСХ (10-20)	↓FT4	FT3-N
Степен 3	Клинично манифестен	↑ ТСХ	↓FT4	↓FT3



ПРИЧИНИ

- **Първичен хипотиреозидизъм**
 - Загуба на функционираща тиреоидна тъкан
 - Хроничен аутоимунен тиреоидит (Хашимото)
 - След операция и след ^{131}I – терапия
 - Преходен тиреоидит (тих, постпартален, субакутен тиреоидит)
 - Дефекти в биосинтезата на тиреоидните хормони
- **Централен хипотиреозидизъм**
- **Екстратиреоиден хипотиреозидизъм (резистентност към тир. хормони)**



Аутоимунен тиреоидит на Хашимото

- **Най-честата причина за хипотиреоидизъм**
- **Пик между 30 и 50 годишна възраст**
- **15-20 пъти по-често при жени**
- **В повечето случаи асимптомно**



Автоимунен тиреоидит на Хашимото

- Преценка на обем на щитовидна жлеза

Струмозен вариант

Нормални размери

Атрофичен вариант

- Преценка на функционално състояние

хипотиреоидизъм

еутиреоидизъм

**Хипертиреоидизъм
Хашитоксикоza**



Аутоимунен тиреоидит на Хашимото

базисни изследвания

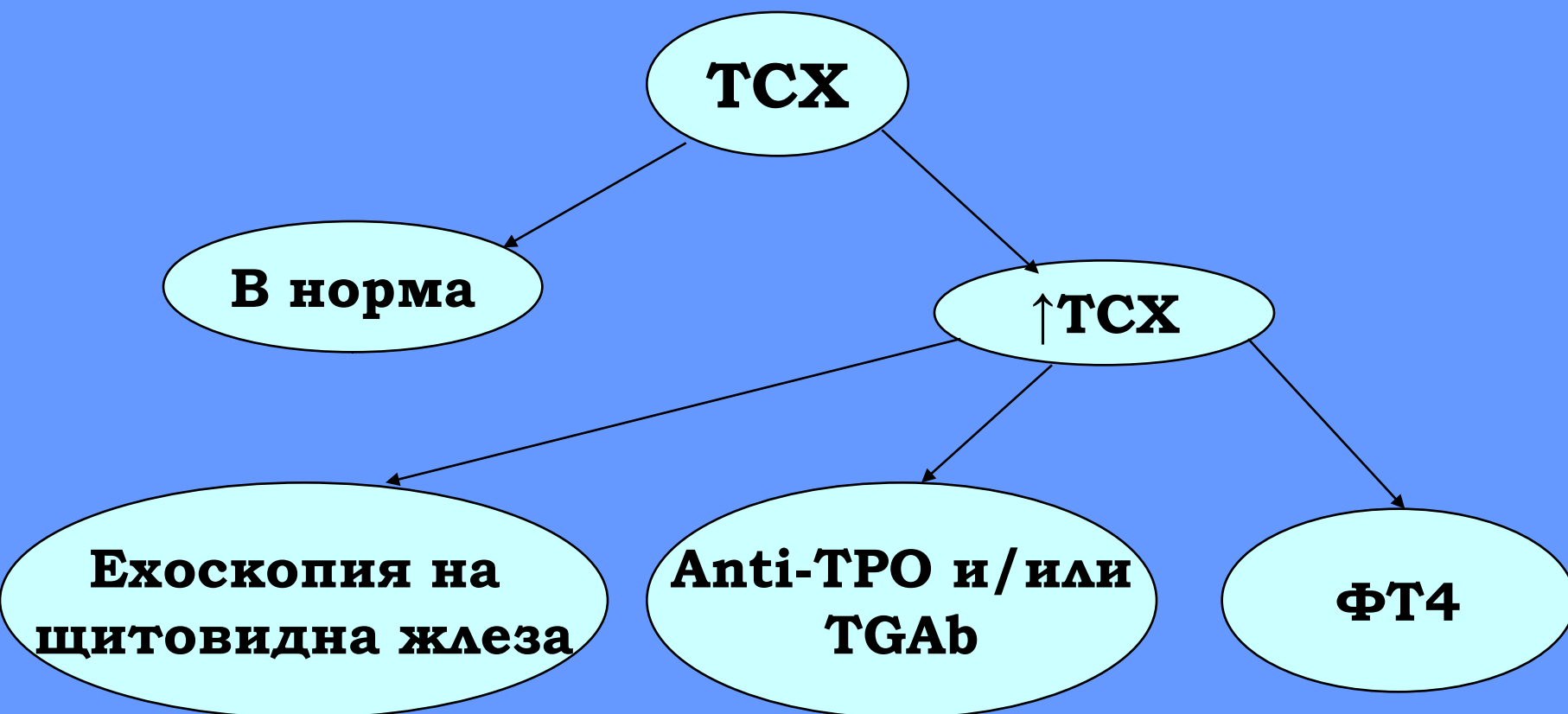
Ехоскопия на
щитовидна
жлеза

Изследване на
anti-TPOAb (+90%)
и TGAб(+20%)

