

Қ.А Ясауи атындағы қазақ - түрік Халықаралық университеті



СӨЖ

Тақырыбы: Гипотериоз.

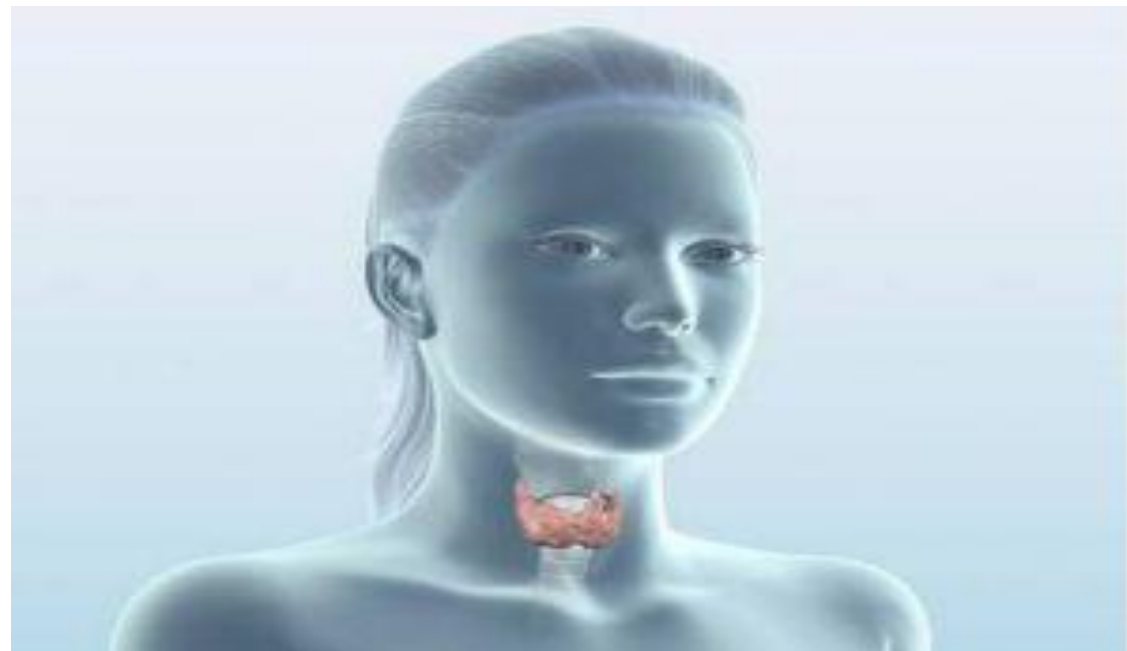


Орындаған: Ашурбекова М
Қабылдаған: Сайденова М.А
Тобы: ЖМ-414

Жоспар

- **Кіріспе**
- **Негізгі бөлім**
 1. Гипотиреоз.
 2. Этиология мен патогенезі.
 3. Жіктелуі.
 4. Клиникалық көрінісі
 5. Диагностикасы
 6. Емі
- **Қорытынды**
- **Пайдаланылған әдебиеттер**

Гипотиреоз- организмде қалқанша бездің гормондардың ұзақ уақыт, тұрақты жетіспеушілігіне немесе олардың биологиялық әсерінің тіндік деңгейде төмендеуіне байланысты дамитын клиникалық синдром. Қалқанша бездің тиреоидты гормондарының секрециясының жеткіліксіздігінен дамиды. Гипотиреозбен әр жастағы адамдар ауыру мүмкін, тіпті туа болған түрі де кездеседі.



Этиология мен патогенезі

Арудың себептеріне және зақымдалатын мүшелерге орай қалқанша бездің қызметінің төмендеуін 3 түрге бөлуге болады

- 1. Гипотиреоздың бірінші түрінде қалқанша бездің өзіне тән клеткаларын зақымдалуы.
- 2. Ми асты безінің (гипофиз) зақымдалуына байланысты оның (қалқанша бездің қызметін бақылайтын гормон) бөлу қабілеті төмендеуінен болады
- 3. Орталық ми жүйесінің ерекше бөлігі – гипоталамустың зақымдалып, оның тиролиберин секретін аз бөлуімен байланысты



