

КОНСЕНСУС.

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ У ДЕТЕЙ:

ТЕРМИНОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Общепризнано, что диффузное увеличение щитовидной железы у детей в последние годы вышло на первое место среди всей эндокринной патологии. Ясна роль недостатка йода в его формировании, доказано, что практически вся Россия является зоной йодного дефицита. В то же время методологические подходы к решению данной проблемы неоднозначны и требуют уточнения и разработки.

С этой целью группа экспертов под эгидой Комитета здравоохранения Москвы в течение нескольких месяцев разрабатывала эти подходы, результатом чего явился данный документ. Он обсуждался на заседаниях экспертной группы, был принят на конференции детских эндокринологов Москвы 12.05.99, доложен на IV Пленуме Российской ассоциации эндокринологов 02.07.99. Организованную поддержку оказывала фармацевтическая фирма "Берлин-Хеми/Группа Менарини".

Планируются дальнейшая работа над данным документом.

Данный консенсус является согласованным мнением и подготовлен экспертной группой в следующем составе: проф. Касаткина Э. П., проф. Петеркова В. А., проф. Мартынова М. И., проф. Мельниченко Г. А., проф. Герасимов Г. А., доктор мед. наук Анциферов М. Б., Андрейченко А. П., канд. мед. наук Свириденко Н. Ю., канд. мед. наук Велданова М. В.

1. Основные понятия

1.1. Зоб — увеличение объема щитовидной железы.

1.2. Эндемический зоб — диффузное увеличение щитовидной железы, встречающееся в популяции более чем у 5% детей младшего и среднего школьного возраста. Обусловлен дефицитом поступления в организм йода или другими зобогенными факторами.

1.3. Спорадический зоб — диффузное увеличение щитовидной железы, встречающееся в популяции у менее 5% детей младшего и среднего школьного возраста. Обусловлен врожденными или приобретенными дефектами синтеза гормонов щитовидной железы.

1.4. Физиологические дозы йода — количество йода в лекарственных препаратах и продуктах питания, обогащенных йодом, соответствующее суточной потребности в нем.

2. Классификация размеров зоба по данным пальпации

2.1. Традиционным методом определения размеров щитовидной железы является пальпация. С 1955 г. в России наиболее распространена классификация размеров щитовидной железы, предложенная О. В. Николаевым. В настоящее время следует признать, что выделение пяти степеней размеров щи-

товидной железы является нецелесообразным при пальпаторной ее оценке в силу многих причин.

2.2. С 1994 г. в мире по рекомендации ВОЗ используется более упрощенная и доступная врачам всех специальностей классификация размеров щитовидной железы, международный характер которой позволяет сравнивать данные из различных стран.

Степень 0 — зоба нет.

Степень I — зоб не виден, но пальпируется, при этом размеры его долей больше дистальной фаланги большого пальца руки обследуемого.

Степень II — зоб пальпируется и виден на глаз.

2.3. Рекомендуется использовать данную классификацию для оценки размеров щитовидной железы как с клиническими целями, так и для проведения эпидемиологических исследований.

3. Оценка размеров щитовидной железы по данным ультразвукового исследования

3.1. Для точного определения размеров щитовидной железы показано проведение ее ультразвукового исследования (УЗИ).

3.2. Объем каждой доли подсчитывают путем перемножения ширины (Ш), длины (Д) и толщины (Т) с коэффициентом поправки на эллипсоидность 0,479.

$$\text{Объем} = (\text{ШП} \cdot \text{ДП} \cdot \text{ТП}) + (\text{ШЛ} \cdot \text{ДЛ} \cdot \text{ТЛ}) \cdot 0,479.$$

3.3. По международным нормативам при использовании УЗИ у взрослых лиц (старше 18 лет) зоб диагностируется, если объем железы у женщин превышает 18 мл, у мужчин — 25 мл.

3.4. У детей наиболее целесообразно использование нормативов объема щитовидной железы, рассчитанных относительно площади поверхности тела (F. Delang и соавт., 1997) (приложение 1).

4. Йоддефицитные заболевания

4.1. В настоящее время известен целый ряд заболеваний, обусловленных влиянием йодной недостаточности в различные периоды жизни:

В любом возрасте	Зоб, клинический или субклинический гипотиреоз
У плода и новорожденного	Высокая перинатальная смертность, врожденные пороки развития, врожденный гипотиреоз, кретинизм
У детей и подростков	Задержка умственного и физического развития и снижение работоспособности, плохая успеваемость; высокая заболеваемость и склонность к хроническим заболеваниям; нарушение полового развития
У взрослых и пожилых людей	Снижение физической и интеллектуальной работоспособности; акселерация атеросклероза
У женщин детородного возраста	Бесплодие и невынашивание беременности, тяжелое течение беременности, анемия

4.2. Для удовлетворения потребности организма в йоде рекомендуются следующие нормы его ежедневного потребления (ВОЗ, 1996 г.): 50 мкг — для детей грудного возраста; 90 мкг — для детей от 2 до 6 лет; 120 мкг — для детей от 7 до 12 лет; 150 мкг — для подростков от 12 лет и старше и взрослых; 200 мкг — для беременных и кормящих женщин.

