

Гипотиреоз



Гипотиреоз бұл- қалқанша безінің гормондарының ұзақ жетіспеуінен болатын ауру. Жетіспеуінің нәтижесінде немесе тиреоидтық гормондардың биологиялық эффекті төмендеуінен басқа жүйелерде тіндік дәрежеде өзгерістерге ұшырайды.

Этиологиясы. Механизмі бойынша біріншілік, екіншілік және үшіншілік гипотиреозды ажыратады. Біріншілікте патологиялық ошақтың орны қалқанша безі болады. Екіншілікте гипофизде, үшіншілікте гипоталамуста.

Біріншілік гипотиреоз тиреоидтық гормондардың биосинтезінде тұқым қуалайтын дефектілердің болуынан, гипоплазия, аплазия, инфекциянно-қабынулық, аутоиммундық процестердің, субтоталды немесе тотальді тиреоэктомиядан кейін болатын қалқанша безіндегі дегенеративті өзгерістердің әсерінен болуы мүмкін.

Патогенез. Гипотиреоздың негізгі патогенезіне қалқанша бездің бездік бөлімінің массасы төмендеуімен, организмге йодтың жеткілікті түспеуінен, тиреостатикалық препараттардың әсерінен синтезінің азаюы. Тиреоэктомиядан кейін болатын гипотиреоздардың себебін қазіргі кезде аутоагрессия ретінде қарастырады. Хирургиялық вмешательствадан кейін қанға тіндік бөлшектер түседі. Олар антиген болып табылады. Соған қарсы организмде антиденелердің қанда титрі жоғарлайды. Қалқанша гормондардың жеткіліксіздігінен барлық алмасулардың бұзылысна әкеледі.

НОРМА

гипоталамус

гипофиз

ТРФ
(+)

ТГ
(-)

ТТГ
(+)

щитовидная
железа

ТГ
(+)

периферические ткани

Первичный гипотиреоз



периферические ткани:
кретинизм,
микседема,
увеличение ЩЖ (зоб)

Вторичный гипотиреоз



периферические ткани:
кретинизм,
микседема

Клиникалық көрінісі. Ауру әдетте жай дамиды. Жалпы әлсіздікке, күндіз ұйқышылдыққа, түнде ұйқының бұзылуына, апатияға, беттің және аяқ-қолдың ісінуіне, салмақ қосуына, шаштың түсуіне, терінің құрғақтығына, бұлшықеттік ауырсынуға, естің төмендеуіне, либидоның төмендеуіне немесе мүлдем жоғалуына, еркектерде потенцияның импотенцияға дейін төмендеуіне, әйелдерде менструальді циклдің өзгерісіне, бедеулікке әкеледі. Бел аймағындағы қатты ауырсыну болуы мүмкін.

Объективті қарағанда – баяу, тежелген, ұйқышыл, дауысы әлсіз, дене массасының көп болуы, беті ісінген, көз айналасы ісінген, ерні мен тілінің үлкеюі, аяқтарының ісінуі, терісі құрғақ, сарғыш, тіземен білек буындарының аймағында гиперкератоз. Физикалды тексеруде, брадикардия, пульсі жұмсақ, жүрек өлшемінің ұлғаюы және тондарының әлсіреуі. Диастолалық қысым жоғарылап систолалық қысым төмендеген, кей науқастардың 20-15% гипертензия болады. Шашы жұқа, сынғыш, көп түседі өсуі баяу. Тырнақтары жұқа, бетінде көлденең сызықтар болады. Бұлшық ет көлемі ұлғайған сіңірлік рефлекс төмендеген, қол мен аяқ басы мұздай.



Жүрек-тамыр жүйесі. Әдетте брадикардия, миокардтың бұлшықеттік жиырылу қабілеті төмендеуінен. Жүректің шекарасы кеңейген, кейде перикард қуысына сұйықтықтың жиналуы, ол жайлап жиналуына байланысты ол анықталмауыда мүмкін. Аускультацияда жүрекшеде функционалдық шумдың естілуі. Артериальді қысым систоликалық қысымның әсерінен төмендеген, ал диастолаылық қалыпты немесе аздап көтеріліген. Миокардта алмасулардың бұзылысынан стенокардия дамуы мүмкін.