Гипотиреозға алып келетін себептер (этиологиясы):

Біріншілік гипотиреоз (қалқанша безі ауруларымен байланысты):

Аутоиммунды тиреоидит

ҚБ хирургиялық алып тастау

Ауыр йод тапшылығы

Қалқанша бездің даму ақаулары (дисгенезия және эктопия)

Екіншілік және үшіншілік(гипоталамус-гипофизарлы патология):

Гипофизарлы жеткіліксіздік (Шиен-Симмондс синдромы)

Гипоталамус-гипофизарлы аймақтың ірі ісіктері

Гипофиздің сәулеленуі

ТТГ-нің шектелген жетіспеушілігі



Регуляция функций щитовидной железы





Тиреотропный гормон

Тиреоидный гормон



а

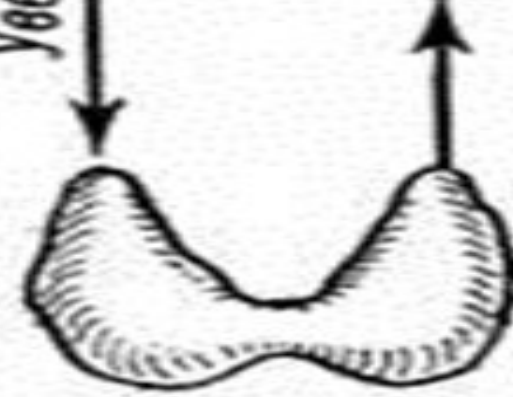


Увеличение тиреотропного гормона

Снижение тиреоидного гормона

гормона

гормона



б



Снижение тиреотропного

гормона

Увеличение тиреоидного

гормона



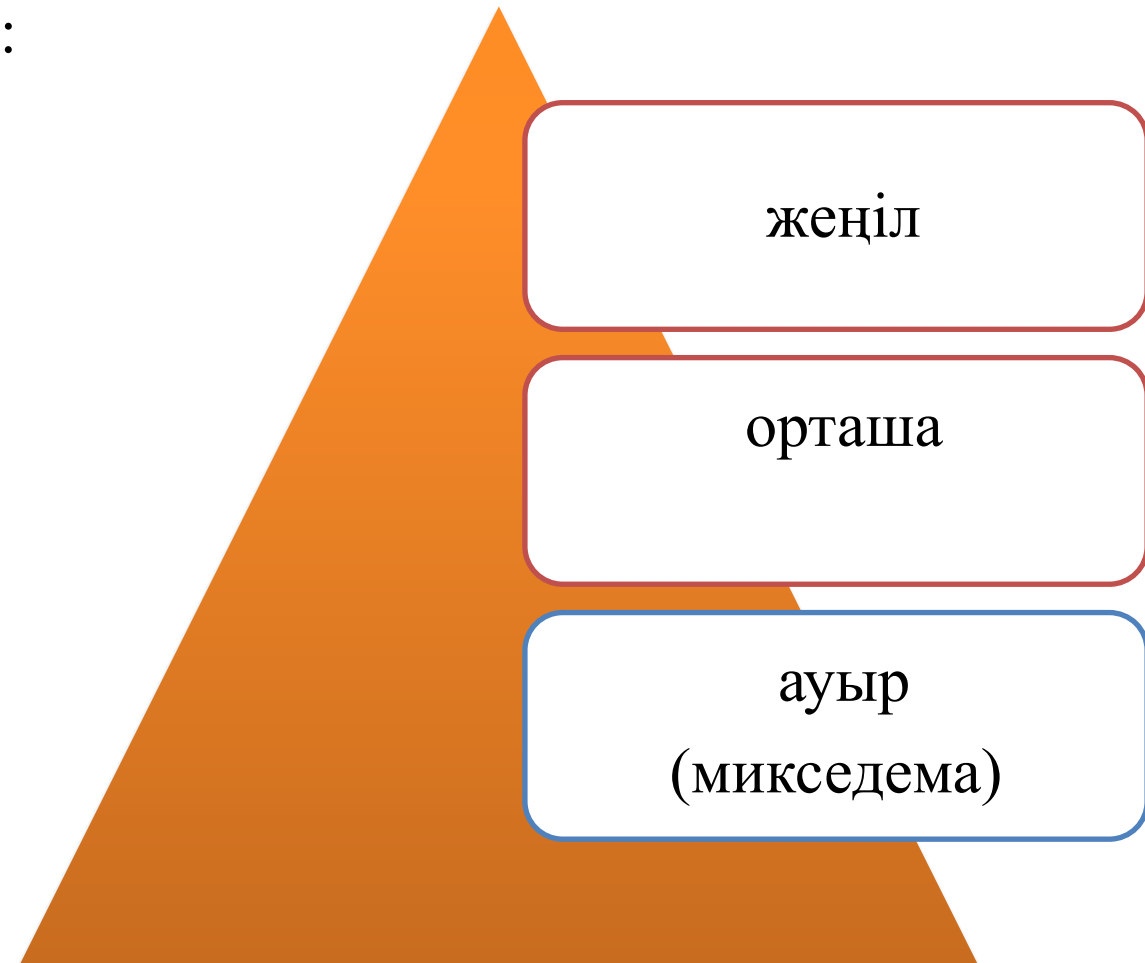
в

Эпидемиологиясы.

Гипотиреоздың эпидемиологиясын оның дамуына әкелетін жиі себептің аутоиммунды тиреоидиттің болуы анықтайды. Біріншіден, АИТ ҚБ-дің басқа да аурулары секілді әйелдерде 10 есе жиі кездеседі. Екіншіден, бұл сырқатқа ұзаққа созылған ағым тән және бірнеше жылдар мен ондаған жылдардан кейін гипотиреоздың дамуына әкелуі мүмкін. Сондықтан, гипотиреоз 50–60 жас аралығындағы әйелдерде жиі анықталады. Егер жалпы популяцияда гипотиреоздың әйелдер арасында таралуы 1 % болса, репродуктивті жастағы әйелдер арасында 2 %-ды құрайды, ал бұл көрсеткіш 60 жастан жоғары әйелдер арасында кей популяцияларда 10–12 %-дан астам болуы мүмкін.

Жіктелуі.

