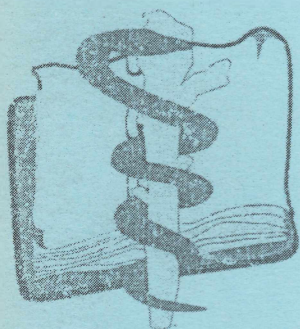


Міністерство охорони здоров'я України
Луцький базовий медичний коледж

Перші кроки в науку



*збірник студентських
науково-дослідницьких
робіт*

Випуск 4

м Луцьк
2007

Крайова патологія – волинський зоб

Лавренюк Ірина, студентка III курсу, спеціальності «Сестринська справа», Луцького базового медичного коледжу.

Науковий керівник Л.В. Савонік

Ендокринні залози відіграють надзвичайно важливу роль у регулюванні процесів обміну, підтриманні гомеостазу, функціонуванні усіх систем і органів організму людини, що особливо важливо для правильного розвитку дитячого організму, який росте. У випадках порушення функцій будь-якої залози внутрішньої секреції виникають певні специфічні і неспецифічні симптоми.

До основних залоз внутрішньої секреції належить щитоподібна залоза. Вона складається з правої і лівої долей, з'єднаних перешийком. Інколи спостерігається відсутність перешийка залози чи однієї долі, наявність пірамідальної долі, заднього відростка, атипічна локалізація залози. Маса щитоподібної залози 30-60 г. Її кровопостачання забезпечується двома верхніми і нижніми щитоподібними артеріями. Структурною одиницею залози є фолікул. У ньому відбувається біосинтез йодованих тиреоїдних гормонів. Вони володіють складним моногранним впливом на всі органи і тканини та всі види обміну речовин. Збільшення розмірів щитовидної залози називається зобом. Розрізняють ендемічний і спорадичний зоб.

Звернемо увагу на проблему ендемічного зобу.

Упродовж останніх років у зв'язку з послабленням уваги до профілактики ендемічного зобу спостерігається тенденція до його поширення. Поряд з цим відзначається зростання частоти спорадичного зобу, який нерідко перебігає із порушенням функціонального стану щитоподібної залози. Все це зумовлює певні труднощі діагностики збільшення щитоподібної залози. У тому числі диференціації ендемічного зоба з тиреоїдитами і раком щитоподібної залози. Саме тому необхідно не лише вчасно діагностувати зоб, але й вміти визначити його причину, здійснити профілактику цього захворювання.

Ендемічний зоб - дифузне збільшення щитоподібної залози зумовлене нестачею надходження в організм йоду або іншими струмогенними чинниками. Трапляється в популяції з частотою понад 5%, на відміну від спорадичного (5%) серед дітей молодшого та середнього шкільного віку.

Ендемічними щодо йододефіцитних захворювань в Україні є

Чернівецька, Івано-Франківська, Закарпатська, Львівська, Волинська і Тернопільська. Проте дослідження останніх років свідчать, що йододефіцитні захворювання спостерігаються і в інших регіонах, особливо в тих, що зазнали впливу аварії на ЧАЕС.

Етіологія цієї групи захворювань - нестача йоду в ґрунті, воді, харчових продуктах. Якщо в нормі добова потреба організму в йоді становить 100-200 мкг, то в ендемічній щодо зоба місцевості в організм надходить менш як 50 мкг йоду на добу.

За даними ВООЗ, у районах із вираженою нестачею йоду в 1 - 10% населення спостерігається кретинізм; 5-30% - неврологічні зрушення; 30-70% - зниження розумових здібностей.

Теорія зв'язку ЕЗ з дефіцитом йоду, запропонована ще в ХІХ ст., не пояснює повністю його етіологію. Так, не встановлено, чому хворіють не всі жителі ендемічної щодо зоба місцевості. Крім цього відомі регіони поширення зоба в приморських районах із достатнім вмістом йоду.

Подальшими дослідженнями виявлено інші зобогенні чинники. Доведено негативний вплив неповноцінного, одноманітного харчування, особливо дефіциту білків і вітамінів, антисанітарних побутових умов, інфекції, інтоксикації. У забрудненій питній воді містяться токсикоінфекційні чинники, сечовина - вихідний матеріал для утворення струмогенних чинників таких як: тіосечовина, тіоурацил, урохром.

