



Кафедра: Амбулаторно-поликлиническая терапия

Тема: Гипотиреоз

- Выполнила: Сапарова Г, Мәдиярбек С
- Группа: 11-44/2
- Факультет: Общая медицина
- Проверила: Сапарбаева М.М.

План

- Введение
- Гипотиреоз
- Этиология
- Патогенез
- Классификация
- Симптомы
- Диагностика
- Лечение
- Заключение
- Список литературы

Гипотиреоз

- **Гипотиреоз** –(от гипо- и лат. (glandula) thyreoidea — щитовидная железа) это эндокринное заболевание, при котором щитовидная железа вырабатывает недостаточное количество гормонов – тироксина и трийодтиронина – и это приводит к замедлению обмена веществ в организме. Впервые гипотиреоз как заболевание был описан в 1873 году, а термин «микседема» (слизистый отёк кожи) по отношению к тяжёлым формам гипотиреоза стал употребляться с 1878 года.

- При гипотиреозе снижается уровень гормонов щитовидной железы Т3 (трийодтиронина) и Т4 (тироксина), и повышается уровень ТТГ (гормон гипофиза).



Гормоны щитовидной железы в нашем организме выполняют несколько функций:

- ✓ способствуют росту и развитию организма в целом;
- ✓ регулируют все обменные процессы - водно-солевой, липидный, белковый, углеводный;
- ✓ контролируют деятельность почти всех органов и систем - иммунной, нервной, костно-мышечной, репродуктивной, сердечно-сосудистой, пищеварительной;
- ✓ оказывают иммуномодулирующее и антистрессорное воздействие.

ЭТИОЛОГИЯ

Первичный (в его основе лежит поражение щитовидной железы, которое приводит к её функциональной неполноценности)

- **Врожденные факторы:**
- Недоразвитие щитовидной железы (гипо- и аплазия);
Этиология
- Наследственные ферментопатии с поражением ферментов щитовидной железы, участвующих в процессе синтеза тиреоидных гормонов;

Факторы приобретенного происхождения:

- Состояние после удаления щитовидной железы (струмэктомии);
- Ионизирующая радиация при лучевой терапии опухолевых заболеваний, или природного происхождения в зонах техногенных катастроф, связанных с ядерными выбросами;
- Лечение препаратами радиоактивного йода;
- Тиреоидиты (воспалительные процессы щитовидной железы) микробного и аутоиммунного происхождения;
- Йододефицитные состояния и эндемический зоб на их фоне;
- Передозировка препаратов, тормозящих синтез тиреоидных гормонов и амиодарона;
- Опухолевое поражение щитовидной железы.

Вторичный (вызван снижением активности гипофиза в отношении способности синтеза тиреотропного гормона)

- Ишемическое поражение гипофиза при атеросклерозе мозговых сосудов или острой тяжелой анемии на фоне кровотечений;
- Воспаление внутричерепных структур в гипофизарной области мозга;
- Опухолевая трансформация клеток аденогипофизарного отдела;
- Поражение гипофиза на фоне аутоиммунных заболеваний;
- Токсическое действие лекарственных препаратов на железистые гипофизарные клетки (леводопа, парлодел).

Третичный (представлен поражением гипоталамических ядер)

- Менингоэнцефалит с вовлечением гипоталамической зоны;
- Тяжелые травматические поражения головного мозга;
- Внутримозговые опухоли;
- Терапия препаратами серотонина.

Периферический (нарушение действия имеющихся тиреоидных гормонов)

- Аутоиммунные процессы, в ходе которых образуются антитела к гормонам щитовидной железы;
- Врожденные или наследственные нарушения структуры рецепторов в тканях, через которые тиреоидные гормоны осуществляют свое действие;
- Ферментопатии почек и печени, приводящие к нарушению превращения тироксина в трийодтиронин;
- Дефекты транспортных белков, которые транспортируют гормоны внутрь клеток органов.