Гипотиреоз ауырлық дәрежесіне байланысты үш дәрежеге бөлінеді:



Біріншілік (тиреогенді) гипотиреоздың екіншілік және үшіншілікке қарағанда клиникасы айқын болады.

Различные виды гипотиреоза



Недостаточность
ЩЖ

Гипофизная
недостаточность

Гипоталамусная
недостаточность

Тест на стимуляцию
тиролиберином

Клиникалық көріністері.



Симптомы гипотиреоза



Усталость



Ощущение холода



Проблемы с сердцем



Увеличение веса



Депрессия



Выпадение волос



Хриплый голос



Проблемы с кишечником



Жалпы қарау кезінде: сырт қарағанда гипотиреозбен ауыратын адамның түр- сипаты ерекше болады.



Көбіне бұлар толықша келген, қимылдары шабан



Беті, қабағы ісінгеннен көз шарасы кішірейген



Терісі қуқыл тартқан, кейде сарғыштану болуы мүмкін



шашы, қасы түседі



Бетте мимика азаяды, көз саңылаудары тар, көздің жанары жоғалады.

Жүрек- қан тамыр жүйесі:

брадикардия

Жүрек тондары
тұйықталады.

систолалық шу.
Артериалды қан
қысымы төмендеген.

тісшелердің кіші
вольтажы, әлсіз Т
және Р тісшелері , S-
Т интервалының
изосызықтан
төмендеуі, P-Q
интервалының
ұзаруы.

Асқазан- ішек жолдары:

жүрек
айнуы, іш
қату,

метеоризм

Ісіну
нәтижесінде
тілі үлкейіп,
аузына
сыймайды.

парадонтоз

гипо- және
ахлогидрия

Жүйке- бұлшықет жүйесі және психика:

әлсіздік,
ұйқышылдық,

психоз

бастың ауруы,

Перифериялық
нерв жүйесі
өзгеріске ұшырауы

Ортаңғы құлақ пен
есту түтігінің ісінуі

бас айналуы ми
тінің ісінуі







до ...