З'ясовано, що для розвитку зобної ендемії велике значення має недостатнє надходження в організм броду, цинку, кобальту, міді, молибдену, а також порушення нормального співвідношення мікроелементів (надлишок Са, Мп, Р, Сг)

У деяких продуктах харчування містяться речовини, що мають зобогенний ефект (тіоціаноти, перхлорати) чи гальмують проникнення йодитів у залозу (тіосечовина, тіоурацил та його похідні). Вони перешкоджають перетворенню йодитів на органічний йод, зніжують синтез тироїдних гормонів, та їх секреції. Струмогенні речовини виявлено в ріпі, сої, брукві, квасолі, цвітній капусті, моркві, редисці, шпинаті, арахісі, манго.

Усі названі чинники мають мати провокуючі значення в реалізації дефіциту йоду чи стати основною причиною розвитку ЕЗ. Про роль спадковості в етіології ЕЗ свідчать такі факти, як високий відсоток кретинізму, глухонімоти та інших природжених дефектів у місцевостях, ендемічних щодо зоба., значно частіше

виявляють зоб серед потомства батьків, що хворіють на нього, ніж серед дітей здорових батьків.

Враховуючі ці обставини було введено поняття "йододефіцитний стан". Він може проявитись у формі уроджених вад, антинотальної (внутрішньої) загибелі плода, викиднів, порушення формування функцій центральної нервової системи. Йододефіцит може бути причиною низькорослості, збільшує частоту раку щитоподібної залози.

Діагностика йододефіциту та його наслідків:

Найбільш поширеним та інформативним є аналіз води у відкритих водоймах та криницях на рівень йоду.

2 мкг/л - висока ендемія

2-3 мкг/л - помірна ендемія

3-4 мкг/л - слабого ступеня.

Найінформативнішим показником кількості йоду, що надходить в організм є добове виділення з сечею.

2 мкг/100 мл - високий рівень ендемії

2-5 мкг/100 мл — помірний

5-10 мкг/100 мл - низький.

Біохімічним показником також є рівень тиротропіну і тироглобуліну в крові.

За міжнародними нормативами, в разі використання УДЗ у дорослих підставою для діагностики зоба є об'єм щитоподібної залози у жінок понад 18 мм³, у чоловіків 25 мм³.

Ступінь збільшення щитоподібної залози визначають згідно із класифікацією і рекомендацією ВООЗ (1994 р.):

Ступінь 0 - зобу немає (норма);

Ступінь I - розміри часток більші за розмір дистальної фаланги великого пальця, зоб пальпується, але він не помітний для ока.

Ступінь II - зоб пальпується і помітний для ока.

Профілактика: для усунення нестачі йоду у продуктах харчування використовують методи індивідуальної, групової й масової йодної профілактики.

Основна масова (німа) профілактика - йодованою сіллю. Йодують сіль з розрахунку добової потреби людини - калій йодитом в залежності від вікових груп:

Діти до одного року - 90 мкг/добу;

1 -6 років - 90 мкг/добу;

6-15 років - 190 мкг/добу;

підлітки й дорослі - 150 мкг/добу;
вагітні й матері-годувальниці - 200мкг/добу;
люди похилого віку - 1 00мкг/добу.

В деяких країнах (Німеччина, Росія, Голландія) йодують хліб. В Азії та Африці - масло. Англія та Німеччина - йодує корм для великої рогатої худоби, свиней.

В Україні здійснюється німа профілактика йодованою сіллю з розрахунку 1:40000, вміст йоду контролювався згідно наказу МОЗ, санітарним відділом та відділом гігієни дітей та підлітків санепідемстанції щомісячно.

Групова профілактика передбачає призначення препаратів йоду під контролем спеціалістів у групах найбільшого ризику ЙРЗ (діти, підлітки, вагітні, особи, що тимчасово проживають в ендемічному зобному регіоні).

Здійснюється шляхом тривалого вживання медикаментозних препаратів, що містять фіксовану фізіологічну дозу йоду. З цією метою рекомендується призначення препарату "Йодомарин" Одна таблетка якого містить добову фізіологічну дозу йодиту калію.

Індивідуальна - продуктами моря, вітамінами, які містять йод.

