

**Тема занятия № 15:** Сестринский процесс при заболеваниях щитовидной железы.

**Учебные цели занятия:**

Ознакомить с заболеваниями щитовидной железы. Знать причины, клинические проявления, оказание сестринской помощи.

**Вопросы для контроля знаний (фронтальный опрос)**

1. Дайте определение понятию сахарный диабет?
2. Какие причины и провоцирующие факторы могут вызвать сахарный диабет?
3. Почему необходимо диагностировать сахарный диабет на ранних стадиях заболевания?
4. Опишите манифестные признаки заболевания?
5. Какие лабораторные данные подтверждают диагноз? Назовите критерии диагностики сахарного диабета
6. Перечислите возможные осложнения сахарного диабета?
7. В чем заключается принцип лечения заболевания?
8. Дайте клиническую характеристику кетоацидотической и гипогликемической ком. Как оказать необходимую помощь?
9. Причины кетоацидотической и гипогликемической ком?
10. Как оказать необходимую помощь?
11. Какие методы экспресс-диагностики вы знаете?
12. Расскажите об особенностях ухода за больными сахарным диабетом.

**Информационный блок. План:**

1. Диффузный токсический зоб. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Гипотиреоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Эндемический зоб. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

**Гипотиреоз (микседема)** - заболевание, обусловленное врожденным или приобретенным снижением функции щитовидной железы.

**Этиология.** Выделяют врожденный и приобретенный гипотиреоз.

**Врожденный гипотиреоз** возникает в результате отсутствия щитовидной железы или задержки ее развития в процессе эмбриогенеза (воздействие токсических, химических, радиоактивных веществ или рентгеновски лучей).

**Приобретенный гипотиреоз** бывает первичный и вторичный.

**Первичный гипотиреоз** возникает в результате оперативного лечения различных заболеваний щитовидной железы, лечения радиоактивным йодом, лучевой терапии злокачественных заболеваний органов, расположенных на шее, неадекватного лечения тиреотоксическими средствами, опухолей, острых и хронических инфекций щитовидной железы, пороков развития щитовидной железы.

**Вторичный гипотиреоз** возникает при воспалительных, деструктивных или травматических поражениях гипофиза, гипоталамуса.

**Клиническая картина.** Для врожденного гипотиреоза характерны: низкая двигательная активность плода, склонность матери к перенашиванию беременности. Новорожденные имеют большую массу при рождении (около 4000 г). В периоде новорожденности отмечается позднее отпадение пуповинного остатка. В более поздние сроки появляются типичные проявления микседемы: грубые черты лица, широкое переносье, широко расставленные глаза, большой, отечный, не помещающийся во рту язык, полуоткрытый рот. Дыхание через нос затруднено. Голос низкий, грубый. Дети вялые, сонливые. Мимика бедная, на лбу образуются стойкие складки. Кожа сухая, бледная, с мраморным оттенком. Волосы сухие, ломкие. В дальнейшем выявляется задержка физического и нервно-психического развития. При отсутствии своевременного адекватного лечения возникает нарушение интеллекта. Больные дети плохо удерживают тепло, зябнут и кутаются в теплую одежду даже при высокой температуре окружающей среды. Постоянным симптомом является слизистый отек. При надавливании на ткань ямка не образуется, так как отек не является истинным, а представляет собой пропитывание кожи и подкожной клетчатки муцинозным веществом. За счет отека развиваются припухлости кистей («рукавицы») и стоп («сапожки»). При осмотре определяется брадикардия и приглушенность тонов сердца.

Приобретенный гипотиреоз развивается в первые 3 месяца после операционного удаления щитовидной железы или как результат аутоиммунного процесса. Изменяется внешний вид ребенка: лицо становится одутловатым, появляется замедление речи и движений, ухудшается успеваемость в школе, отмечается задержка стула, зябкость, нарушение памяти.

**Диагностика** врожденного гипотиреоза заключается прежде всего в проведении скрининг-тестирования новорожденных в роддоме "Установлено, что если диагноз поставлен до 3-х месячного возраста и начата заместительная терапия, то интеллект ребенка сохраняется в 90% случаев. В постановке диагноза помогает определение костного возраста (запаздывание сроков окостенения обнаруживается уже у новорожденных. Лабораторная диагностика гипотиреоза выявляет снижение тиреотропных гормонов - тироксина, трийодтиронина и повышение тиреотропного гормона (ТТГ).

#### **Лечение:**

Диета № 10 (исключить продукты богатые холестерином, уменьшение энергетической ценности пищи, рекомендовать продукты, содержащие клетчатку)

Медикаментозная терапия - заместительная гормональная терапия: тироксин, L-тироксин.

Из средств симптоматической терапии применяют ноотропные препараты (пирацетам, церебролизин, пантогам, энцефабол). В начале лечения проводят

курсы витаминотерапии (группы В, А). Обязательны массаж, гимнастика, хвойно-солевые ванны, УФО, занятия с логопедом.

**Диффузно-токсический зоб или базедова болезнь (ДТЗ)**- заболевание, возникающее в результате повышенно продукции тиреоидных гормонов и проявляющееся диффузным увеличением щитовидной железы.

**Этиология.** Причиной развития заболевания является наследственная предрасположенность. Провоцирующими факторами служат вирусные заболевания, психические травмы, эмоциональные стрессы, избыточная инсоляция.

**Клиническая картина.** Характеризуется симптомом поражения нервной, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, глазными симптомами, увеличением щитовидной железы .

