

1. Карпман В. Л. Фазовый анализ сердечной деятельности. Медицина, М., 1965.— 2. Назипов А. А. В кн.: Материалы научно-практ. итог. конференции, посвящ. 100-летию со дня рождения В. И. Ленина и 50-летию ЧАССР. Чебоксары, 1970.— 3. Савицкий Н. Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. Медгиз, Л., 1963.— 4. Шалимов А. А., Шифрин Г. А., Трубецкой Б. Г. Вестн. хир., 1969, 4.— 5. Blumberger K. Die Herzdynamik in der Klinisch Diagnostik Kreislaufmessungen. München—Gräfelfing, 1958.— 6. Dobkin A. B. Canad. anaesthetists soc. J., 1960, 7, 3, 317—342.

УДК 616.441—008.64

## К ДИАГНОСТИКЕ ГИПОТИРЕОЗА

*Канд. мед. наук М. М. Газымов, канд. мед. наук М. Х. Газымова,  
Г. Л. Варламова, А. Е. Кублик, Г. Х. Хузин*

*Ленингорский межрайонный противозобный диспансер (главврач — М. М. Газымов)*

С развитием эндокринологической сети число случаев выявления гипотиреоза растет. Высказывания о редкости этого заболевания связаны, видимо, с недостаточной распознаваемостью и плохим учетом гипотиреоза [2]. Так, в результате проведения специальных мероприятий по выявлению гипотиреоза в Челябинском областном эндокринологическом диспансере в 1966 г., это заболевание заняло 4-е место среди причин посещаемости диспансера, опередив тиреотоксикоз.

В Татарской АССР зарегистрированы единичные случаи гипотиреоза. Поэтому мы провели обследование детей с отставанием в умственном развитии, а в дальнейшем расширили контингент лиц для исследования по выявлению гипотиреоза. Мы стремились также привлечь внимание врачей общей сети к ранним признакам гипотиреоза.

До 1964 г. на учете стоял 1 больной с тяжелым гипотиреозом, а на 1/1 1971 г.— 41 (8 мужчин и 33 женщины). Гипотиреоз у них не связан с оперативным вмешательством на щитовидной железе. У 4 больных был спонтанный гипотиреоз, у 4 — после перенесенного тиреоидита (у 1 из них был врожденный сифилис), у 7 — узловой гипотиреоидный зоб, у 25 — врожденный гипотиреоз (среди них у 5 был узловой зоб) и у 1 — гипопитарный гипотиреоз.

Врожденный гипотиреоз был распознан до 2-летнего возраста только у 1 больного, в возрасте до 3 лет — у 3, от 3 до 5 лет — у 4, от 5 до 7 лет — у 5 и старше 7 лет — у 12.

Как отмечают Г. Ф. Булычева и др. (1963), у больных с гипотиреозом в 80% диагноз своевременно не был поставлен, несмотря на характерные признаки заболевания. Распознавание болезни в отдельных случаях возможно при простом осмотре: движения больных замедленны, речь смазанна, кожа утолщенная, сухая, грубая. Дети с врожденным гипотиреозом имеют большой вес при рождении. В дальнейшем отмечается задержка роста, запоры, язык становится утолщенным, выявляется заметное отставание в физическом и психическом развитии. Симптомы гипотиреоза становятся более выраженными после отнятия ребенка от груди, когда прекращается поступление тиреоидного гормона с материнским молоком. В это время больной имеет типичный внешний вид — короткое кореностое туловище, непропорционально большая голова; широкая и плоская переносица. Зубы прорезываются с большим интервалом, кисти рук широкие, короткие и толстые. Из-за гипотонии мышц живот становится большим, появляется пупочная грыжа. Кожа холодная, сухая, часто с желтоватым оттенком. Дети имеют избыточный вес, подкожная клетчатка утолщена. Наблюдается физическая и психическая заторможенность. Все же внешний вид детей с гипотиреозом весьма variabelен: клиническая картина может меняться в зависимости от возраста больного, степени недостаточности функции щитовидной железы, длительности этой недостаточности [7].

Мы разделили наблюдавшихся нами больных по степени выраженности симптомов гипотиреоза на 3 группы [1]. К 1-й гр. (первая степень гипотиреоза, легкая) отнесены дети с незначительным снижением физического развития, отставанием интеллекта, вялостью, заторможенностью, а также взрослые с характерными внешними чертами (всего 14 чел.). Среди больных с гипотиреозом легкой степени были и такие, которые многократно безуспешно лечились в стационарах под разными диагнозами.