Висновки:

1. В останні роки увага до цієї проблеми послабилась, не всі використовують йодовану сіль, відсутній контроль за вмістом йоду в сечі, зменшилось забезпечення антиструміном. Як наслідок цього йодна недостатність має тенденцію до урізноманітнення. В ендемічних районах проживає 14,6 млн. чоловік. (Таблиці 1-3 "Хвороби щитоподібної залози, їх поширеність та захворюваність серед населення Волинської області за 2004-2005 роки.).

2. Лікарські рекомендації: лікарі-ендокринологи радять хворим здефіцитом йоду проводити монотерапію препаратами йоду (доза їх має становити 200-400 мкг (добу) чи тиреоїдними гормонами (орієнтована доза L-тироксину становить 75-150 мкг/добу, залежно від маси тіла) або застосовують їх комбінації (а-тироксинам 100 мкг/добу і калію йодитом 100мкг/добу). Комбінована терапія є найбільш ефективною і перспективною.

Також слід зазначити такий препарат, як йодит 100 або 200 компанії "Никомед". Який може призначатися з перших днів життя (в дозі 50 мг у віці до 1 року).

3. З метою удосконалення своєчасного виявлення злоякісних пухлин, аутоімунних періодитів налагоджена тонкогіглова пункційна біопсія в ВОКЛ з 1998 р. проводиться гормональне обстеження

функції щитовидної залози в ВОКЛ, ЛМКЛ, ВОТДМО та ін.

За останні роки в Україні кількість дітей з зобом підвищилась у 3 рази, кількість операцій в 3,5 рази за 5 років.

Література:

1. "Ендокринологія" А.С.Єфимова, 2004 р.
2. Практичний посібник "Йододефіцитні захворювання.
3. "Малая Энциклопедия врача - эндокринолога" (книга) Єфимова А.С., Н.А.Зуєва
4. Посібник для лікарів "Йодний дефіцит і йододефіцитні захворювання"
5. В.О. Щідловський, Київ, 2005.

Хвороби щитоподібної залози, їх поширеність
та захворюваність серед населення Волинської області за 2004-2005 роки (таблиця №1)

№ з/п	Назва районів, міст	Дифузний зоб ІІ-ІІІ ст.						Набутий гіпотиреоз та інші форми											
		поширеність			захворюваність			перебуває під "Д" наглядом на кінець року			поширеність			захворюваність			перебуває під "Д" наглядом на кінець року		
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
1.	Вол.-Волинський	1004,9	978,9	92,8	82,4	902,2	863,2	128,3	137,3	11,8	9,8	128,3	133,4	11,8	9,8	128,3	133,4	11,8	9,8
2.	Городишівський	937,8	1132,2	88,8	52,4	667,0	1013,7	182,1	123,0	18,2	6,8	179,8	123,0	18,2	6,8	179,8	123,0	18,2	6,8
3.	Ізяславський	1444,5	1095,4	206,9	136,9	731,5	854,9	114,5	129,5	18,5	18,5	110,8	114,7	18,5	18,5	110,8	114,7	18,5	18,5
4.	Камінь-Каширський	757,0	749,2	147,3	99,3	598,4	591,2	269,7	270,8	18,1	6,8	265,2	270,8	18,1	6,8	265,2	270,8	18,1	6,8
5.	Кверцівський	548,9	534,8	26,4	12,2	522,5	481,9	115,9	113,9	6,1	2,0	111,8	105,7	6,1	2,0	111,8	105,7	6,1	2,0
6.	Ковельський	983,2	878,8	52,3	26,6	739,8	673,0	176,4	180,4	12,2	10,9	166,7	171,9	12,2	10,9	166,7	171,9	12,2	10,9
7.	Локачинський	586,0	482,9	126,7	143,3	337,9	419,2	110,9	122,0	10,6	10,6	110,9	122,0	10,6	10,6	110,9	122,0	10,6	10,6
8.	Луцький	1794,5	1814,9	177,8	141,9	1521,9	1517,4	154,7	148,8	11,5	9,2	152,4	141,9	11,5	9,2	152,4	141,9	11,5	9,2
9.	Любешівський	1256,2	1294,1	113,5	124,9	1169,2	1180,6	196,8	211,9	15,1	15,1	196,8	143,8	15,1	15,1	196,8	143,8	15,1	15,1
10.	Любомльський	451,8	533,5	24,9	25,1	392,6	442,5	96,6	97,3	3,1	3,1	96,6	84,7	3,1	3,1	96,6	84,7	3,1	3,1
11.	Маневицький	408,2	537,6	81,6	103,2	408,2	537,6	175,3	134,4	28,8	2,4	175,3	132,0	28,8	2,4	175,3	132,0	28,8	2,4
12.	Ратнівський	1693,2	1636,7	95,7	34,4	1597,5	1615,6	103,7	111,2	2,7	10,6	98,3	111,2	2,7	10,6	98,3	111,2	2,7	10,6
13.	Розшівський	378,3	375,1	21,7	12,4	362,8	368,9	102,3	96,1	6,2	-	65,1	93,0	6,2	-	65,1	93,0	6,2	-
14.	Старовижівський	462,8	288,4	83,8	40,1	127,7	92,1	99,7	108,2	4,0	8,0	99,7	100,1	4,0	8,0	99,7	100,1	4,0	8,0
15.	Турійський	1290,9	1208,2	96,8	37,2	1161,8	1194,2	55,3	60,4	13,8	4,6	50,7	55,8	13,8	4,6	50,7	55,8	13,8	4,6
16.	Шацький	685,5	751,0	65,6	58,3	525,1	597,9	116,7	116,7	-	-	116,7	116,7	-	-	116,7	116,7	-	-
17.	м. Луцьк	1456,2	559,6	126,3	20,4	1288,6	501,0	41,7	378,0	24,5	28,7	389,2	356,3	24,5	28,7	389,2	356,3	24,5	28,7
18.	м. Новоолинськ	390,9	416,8	32,9	30,4	380,0	414,6	160,3	160,6	6,6	4,3	158,1	160,6	6,6	4,3	158,1	160,6	6,6	4,3
	По області:	1005,0	816,1	93,7	54,9	841,4	712,9	199,6	190,4	14,2	11,6	191,2	180,2	14,2	11,6	191,2	180,2	14,2	11,6
	По Україні:	404,1		53,7		355,5		171,0		19,2				19,2					