5. Профилактика эндемического зоба

5.1. Фактическое среднее потребление йода жителями Москвы (по данным скрининга 1997 г.) составляет 50—80 мкг в день, т. е. является недостаточным.

5.2. Учитывая эпидемиологические данные, Москва является регионом легкого или умеренного дефицита йода. В связи с этим каждый житель Москвы должен получать ежедневно дополнительное количество йода: дети препубертатного возраста — 100 мкг; подростки и взрослые — 150 мкг; беременные и кормящие — 200 мкг.

5.3. Для преодоления дефицита йода используются следующие методы профилактики.

Массовая йодная профилактика — в масштабе популяции, осуществляемая путем внесения йода в наиболее распространенные продукты питания (соль, хлеб).

Групповая йодная профилактика — профилактика в масштабе определенных групп повышенного риска по развитию йододефицитных заболеваний: дети, подростки, беременные и кормящие женщины. Осуществляются путем регулярного длительного приема препаратов, содержащих физиологические дозы йода.

Индивидуальная йодная профилактика — профилактика у отдельных лиц путем длительного приема препаратов, содержащих физиологические дозы йода.

6. Лечение эндемического зоба

6.1. При наличии диффузного увеличения щитовидной железы по данным пальпации в соответствии с классификацией ВОЗ (1994 г.) и(или) увеличения ее объема по отношению к площади поверхности тела, после исключения аутоиммунного тиреоидита устанавливается диагноз "эндемический зоб I или II степени".

6.2. Назначается прием препаратов йода в суточной дозе 200 мкг (например, калия йодид 200 по 1 таблетке в день) курсом не менее 6 мес.

6.3. В случае, если через 6 мес отмечаются значительное уменьшение или нормализация размеров щитовидной железы, рекомендуется продолжить прием препаратов йода в профилактической дозе (например, калия йодид 200 по 1/2—1 таблетке в день) с целью предотвращения рецидива зоба.

6.4. Если на фоне приема препаратов йода в течение 6 мес не произошло нормализации размеров щитовидной железы, то показано применение тироксина (например L-тироксина) в дозах 2,6—3 мкг/кг массы тела в сутки или его комбинации с 100—150 мкг йода в день. Адекватная доза тироксина подбирается в соответствии с уровнем ТТГ. После нормализации размеров щитовидной железы по данным УЗИ, проводимого каждые 6 мес, рекомендуется переход на длительный прием профилактических доз йода.

Верхний предел нормальных значений (97-я перцентиль) для объема щитовидных желез (в мл) в расчете на площадь поверхности тела у детей, проживающих в условиях нормального обеспечения йодом (F. Delange et al. European Journal of Endocrinology, 1997, v. 136, pp. 180—187)

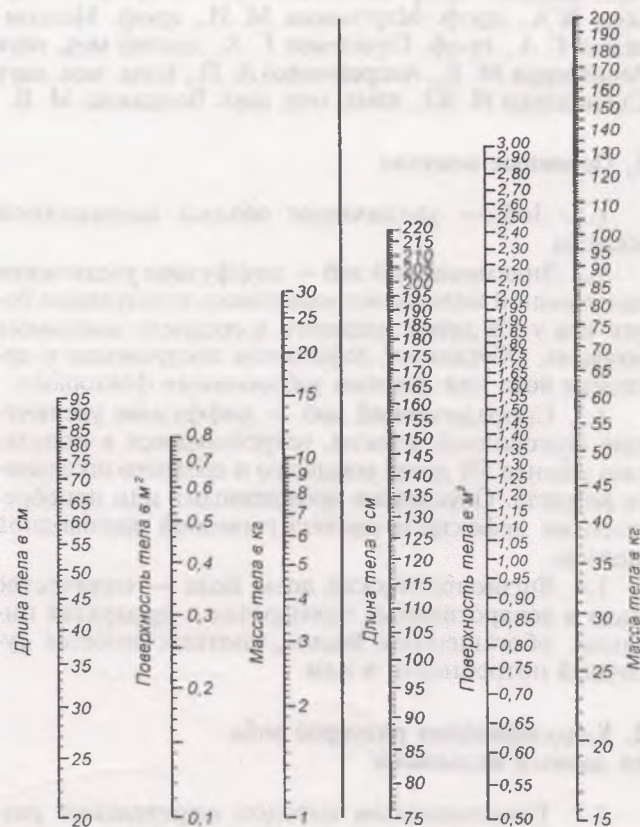
Площадь поверхности тела, м ²	Мальчики	Девочки
0,8	4,7	4,8
0,9	5,3	5,9
1,0	6,0	7,1
1,1	7,0	8,3
1,2	8,0	9,5
1,3	9,3	10,7
1,4	10,7	11,9
1,5	12,2	13,1
1,6	14,0	14,3
1,7	15,8	15,6

Площадь поверхности тела рассчитывается по номограмме или по формуле

$$\text{ППТ} = B^{0,425} \cdot P^{0,725} \cdot 71,84 \cdot 10^{-4},$$

где B — масса тела (в кг), P — рост (в см).

Приложение 2



Номограмма для вычисления поверхности тела по длине и массе тела (по Графоду, Терри и Рурку).