ЖИТЬ
Здорово

ПРО ЖИЗНЬ

...после



Гипотиреоз

Гипотиреодты (гипотермиялық) кома

гипотиреоздың ауыр асқынуы болып табылады. Көбінесе жасы ұлғайған адамдарда жиі кездеседі. Гипотиреодты команың дамуына ықпал етуші факторлар:

инфекциялар,

қосымша аурулар (жүрек- қан тамыр жүйесінің жетіспеушілігі, қатерлі ісіктер),

физикалық жарақаттар,

хирургиялық араласулар,

наркоз, астық интоксикациялар, күшті әсер етуші препараттар қабылдау.

Гипотиреодты команың дамуы тиреодты гормондардың жетіспеушілігімен байланысты.

Нәтижесінде мида алмасу процесстерінің бұзылысынан гипоксия дамып, белок, май, көмірсу алмасуы бұзылады. Тиреодты гормондар дефициті мен бүйрек үсті безінің жетіспеушілігінен организмнің қорғаныс қасиеті төмендеп, түрлі инфекциялық аурулардың дамуына септігін тигізеді.

Гипотиреодты кома біртіндеп дамиды. Науқастың жағдайы лезде нашарлайды. Естен танумен аяқталатын ұйқышылдық дамиды. Дене температурасы төмендейді. Кейде температура 23°C болуы мүмкін. Синусты брадикардия минутына 34 соққыға дейін жоғарылайды. Муцинге бай сұйықтықтың көп мөлшерде перикард қуысында жиналуынан жүрек тампонадасы дамуы мүмкін. Тыныс алуы сирек және әлсіз. Қатты іш қату, ішек өтімсіздігі. Өрістейтін жүрек әлсіздігі мен гипотония салдарынан олигурия, анурия, ацидоз, ми гипоксиясы, ОЖЖ қайтымсыз өзгерістер дамиды, айқын гипрехолестеринемия.

Диагностикалық сынамалар.

Гипотиреоз диагностикасы, яғни ҚБ қызметінің төмендеуін дәлелдеу өте қарапайым. Диагностикасы ТТГ және Т4 мөлшерін анықтауға негізделеді, бұл кезде ТТГ мөлшерінің шектелген жоғарылауы субклиникалық гипотиреозды білдіреді, ал ТТГ жоғарылап, қатар Т4 гормонының төмендегені — айқын немесе манифесті гипотиреозды көрсетеді. Аталған зерттеуге көрсеткіштерді анықтау үлкен мәселе болып табылады, себебі гипотиреоз клиникалық көрінісінің бейспецификалығы, яғни «айқын симптомдардың» өзі гормональды зерттеулерде расталмайды. Мұнымен қатар, ТТГ деңгейінің жоғарылап, Т4 мөлшерінің төмендеуімен сипатталатын гипотиреоз кейде симптомсыз өтуі мүмкін.

Субклиникалық гипотиреоз көп жағдайда симптомсыз ағымда өтеді, сондықтан оны анықтау қиындықтар тудырады. Осыған орай, ҚБ қызметін анықтап, гипотиреозды даигностикалау мақсатында жүргізілетін, көптеген нұсқаулықтар ұсынатын скрининг тестін жүргізу жөнінде өзекті мәселе жатыр.

Критерий диагностики	Гипотиреоз		
	первичный	вторичный	третичный
ТТГ	Повышен	Понижен или нормальный	Понижен или нормальный
T ₃	Нормальный или понижен	Нормальный или понижен	Нормальный или понижен
T ₄	Понижен	Понижен	Понижен
Поглощение I ¹³¹ I	Понижено, нормально или повышено	Понижено или нормально	Понижено или нормально
Проба с ТТГ	Отрицательная	Положительная	Положительная
Проба с ТРГ	Резко положительная	Отрицательная	Слабоположительная

Таблица 1. Нормальные значения тиреоидных гормонов

Показатель	Норма*
ТТГ	0,4–4,0 мЕд/л
Свободный T ₄	10–23 нмоль/л
Свободный T ₃	5,4–12,3 нмоль/л
* -варьирует в разных лабораториях	

Гипотиреоздың диагностикасы

Гипертиреозды анықтау үшін қан құрамындағы тиреоидты (бос Т3 және Т4) және тиреотропты гормондарды (ТТГ) мөлшерін анықтау қажет. Гипертиреоздың аутоиммундық көрінісі мен аурудың ағымын анықтау үшін АТ ТПО антидене титрын анықтау қажет





Сонымен қатар қалқанша безінің қандай ауруы оның функциясының бұзылуына себеп болғаның анықтау үшін инструменталды аспаптық зерттеулер: УДЗ, қалқанша безінің сцинтиграфиясы, қажет болса пункциялық биопсия жүргізіледі.