Патогенез

- Основная причина спонтанного гипотиреоза - **аутоиммунный тиреоидит**. Заболевание чаще поражает пожилых людей, преимущественно женщин.
- Патогенез различен, в зависимости от характера поражения:

- Первичный гипотиреоз связан с патологией щитовидной железы, ведущей к уменьшению массы железистой ткани щитовидной железы и торможению синтеза гормонов тироксина и трийодтиронина. Это может быть следствием аплазии или агенезии щитовидной железы, аутоиммунных процессов, йододефицита, дефицита селена;

- Вторичный гипотиреоз («центральный»), связан с выпадением тропной функции гипофиза (снижение продукции тиреотропина). Недостаточное поступление в организм гормонов щитовидной железы приводит к нарушению белкового, углеводного обмена, уплощению сахарной кривой после нагрузки глюкозой, к нарушению липидного, водно-солевого обмена

Классификация

- Различают следующие виды гипотиреоза:
 - Первичный (тиреогенный);
 - Вторичный (гипофизарный);
 - Третичный (гипоталамический);
 - Тканевой (транспортный, периферический).

- Врождённый гипотиреоз;
- Приобретённый гипотиреоз, в том числе и послеоперационный (после резекции щитовидной железы).

По степени тяжести первичный гипотиреоз подразделяют на:

- **Латентный (субклинический)** — повышенный уровень ТТГ при нормальном Т4;
- **Манифестный** — гиперсекреция ТТГ, при сниженном уровне Т4, клинические проявления;
- **Компенсированный;**
- **Декомпенсированный;**
- **Тяжёлого течения (осложнённый).** Имеются тяжёлые осложнения: кретинизм, сердечная недостаточность, выпот в серозные полости, вторичная аденома гипофиза. Как правило, это вовремя не распознанные, запущенные случаи, которые без своевременно назначенной и правильно подобранной заместительной медикаментозной терапии могут привести к развитию гипотиреоидной, или микседематозной комы.

Клиника

Характерные для гипотиреоза синдромы:

- **Обменно-гипотермический синдром:** ожирение, понижение температуры, зябкость, непереносимость холода, гиперкаротинемия, вызывающая желтушность кожных покровов.
- **Микседематозный отек:** периорбитальный отек, одутловатое лицо, большие губы и язык с отпечатками зубов по латеральным краям, отечные конечности, затруднение носового дыхания (связано с набуханием слизистой оболочки носа), нарушение слуха (отек слуховой трубы и органов среднего уха), охрипший голос (отек и утолщение голосовых связок), полисерозит.
- **Синдром поражения нервной системы:** сонливость, заторможенность, снижение памяти, брадикардия, боли в мышцах, парестезии, снижение сухожильных рефлексов, полинейропатия.
- **Синдром поражения сердечно-сосудистой системы:** микседематозное сердце (брадикардия, низкий вольтаж, отрицательный зубец Т при ЭКГ, недостаточность кровообращения), гипотония, полисерозит, возможны нетипичные варианты (с гипертонией, без брадикардии, с постоянной тахикардией при недостаточности кровообращения и с пароксизмальной тахикардией по типу симпатико-адреналовых кризов в дебюте гипотиреоза).

- **Синдром поражения пищеварительной системы:** гепатомегалия, дискинезия желчевыводящих протоков, дискинезия толстой кишки, склонность к запорам, снижение аппетита, атрофия слизистой оболочки желудка, тошнота, иногда рвота.
- **Анемический синдром:** анемия — нормохромная нормоцитарная, гипохромная железодефицитная, макроцитарная, В12-дефицитная.
- **Синдром гиперпролактинемического гипогонадизма:** дисфункция яичников (меноррагия, олигоменорея или аменорея, бесплодие), галакторея.
- **Синдром эктодермальных нарушений:** изменения со стороны волос, ногтей, кожи. Волосы тусклые, ломкие, выпадают на голове, бровях, конечностях, медленно растут. Сухость кожи. Ногти тонкие, с продольной или поперечной исчерченностью, расслаиваются.

Гипотиреоидная (микседематозная) кома

Это наиболее тяжелое, порой смертельное осложнение гипотиреоза. Характеризуется прогрессирующим нарастанием всех вышеописанных симптомов гипотиреоза. Летальность достигает 40 %. Это осложнение возникает чаще всего у пожилых женщин при длительно недиагностированном или нелеченом (плохо леченном) гипотиреозе. Провоцирующими факторами обычно являются переохлаждение и гиподинамия, сердечно-сосудистая недостаточность, острые инфекционные заболевания, психоэмоциональные и физические перегрузки, прием снотворных и седативных средств, алкоголя.