Изследване на ТСХ,
ФТ4



ХИПОТИРЕОИДИЗЪМ ДИАГНОСТИЧЕН ПОДХОД





ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ ХИПОТИРЕОИДИЗЪМ ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ

- **Заместително лечение с Левотироксин L-thyroxin, Euthyrox (! приема се сутрин на гладно)**
- **Плавно възстановяване на еутиреоидното състояние при възрастни пациенти**
- **Начална доза на LT4: зависи от възрастта на пациента и състоянието на сърдечно-съдова система**



ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ ХИПОТИРЕОИДИЗЪМ

ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ

- При млади пациенти: старт с 50 гами/д ЛТ4, сравнително бързо покачване на дозата
- При възрастни пациенти с ИБС: старт с 25 гами ЛТ4, бавно повишаване на дозата с 25 гами/д. през 4 седмици
- Мониториране на ТСХ (изследва се 6-8 седмици след промяна в дозата на ЛТ4)
- След достигане на еутиреоидно състояние, ТСХ се изследва два пъти годишно (лято и зима)



СУБКЛИНИЧЕН ХИПОТИРЕОИДИЗЪМ (↑ТСХ, NFT4)

КЛИНИЧНИ ПОСЛЕДИЦИ

- Прогресия до клинично манифестен хипотиреоидизъм
- Независим рисков фактор за атеросклероза?
- Увеличен риск от ИБС?
- Увеличена честота на сърдечна недостатъчност?
- Асоциация с атерогенна дислипидемия?
- Увеличена честота на депресивни разстройства?



СУБКЛИНИЧЕН ХИПОТИРЕОИДИЗЪМ ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД

КЛИНИЧНАТА ПРЕЦЕНКА СЕ БАЗИРА НА:

- **Възрастта на пациента**
- **Предстои ли бременност**
- **Сърдечно-съдов статус**
- **Липиден профил**
- **Съпътстващ метаболитен синдром**



ТИРЕОТОКСИКОЗА

ПРИЧИНИ

С хипертиреозидизъм

- **Болест на Базедов**
- **Токсичен аденом**
- **Токсична полинодозна гуша**
- **Йод-Базедов**
- **ТСХ-секретиращ аденом на хипофиза**
- **Трофобластен тумор**

Без хипертиреозидизъм

- **Субакутен тиреоидит**
- **Безболков и постпартален тиреоидит**
- **Ятрогенна тиреотоксикоза**
- **Struma ovarii**



Клинични белези на тиреотоксикоза

ТСХ, ФТЗ, ФТ4
Анти-ТПО, ТРАК
Ехоскопия
(сцинтиграфия)

Токсична
мултинодозна
гуша

Токсичен
аденом

Дифузна
токсична гуша



**Токсична
мултинодозна
гуша**

**Токсичен
аденом**

**Дифузна
токсична гуша**

**Операция
131I-терапия**

**медикаментозно
лечение**

**Операция
131I-терапия**





СУБКЛИНИЧЕН ХИПЕРТИРЕОИДИЗЪМ (↓ТСХ, N ФТ4)