Бүгінде гипотиреозды емдеудің үш түрі бар:

- Консервативті емдеу түрі: препараттар көмегімен емдеу;
- Радиойодты терапия: радиоактивті йод көмегімен емдеу;
- Хирургиялық емдеу: наркоз негізінде операция жасау.

Көбіне бұл ауруға әйел адамдар шалдығады. Ал аяғы ауыр және бала емізіп жүрген әйелдерді гипотиреоздан емдеу өте қауіпті.

Емі

Манифесті гипотиреоз ($TTH \uparrow$, $T4 \downarrow$) басқа түрткілерге тәуелсіз (жас шамасы, ілеспелі патология) левотироксинмен (L-T4) орынбасушы терапияға абсолютті көрсеткіш болып табылады. Тек емдік шараның басталу варианты ғана ерекшеленуі мүмкін (бастапқы мөлшер мен оны жоғарылату жылдамдығы). Субклиникалық гипотиреозды ($TTH \uparrow$, $T4$ — қалыпты деңгейде) емдеудің мақсатқа лайықты екені жөніндегі мәселе даулы болып қала бермек. Субклиникалық гипотиреоз кезінде орынбасушы терапияны жүргізуге басты көрсеткіш жүктілік пен жақын болашақта жүктілікті жоспарлау болып табылады. Ілеспелі патологиясы жоқ жас науқастарда L-T4 дене массасына сай толық орынбасушы мөлшерде тағайындай беруге болады (дене массасына 1,6 мкг/кг). Әйелдер үшін L-T4 мөлшері тәулігіне орташа 100 мкг, ер адамдар үшін — 150 мкг. Дәрілік зат таңертең ашқарынға таңғы асқа 30 минут бұрын тәулігіне бір рет қабылданады. Гипотиреоздың компенсация сапалығын анықтаудың бақылау параметрі TTH деңгейі болып табылады. Егер ол алғашында жоғарылаған болса, қалыпты мөлшерге 4–6 ай бойында келеді (алғашқы бақылаулық зерттеу 2–3 айдан кейін орындалады). Гипотиреоз компенсациясына қол жеткізгеннен кейін (TTH деңгейінің қалыпты болуы), бұл параметр жыл сайын бағаланады. Компенсирленген гипотиреоз жүктілікті жоспарлауға қарсы көрсеткіш болып табылмайды (жүктілік орнағаннан кейін L-T4 мөлшерін 2,3 мкг/кг дене салмағына мөлшерімен жоғарылату қажет).+ Екіншілік гипотиреоздың орынбасушы терапиясының қағидалары өте ұқсас, себебі оның компенсациясының сапасы $T4$ мөлшерінің өзгерісімен бағаланады. Гипотиреозды команы емдеу тиреоиды гормондарды, глюкокортикоидтарды тағайындау, гемодинамикалық және электролитті бұзылыстарды түзету секілді интенсивті шараларды қажет етеді.

Қорытынды

Қорытындылай келе қалқанша безі ауруына шалдығудың басты факторлары: ағзада йодтың жетіспеушілігі, қоршаған орта, яғни экологияның ластануы мен радиация әсерінен және гормондардың өзгеріске ұшырайтын жүктілік пен менопауза кезеңдерін атап өтуге болады. Сондай-ақ бұл ауру түрі тұқым қуалайды. Адам қатты депрессия кезінде сабырлылық сақтап, өз-өзін қолға алмаса, түрлі аурулар осыдан басталады.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Р.С. Досмағамбетова Эндокриндік жүйесі 2014ж
2. Б.С.Қалмурзина Ішкі аурулар Түркістан 2004ж
3. WWW.Google.kz

НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ!