Ко 2-й гр. (вторая степень гипотиреоза, среднетяжелая) отнесены 10 больных с выраженными симптомами болезни, появившимися к концу 1-го, началу 2-го года жизни, со значительным отставанием в психомоторном и физическом развитии; к 3-й (третья степень, тяжелая) — 17 больных, родившихся с резко выраженными признаками болезни, причем у некоторых эти признаки были выявлены уже на 1-м году

жизни, отмечалась крайняя задержка роста интеллекта (см. рис. 1). 13 больным 3-й гр., диагноз был поставлен, когда им было больше 3 лет, лечения они не получали; умственная отсталость у них граничит с идиотией.

В некоторых семьях было несколько детей с узловым гипотиреодным зобом. В одной семье (см. рис. 2) у матери 5 дочерей был узловым гипотиреодный зоб.

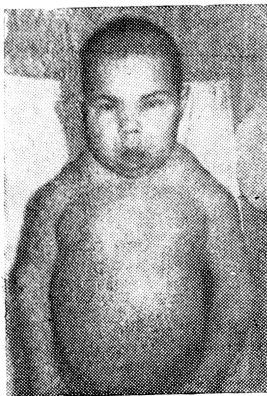


Рис. 1. Больной И. Гипотиреоз тяжелой степени.



Рис. 2. Больная с огромным узловым зобом, у 4 дочерей гипотиреодный зоб.

С каждой беременностью зоб у матери увеличивался в размере, и к настоящему времени у нее эутиреоидное состояние (СБТ — 7,0, БЭИ — 4,5 мкг%). У 4 дочерей выявлен узловым зоб, гипотиреоз тяжелой степени (СБТ колеблется от 1,0 до 2,0, БЭИ — от 0,9 до 1,7 мкг%, холестерин крови — от 183 до 320 мг%). Самая старшая дочь, кроме того, глухонемая. Лишь последняя дочь, 16 лет, в эутиреоидном состоянии, смогла окончить 8 классов.

По мнению ряда авторов [4, 7, 8, 9], для диагностики гипотиреоза надежным тестом является определение СБТ. До назначения тиреоидина мы определяли СБТ у 26 больных. Среднее содержание было равно  $2,2 \pm 0,16$  мкг% с колебаниями от 0,9 до 3,5 мкг%. Только у 2 больных гипотиреозом легкой степени до лечения тиреоидином СБТ был в пределах нижней границы нормы. БЭИ был определен у 10 больных, среднее содержание равнялось  $2,0 \pm 0,20$  мкг%, ни у одного больного до лечения не было нормальных показателей.

Большинство авторов [3, 5 и др.] считает, что для гипотиреоза характерен высокий уровень холестерина крови, особенно у детей, когда роль других факторов, влияющих на уровень холестерина, незначительна [6, 7]. Мы исследовали холестерин крови у 34 больных, средние цифры составили  $247 \pm 12,99$  мг%. Содержание  $\beta$ -липопротеидов было увеличено у 8 из 9 обследованных (в среднем до  $93,4 \pm 58\%$ ).

Рефлекс Вольфмана, характеризующий периферическое действие тиреоидных гормонов до начала лечения, был записан у 9 больных, средняя скорость равнялась  $243 \pm 16$  мм/сек.

## ВЫВОДЫ

1. Гипотиреоз, несмотря на наличие характерных признаков, диагностируется у многих больных с большим опозданием. Основной причиной поздней диагностики является отсутствие у врачей соответствующей настороженности.

2. В диагностике гипотиреоза из лабораторных методов наиболее надежным является определение уровня СБТ, БЭИ и  $\beta$ -липопротеидов крови.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Булычева Г. Ф., Идельсон Н. Н., Князевская Е. Г., Стройкова А. С. Педиатрия, 1963, 8.— 2. Левит И. Д. В кн.: Профилактика и лечение заболеваний щитовидной железы. Челябинск, 1969.— 3. Лейтес С. М., Лаптева Н. Н. Очерки по патофизиологии обмена веществ и эндокринной системы. Медицина, М., 1967.— 4. Степанов Г. С. Лаб. дело, 1965, 10.— 5. Клячко В. Р., Саитгалеева М. Ш. Пробл. эндокринол., 1965, 5.— 6. Вернер С. (ред.). Щитовидная железа. Медгиз, М., 1963.— 7. Уилкинс Л. Диагностика и лечение эндокринных нарушений в детском и юношеском возрасте. М., 1963.— 8. Blackburn C. M. Power M. J. clin. Endocr., 1955, 15, 11, 1372—1392.— 9. Najjar S. S. J. Pediatr., 1964, 64, 3, 372—380.