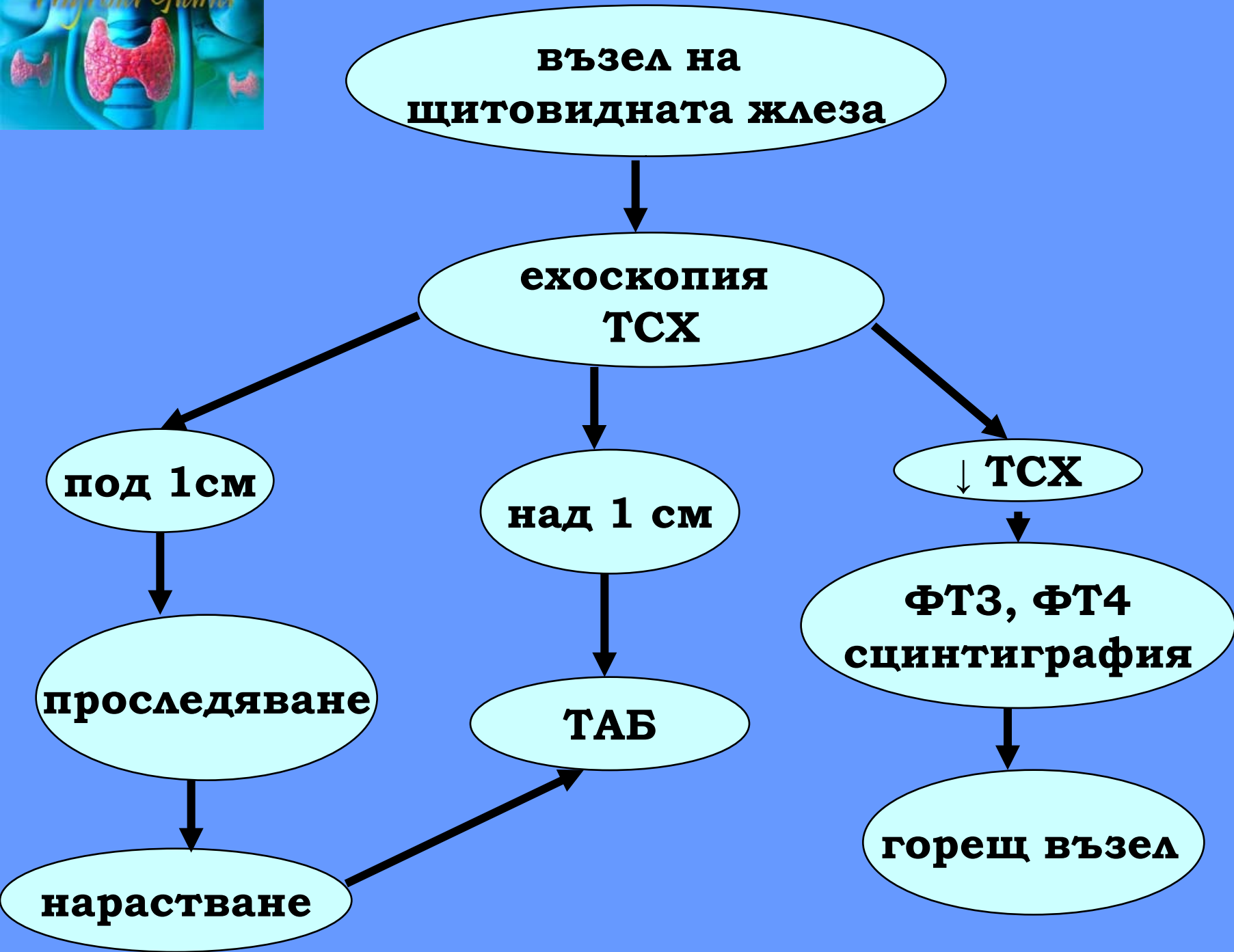
- **Прогресия към клинично-манифестен хипертиреозидизъм**
- **Трикратно увеличен риск от предсърдно мъждене след 10 години**
- **Остеопороза (повишен риск от вертебрални фрактури)**



ДИАГНОСТИЧЕН ПОДХОД ПРИ ВЪЗЛИ НА ЩИТОВИДНА ЖЛЕЗА

Съмнение за малигнена лезия при :

- Бързо нарастване на вече съществуващ възел
- Плътна/твърда консистенция на възела
- Фиксация към околни структури (неподвижен)
- Увеличени шийни лимфни възли
- Дисфагия
- Диспнея
- Дрезгав глас (парализа на гласни връзки)





ТИРЕОИДНА ДИСФУНКЦИЯ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ

КЛИНИЧНА ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА

- **5-20 % от жените в детородна възраст страдат от автоимунна тиреоидна болест**
- **3-5 пъти по-често при жени с тип 1 захарен диабет в сравнение с недиабетички**



- **Активната секреция на T3 и T4 от феталната щитовидна жлеза започва около 18 г.с.**
- **Първите 4л.м. плодът е изцяло зависим от майчината доставка**
- **T3 и T4 – жизнено необходими за правилното соматично и нервно-интелектуално развитие на фетуса (експресия на TR в мозъка още преди 8г.с.)**



- **Лек дефицит на тир. хормони през първия триместър → тежки отклонения в психо-интелектуалното развитие на детето**
- **Първи триместър – майчината щитовидна жлеза увеличава продукцията на тиреоидни хормони **около 50%****
 - **Стимулиращ ефект на hCG върху щ. жлеза (пик 8-14г.с.)**
 - **↑ TBG**
 - **Увеличено поемане на йод**



ИНДИКАЦИИ ЗА ТИРЕОИДНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ И ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ

- **Симптоми на тиреоидна дисфункция**
- **Фамилна анамнеза за АТБ**
- **Тип 1 захарен диабет**
- **Други аутоимунни заболявания**
- **Наличие на струма**
- **провеждане на лечение с ЛТ4 или тиреостатик**
- **Спонтанни аборти**
- **Инфертилитет**
- **Преждевременно раждане**



ДИАГНОСТИЧЕН ПАНЕЛ

- **ТСХ → FT4, FT3**
- **Анти ТПО-антитела, ТГ-антитела**
- **Ехоскопия на щитовидна жлеза**

- **Нивото на ТСХ зависи от гестационната възраст**
- **ТСХ корелира обратно с hCG**
- **Няма триместър-специфични норми за ТСХ, FT4, FT3**
- **Първи триместър: ТСХ (0,1 – 2,5mIU/L)**