**Хвороби щитоподібної залози, їх поширеність та захворюваність
серед населення Волинської області за 2004-2005 роки (таблиця №2)**

№ з/п	Назва районів, міст	Хвороби ендокринної системи						з них дифузний зоб І ст.					
		поширеність		захворюваність		перебуває під "Д" наглядом на кінець року		поширеність		захворюваність		перебуває під "Д" наглядом на кінець року	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
1.	Волинський	7661,9	7827,5	1056,2	1022,1	4173,5	4237,5	3006,7	2981,9	537,0	470,8	329,7	315,8
2.	Горіхівський	11486,2	11360,7	1384,0	1391,9	6685,5	7358,1	4279,4	4537,9	840,0	965,9	2408,3	2560,5
3.	Іваничівський	8219,7	8189,6	1137,8	1032,5	4248,4	5014,4	4551,3	4807,2	698,2	669,8	1496,2	2068,7
4.	Камінь-Каширський	12901,2	12910,4	1033,5	1020,0	9258,8	7647,9	9016,3	8805,5	559,8	611,6	5972,3	4276,4
5.	Ківерцівський	11610,6	9670,4	912,8	837,7	2575,8	3542,0	8579,3	6577,7	614,0	477,8	-	902,8
6.	Ковельський	8229,1	6763,1	934,5	820,7	3223,3	3554,0	2792,5	2614,7	557,3	447,9	58,4	354,7
7.	Локачинський	8425,3	8357,2	1398,9	1598,2	2650,1	2918,4	4835,6	4940,0	744,3	886,1	-	-
8.	Луцький	7776,0	8154,6	1346,4	1384,7	4247,1	4412,6	3431,9	3407,9	836,8	885,7	533,5	576,8
9.	Любешівський	15990,0	15389,0	1929,7	1646,0	13663,0	13236,0	11426,8	10530,5	980,0	688,7	9841,5	9202,4
10.	Любомльський	4992,1	4949,2	321,0	492,7	3527,5	3514,9	2006,8	1770,0	46,7	125,5	1402,3	1308,7
11.	Маневицький	7889,4	8711,3	1133,2	1118,3	2847,5	4334,1	4532,9	4631,6	549,8	734,3	638,6	1900,6
12.	Ратнівський	10220,4	10188,6	933,0	696,5	5810,6	7121,7	5908,9	5805,4	518,3	256,9	2211,5	3178,1
13.	Рожищенський	4219,9	4613,0	555,0	505,3	1634,0	1789,6	2238,6	2644,4	347,3	254,2	-	31,0
14.	Старовижівський	3890,2	3661,1	825,9	664,9	1907,2	2050,9	762,1	608,9	183,5	172,2	8,0	12,0
15.	Турійський	5458,5	5673,8	636,2	608,7	4960,6	5241,6	1751,9	1868,0	272,0	250,9	1553,6	1672,9
16.	Шашківський	4674,7	5111,2	758,5	612,5	3055,7	3295,7	2421,2	2726,9	517,8	379,1	1217,9	1305,1
17.	м. Луцьк	12062,9	11944,9	991,0	1494,6	10084,2	9861,3	4595,9	5339,8	338,9	806,9	4147,5	4714,6
18.	м. Новоград-Волинський	5490,6	6016,9	1198,9	1339,3	3823,7	4020,0	992,7	1109,2	533,7	629,5	-	-
	По області:	9185,4	8989,8	1023,0	1092,8	5634,7	5845,4	4365,5	4367,9	519,1	590,3	1977,7	2207,2
	По Україні:	6551,8		8603		5406,4							