Диагностика

Диагноз «гипотиреоз» устанавливает врач-эндокринолог на основании жалоб и осмотра пациента, а также данных исследований:

- исследование крови на гормоны щитовидной железы (тироксин и трийодтиронин) и тиреотропный гормон — при гипотиреозе отмечается пониженное содержание гормонов щитовидной железы в крови, уровень тиреотропного гормона может быть как повышен, так и понижен;
- биохимический анализ крови — при гипотиреозе отмечается повышение уровня холестерина и других липидов;
- для определения размеров и структуры щитовидной железы показано выполнение УЗИ;
- в ряде случаев может потребоваться проведение сцинтиграфии щитовидной железы или пункционной тонкоигольной биопсии.

Лечение

Лечебный процесс при гипотиреозе предполагает воздействие на главные звенья этого заболевания и включает в себя следующие методы:

Этиотропная терапия

Предполагает лечение основного заболевания или состояния, которое стало причиной гипотиреоза. К сожалению, не всегда такой вид помощи возможен. Даже когда есть возможность воздействовать на истинную причину гипотиреоза, эффект наступает редко.

В комплексе этиотропной терапии по показаниям могут применяться:

- Препараты йода (йодомарин, калия йодид). Показаны при эндемическом зобе, обусловленном дефицитом йода в продуктах питания и недостаточным его поступлением в организм;
- Адекватное лечение воспалительных и других заболеваний щитовидной железы, которые стали причиной гипотиреоза;
- Рентгенотерапия или другие методы лечения заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы;



Патогенетическая и симптоматическая терапия

Предполагает замедление прогрессирования патологических изменений в органах и тканях, которые возникают на фоне отсутствия тиреоидных гормонов. Такой вид лечения никогда не может использоваться, как самостоятельный, и всегда дополняет базовое лечение гормональными препаратами.

Больным с гипотиреозом назначают:

- Кардипротекторы (рибоксин, триметазидин, предуктал, милдронат, АТФ);
- Сердечные гликозиды (дигоксин, строфантин, коргликон) при наличии признаков сердечной недостаточности;
- Витаминные препараты (аскорбиновая кислота, неуробекс, мильгама, аевит, токоферол, поливитаминные комплексы);
- Препараты половых гормонов у женщин для нормализации менструальной функции и овуляции;
- Препараты для улучшения метаболических процессов в мозге (ноотропы, нейропротекторы).

Заместительная терапия гормональными препаратами

Из препаратов, содержащих гормоны щитовидной железы, могут применяться тироксин и трийодтиронин. Если раньше вторым препаратом пользовались намного чаще, то современные эндокринологи пришли к выводу о нецелесообразности его использования. Т3 оказывает отрицательное влияние на миокард, усугубляя поражение сердца на фоне гипотиреоза. Единственная ситуация, где он может оказаться эффективнее тироксина – это гипотиреоидная кома, при которой внутривенное введение трийодтиронина оказывает достаточно быстрый лечебный эффект.

Что касается заместительной терапии гормоном Т4, то она предполагает использование препаратов, содержащих левотироксин (L-тироксин). В аптечной сети их можно приобрести под такими названиями:

- Эутирокс;
- Баготирокс;
- L-тироксин;



При назначении препаратов тироксина важно придерживаться таких принципов:

- Предполагается пожизненный прием. Исключение составляют случаи временного первичного гипотиреоза, возникающего на фоне патологии щитовидной железы и в раннем постоперационном периоде после удаления её части;
- Постепенный подбор дозы с учетом тяжести гормональной недостаточности, возраста пациента, длительности болезни. Прослеживается такая закономерность: чем более длительный и выраженный нелеченый гипотиреоз, тем выше чувствительность организма к действию гормональных препаратов;
- Обязательный контроль эффективности лечения по признакам клинического улучшения состояния и по данным гормонального спектра крови (рост концентрации Т4, Т3 и уменьшение ТТГ);
- Использование небольших дозировок у больных с сопутствующими заболеваниями сердца. Доза у таких больных должна повышаться очень медленно под контролем ЭКГ;
- Целесообразность последующего повышения дозы оценивают после максимально возможно проявления эффективности предыдущей (не менее 4-6 недель).