**Поражение нервной системы** характеризуется повышенной возбудимостью, раздражительностью, беспокойством, неустойчивым настроением, плаксивостью, нарушением сна и быстрой утомляемостью. Помимо этого отмечается потливость, чувство жара, субфебрилитет, тремор пальцев рук, век, языка, иногда всего тела (симптом « телеграфного столба ») . Могут отмечаться гиперкинезы, похожие на гиперкинезы при хорее.

**Сердечно-сосудистые нарушения.** Жалобы на приступы сердцебиения, отдышку, ощущение пульсации в голове, конечностях. Характерна тахикардия, даже в покое. Тоны сердца громкие. Отмечается изменение АД - систолическое повышается, диастолическое понижается.

**Поражение желудочно-кишечного тракта.** Отмечается повышение аппетита, жажда, дисфункция кишечника, увеличение печени. Как правило, быстрое и резкое похудение больных.

**Глазные симптомы.** Двусторонний экзофтальм с широким раскрытием глазной щели. Редкое мигание, тремор и отечность век, увеличение их пигментации. Повышен блеск в глазах, определяется симптом Грефе (появление участка склеры между веком и радужной оболочкой при взгляде вниз и вверх).

**Увеличение щитовидной железы** – обязательный симптом диффузно-токсического зоба. Степень увеличения щитовидной железы не определяет степень тяжести тиреотоксикоза. При пальпации обнаруживается диффузное, реже диффузно узловое увеличение щитовидной железы.

**Диагноз.** Гиперфункция щитовидной железы подтверждается увеличением в крови содержания тиреоидных гормонов. Часто выявляется T<sub>4</sub>-фактор. Уровень тиреотропного гормона резко снижен.

**Лечение:**

1. Госпитализация при средней и тяжелой степени тиреотоксикоза
2. Диета № 15 с повышенным содержанием белка и витаминов
3. Медикаментозная терапия:

Базисная терапия – препараты из группы тиреостатиков – мерказолил в дозе 20-30 мг в сутки (под контролем клинического анализа крови)

Симптоматическая терапия:

седативные средства – настойка валерианы, настойка пустырника, малые транквилизаторы феназепам, седуксен и др.  
сердечные гликозиды – коргликон, строфантин (при сердечной недостаточности и мерцательной аритмии).  
- адреноблокаторы (анаприлин, обзидан) для нормализации АД и частоты пульса  
4. Хирургические методы лечения – субтотальная резекция щитовидной железы.

**Эндемический зоб (ЭЗ)** – увеличение щитовидной железы, которое развивается при поступлении в организм йода ниже суточной потребности. Заболевание встречается, как правило, у лиц, проживающих в эндемичной по зобу местности.

**Этиология.** Основная роль в развитии ЭЗ отводится йодной недостаточности: дефицит йода в атмосфере, поступление в организм йода в недоступной для всасывания форме, применение струмогенных веществ, наследственное нарушение обмена йода. Проявлению йодной недостаточности могут способствовать сопутствующие заболевания и физиологические состояния (пубертатный период, лактация). Имеют значение условия жизни, культурный и социальный уровень населения, количество микроэлементов, принимаемых с пищей.

**Клиническая картина.** Клинические проявления заболевания определяются функциональным состоянием щитовидной железы, ее формой и величиной. Функциональное состояние щитовидной железы в подавляющем большинстве случаев эутиреоидное. Сохранение функции железы обеспечивается компенсаторным ее увеличением. Длительное заболевание может привести к снижению функции щитовидной железы и развитию гипотиреоза (в тяжелых случаях микседемы и кретинизма). В районах легкой и средней эндемии чаще можно встретить зоб с гипертиреоидным течением. Осложнениями ЭЗ являются тиреоидиты, возможна малигнизация (способность к метастазированию достигает 70%).

**Лечение.** В случае диффузного ЭЗ при небольшой степени увеличения щитовидной железы эффективны препараты йода (антиструмин по 1 таблетке 1 раз в неделю). При отсутствии эффекта, а также при гипотиреоидном ЭЗ показана терапия тиреоидными гормонами и препаратами щитовидной железы. При повышенной функции используются тиреостатические препараты. Показаниями к оперативному лечению являются узловатая, смешанная и диффузная формы зоба IV–V степеней, сопровождающиеся сдавлением органов шеи, атипичное расположение щитовидной железы, зоб с выраженными деструктивными изменениями.

**Профилактика.** Проводится путем снабжения населения йодированной солью (групповая профилактика) или приема одной таблетки антиструмина 1 раз в неделю (индивидуальная профилактика).

## **Закрепление нового материала**

### **Вопросы для проверки:**

- 1.** Какие заболевания щитовидной железы могут сопровождаться увеличением ее размера?
- 2.** Укажите степени увеличения щитовидной железы?
- 3.** Опишите клинические симптомы, отражающие (гиперфункцию) щитовидной железы?
- 4.** Какой лабораторный метод позволяет поставить диагноз ДТЗ?
- 5.** В чем заключается лечение ДТЗ?
- 6.** Назовите причины развития врожденного и приобретенного ГТ?
- 7.** Клинические проявления врожденного и приобретенного ГТ?
- 8.** Принципы диагностики ГТ?
- 9.** В чем заключается принцип лечения ГТ?
- 10.** Дайте определение и назовите причины развития ЭЗ?
- 11.** Перечислите симптомы характерные для ЭЗ?
- 12.** Принципы лечения и профилактики ЭЗ?