

КОНСЕНСУС ПО ЗОБУ

Данный консенсус является согласованным мнением и подготовлен экспертной группой в составе:

проф. Э. П. Касаткина, проф. В. А. Петеркова, проф. М. И. Мартынова, проф. Г. А. Мельниченко, проф. Г. А. Герасимов, д. м. н. М. Б. Анциферов, др. А. П. Андрейченко, к. м. н. Н. Ю. Свириденко, к.м.н. М. В. Велданова.

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 менее, чем у 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 ПОДАНЫМ 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 щитовидной 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 1 - зоб не виден, но пальпируется, при этом размеры его долей больше дистальной фаланги большого пальца руки обследуемого.

Степень 2 - зоб пальпируется и виден на глаз.

2.3. Рекомендуется использовать данную классификацию для оценки размеров щитовидной железы как в клинических целях, так и для проведения эпидемиологических исследований.

3. ОЦЕНКА РАЗМЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОДАНЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Для точного определения размеров щитовидной железы показано проведение ее **ультразвукового исследования**.

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

$$\text{Объем}=[(\text{ШПхДПхТП})+(\text{ШЛхДЛхТЛ})]*0,479$$

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:**

Верхний предел нормальных значений (97 перцентиль) для объема щитовидных желез (в мл) в расчете на площадь поверхности тела у детей, проживающих в условиях нормального обеспечения йодом (*Delange F. E tal. European Journal of Endocrinology. 1997. V. 136. P. 180-187*).

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

Площадь поверхности тела рассчитывается по номограмме или по формуле:

$$ППТ = V^{0,425} * P^{0,725} * 71,84 * 10^{-4},$$

где **V** - вес в кг, **P** - рост в см.

4. ЙОДОДЕФИЦИТНЫЕ 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	<ul style="list-style-type: none"> • задержка умственного и физического развития, • снижение работоспособности, плохая успеваемость, • высокая заболеваемость и склонность к хроническим • заболеваниям, • нарушение полового развития
У взрослых и пожилых людей	<ul style="list-style-type: none"> • снижение физической и интеллектуальной работоспособности • акселерация атеросклероза
У женщин детородного возраста	бесплодие и невынашивание беременности, тяжелое течение беременности, анимия

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 жителем России (по данным скрининга 1997 г.) составляет 40-60 мкг в день, то есть является недостаточным.

5.2. Учитывая эпидемиологические данные, большинство регионов России имеют легкий или умеренный дефицит йода. В связи с этим каждый житель йододефицитного региона должен получать ежедневно дополнительное количество йода:

- дети препубертатного возраста - 100 мкг;**
- подростки - 200 мкг;**
- взрослые - 150 мкг;**

беременные и кормящие - 200 мкг.

Дети грудного возраста получают йод с молоком матери.

5.3. Для преодоления дефицита йода используются следующие **методы профилактики:**

Массовая йодная профилактика - 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.

Осуществляется путем регулярного длительного приема препаратов, содержащих физиологические дозы йода.

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

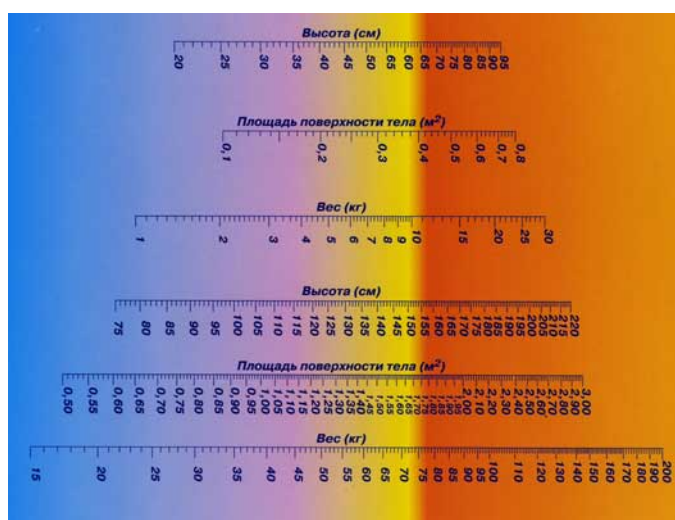
6. ЛЕЧЕНИЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА

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 1 -и или 2-й степени**".

6.2. Назначается прием препаратов йода в суточной дозе 200 мкг (например, **Йодомарин®200** по 1 таблетке в день) курсом не менее 6 месяцев.

6.3. В случае, если через 6 месяцев отмечается значительное уменьшение или нормализация размеров щитовидной железы, рекомендуется продолжить прием препаратов йода в профилактической дозе (например, **Йодомарин®200** по 1/2-1 табл. в день) с целью предотвращения рецидива зоба.

6.4. Если на фоне приема препаратов йода в течение 6 месяцев не произошло нормализации размеров щитовидной железы, то показано применение **левотироксина** (например **L-Тироксина Берлин-Хеми**) 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 месяцев, рекомендуется переход на длительный прием профилактических доз йода.



Номограмма для вычисления площади поверхности тела по высоте и весу (по Графурду, Терри и Рурку-[\[1\]](#)).

[\[1\]](#) От G. Fanconi. U. Walgrena.: Lehrbuch der Paediatrie, 3 Aufl. Basel, Schwabe, 1954