Хвороби щитоподібної залози, їх поширеність та захворюваність
серед населення Волинської області за 2004-2005 роки (таблиця №3)

№ з/п	Назва районів, міст	Вузловий зоб						Тиреотоксикоз					
		по ширеність		захворюваність		перебуває під "Д" наглядом на кінець року		по ширеність		захворюваність		перебуває під "Д" наглядом на кінець року	
		2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
1.	Вол.-Волинський	335,6	347,2	35,5	41,2	308,0	304,1	88,8	72,6	29,6	11,8	61,2	58,9
2.	Городишківський	305,0	332,6	20,5	13,7	241,3	316,7	125,2	141,2	31,9	25,1	113,8	118,5
3.	Іваничівський	59,1	59,2	7,4	11,1	48,0	48,1	133,0	136,9	18,5	3,7	125,6	118,4
4.	Камінь-Капірський	782,0	722,1	88,4	63,2	652,8	620,6	65,7	65,4	9,1	4,5	58,9	60,9
5.	Ківерцівський	307,0	268,4	10,2	6,1	262,3	252,1	69,1	56,9	8,1	10,2	46,8	40,7
6.	Ковельський	445,3	406,7	28,0	16,9	351,6	347,4	101,0	105,3	7,3	6,1	92,5	96,8
7.	Локачинський	348,4	398,0	31,7	47,8	348,4	360,8	153,1	169,8	5,3	21,2	147,8	153,9
8.	Луцький	344,1	361,6	32,3	20,6	344,1	339,3	106,2	130,5	25,4	27,5	106,2	130,5
9.	Львівський	900,5	953,5	105,9	102,2	851,3	874,1	68,1	75,7	11,4	15,1	56,8	75,7
10.	Львівський	143,3	163,2	6,2	37,7	118,4	147,5	71,7	84,7	12,5	9,4	65,4	72,2
11.	Маневирський	458,6	520,8	132,8	62,4	458,6	511,2	48,0	52,8	7,2	4,8	48,0	52,8
12.	Ратнівський	295,0	296,6	63,8	31,8	252,5	296,6	63,8	84,8	5,3	21,2	63,8	68,9
13.	Рокитненський	117,8	43,4	-	9,3	34,1	40,3	49,6	62,0	9,3	15,5	43,4	43,4
14.	Сарненський	418,9	468,7	131,7	112,2	355,1	452,6	59,8	60,1	12,0	8,0	51,9	32,0
15.	Турійський	189,0	227,7	41,5	51,1	175,2	204,5	87,6	92,9	9,2	9,3	83,0	83,6
16.	Шацький	124,0	124,0	21,9	7,3	116,7	124,0	87,5	94,8	21,9	7,3	87,5	94,8
17.	м. Луцьк	1290,6	1185,5	92,1	94,3	1101,1	1109,7	219,1	216,1	26,4	24,2	165,6	181,0
18.	м. Новоолинськ	509,5	518,8	24,2	13,0	489,8	516,6	175,7	178,0	8,8	8,7	171,3	178,0
По області:		558,9	540,4	52,6	46,2	484,5	502,3	136,9	120,8	16,2	14,5	99,4	105,5
По Україні:		380,8		63,7		347,1							