Тыныс алу жүйесі. Тыныс жүйесінде функциялық өзгерістер жоқ. Даустың өзгерісі сонымен бірге тілдің және еріннің ісінуі. Гипотиреоздың орта және ауыр түрлерінде сөйлеу әдетте жай, сөздердің арасында пауза болады.

АІЖ. Тәбеттің төмендеуі, құсуға дейін апаратын лоқсу, запор, ішектердің қимыл қозғалысының төмендеуінен болатын метеоризм, қозғалыстың төмендеуінен болатын ішектің және асқазанның созылулары болуы мүмкін. Ішектің өткізгіштігі төмендеуінен кректі заттардың сіңбеуінен анемия дамуыда мүмкін. Бауырда өзгерістер структурасында баолды. Бұлшықеттердің тонусы төмендеуінен өт қабында өт жиналуынан тас пайда болуы мүмкін.

Бүйрек. Перифериялық қан айналымның төмендеуінен зәр аз бөлінеді. Кейде аздап протеинурия байқалады. Зәр шығару жолдарының атониясына байланысты инфекция дамуына жол ашады.



Гипотиреоз

Нервтік- бұлшықеттік жүйе. ОНЖ өзгерістер жиі көрінеді. Шаршағытық, апатия, ұйқышылдық, интеллекттің төмендеуі, бас ауруы, мидағы ісіну салдарынан бас айналу. Құлақ естудің төмендеуі.

Гипотиреозда көбінесе қимыл қозғалыстың бұзылулары болуы мүмкін. Бұлшықеттердің жиырылу мен жазылуы арасында уақыттың ұзаруы, нәтижесінде қимыл қозғалыс баяулайды. **Лабораториясы.**

Диагностикалық пробалар.

Гипотиреозды диагностикалау үшін қандағы ТТГ, жалпы және бос тироксинді(Т4) және трийодтрина (Т3) тексереді.

Емі. Емдеудің негізгі методына тиреоидты препараттар қолданады. Көбіне L-тироксин қолданады. Туа пайда болған гипотиреоздың асқынуын алдын алу үшін алғашқы 6 айда емдеуді бастау керек.

Гипотиреозы емдеу кезінде оның ауырлығын, науқастың жасын ескеру қажет. Тиреоидты препараттармен емдеуді АҚҚ, креатинофосфокиназаны, ТТГ, Т3, Т4-ның негізгі уровенді, қан сарысуындағы холестерин мөлшерін контролда ұстау керек.

L-тироксин емдеуді 10 -25 мкг жобалап бастау керек. Қажет болған жағдайда ешқандай қарсы көрсеткіштер болмаса болмаса тироксин мөлшерін әр 4 күн сайын 25 мкг көтеріп отыру қажет.

Тироксинді преиоральді енгізгенде клиникалық көрінісі 3-4 күнде көріне бастайды, ал толық әсер етуі 4-6 аптада көрінеді. L-тироксин орнына тирекомб (1 таблеткада 70 мкг тироксин, 10 мкг трийодтиронин және 150 мкг калий йод) немесе тиреотом форте (1 таблетка 120 мкг тироксин және 30 мкг трийодтиронин) қолдануға болады.

Гипотиреозды емдеуде тиреоидин қолдануға да болады. Емдеуді төмңгі дозада 0,025 г 2 рет тәулігіне. Оны біртіндеп 7-10 күнде 0,025 г күніне көбейтіп отырады.

Тиреоидты препараттарға передозировка болған жағдайда оны бірнеше күнге тоқтатады. Ал одан кейін қайтадан аз дозада әдетте соңғы көбейтудің алдында болған дозада бастайды. Қажет болған жағдайда жүрек гликозидтерін қолданады.

Прогноз. *Асқынбаған жағдайда дұрыс орын басу терапиясын қолданғанда үлкендерде благоприятен өмірде де, еңбек қабілеті сақталады. Балаларда да өз уақытында дұрыс емделуіне байланысты боп келеді.*