

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ



СРС

Выполнил(а): Талантбек к. Эмчара

Группа: БЛК-6А

Проверил (а): Росматова Р.Т.

Ош, 2024 г.

ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА:

СИМПТОМЫ ГИПОТИРЕОЗА И ГИПЕРТИРЕОЗА

ГИПОТИРЕОЗ

Недостаток гормонов щитовидной железы



Пульс медленнее 60 уд./мин



Выпадение, сухость и ломкость волос



Мерзлявость



Набор лишнего веса при обычном питании



Снижение аппетита



Тошнота, метеоризм, запоры, рвота



Высокий холестерин



Нарушения менструального цикла



Сонливость, слабость, утомляемость



Подавленное настроение, депрессия



Сухость и иногда желтушность кожи



Отечность (лица, конечностей)



Замедление речи и мышления



Снижение артериального давления



Головные боли



Затруднение дыхания, нарушение слуха и хрипота на фоне отечности



Расстройства сна (бессонница, прерывистый сон)

ГИПЕРТИРЕОЗ

Избыток гормонов щитовидной железы



Пульс ускоренный – более 90 уд./мин



Истончение волос и ногтей, ранняя сильная седина



Непереносимость жары и сильное потоотделение



Снижение веса при достаточном питании



Повышенный аппетит



Запоры, диарея, рвота



Нарушение сердечного ритма



Проблемы с глазами: пучеглазие, светобоязнь



Мышечная слабость и утомляемость



Тремор (дрожание) рук



Истончение кожи



Расстройства сна



Увеличение щитовидной железы



Повышение артериального давления



Сильная жажда, частое и обильное мочеиспускание



Нарушение менструального цикла у женщин и снижение потенции у мужчин



Повышенная возбудимость, раздражительность, беспокойство, страх

Гипертиреоз и тиреотоксикоз

Оба термина относятся к гиперфункции щитовидной железы (ЩЖ), но часто отождествляются или применяются не по назначению. Избежать путаницы и подмены понятий помогает определение, принятое в российской медицине. Гипертиреозом называют состояние, сопровождающееся перепроизводством гормонов щитовидной железы. Тиреотоксикоз — это диагноз, под которым понимается тиреогормональная интоксикация — болезненное состояние, развивающееся при повышенной концентрации тиреоидных гормонов. Причинно-следственная связь может быть только в одном направлении — из-за гипертиреоза возникает тиреотоксикоз.

Причины гипертиреоза

Баланс тиреоидных гормонов — трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) — регулирует тиреотропный гормон (ТТГ), который синтезируется гипофизом. Гипертиреоз развивается на фоне патологических изменений в щитовидке или неправильной работы регулирующего механизма ТТГ.

В первом случае причинами становятся:

Базедова болезнь — морфологическое увеличение ЩЖ (диффузно-токсический зоб). Патогенез заболевания связан с аутоиммунными реакциями — Т-лимфоциты атакуют щитовидную железу, заставляя ее вырабатывать больше гормонов. Запускается производство тиреостимулирующих иммуноглобулинов — антител G, которые конфронтируют с ТТГ.

Тиреоидит (аутоиммунный, послеродовой или подострый вирусный) — воспаление ЩЖ.

Объемные образования, объединенные в группу узловых зобов.

Во втором случае нарушения регуляции гормонов вызывают:

Токсическая доброкачественная опухоль щитовидной железы (аденома), гормонально-активная опухоль гипофиза (тиреотропинома). Новообразования продуцируют дополнительные тиреогормоны, неконтролируемые ТТГ.

Самолечение, нарушение схемы приема синтетических тиреоидных гормонов (L-тироксина и его аналогов).

Доказана генетическая предрасположенность к гипертиреозу.

Когда производство тиреогормонов значительно превышает их расход, развивается тиреотоксикоз. Ускоряют и усиливают тиреогормональную интоксикацию стрессы, психотравмы, повышенная эмоциональность.

Формы заболевания

Первичный гипертиреоз связан с изменениями щитовидки, вторичный — обусловлен опухолевыми процессами или гормональными сбоями.

Формы болезни по классификации Мельниченко и Фадеева:

Субклиническая форма. Тироксин в пределах референсных значений, ТТГ умеренно снижен, соматических признаков нет.

Манифестная форма. Повышенный тироксин на фоне падения уровня ТТГ, выражены специфические симптомы.

Осложненная форма. Характерна для тяжелой стадии тиреотоксикоза.

Тиреотоксикоз по тяжести течения

Степень тяжести определяется по функциональным кардиологическим нарушениям, дефициту массы тела, психоэмоциональному состоянию, наличию осложнений:

Легкая. ЧСС (частота сердечных сокращений) превышает норму в 1,5 раза — 80-100 ударов в минуту. Потеря веса от исходных параметров — в пределах 15%. Эмоциональный фон относительно стабилен.

Среднетяжелая. ЧСС выше в 2 раза — до 120 ударов в минуту. Снижение веса — в пределах 15-35% от исходного. Периодическое появление признаков поведенческих, двигательных-волевых, эмоциональных расстройств. Симптоматика соответствует нарушениям обмена веществ.

Тяжелая. ЧСС > 120 ударов в минуту, потеря массы тела > 30%. Психозы, симптомы эндокринного сбоя, желудочно-кишечных нарушений. Клинико-лабораторные признаки вторичной надпочечниковой недостаточности, остеопороза. Угроза тиреотоксического криза, комы.

Течение болезни зависит от преморбидного фона, стадии обращения к врачу, эффективности лечения — от медленно прогрессирующего гипертиреоза до коматозного тиреотоксикоза.

Признаки гипертиреоза

Учитывая большое количество биохимических процессов, в которых участвуют тиреоидные гормоны, клиническая картина неоднозначна. Гормональный дисбаланс отражается на работе практически всех органов и систем:



Сердце и сосуды. Диспноэ (одышка), учащенное сердцебиение, плохо поддающееся купированию лекарственными средствами от аритмии. Изначально тахикардия возникает только при физических нагрузках, при средней или тяжелой стадии она принимает постоянный характер.

ЖКТ. Снижение веса, усиление моторики желудка, расстройство стула, вынуждающее пациента постоянно принимать препараты от диареи.

ЦНС и психическое состояние. Колебания аппетита, гипергидроз (повышение потливости) на фоне сбоя терморегуляции, дрожание пальцев рук, бессонница, нервозность, психомоторная возбудимость. Больные тиреотоксикозом плохо контролируют эмоции, суетятся, раздражаются и плачут без причины, испытывают постоянную тревожность, страх, не могут сконцентрироваться. У женщин психические отклонения, как правило, выражены ярче, чем у мужчин. Опорно-двигательный аппарат. Мышечная гипотония, ломота в костях, быстрая усталость от физических нагрузок. В тяжелой стадии — тиреотоксический мышечный паралич.

Органы зрения. Слезотечение, ощущение запыленности склер, синдром «сухого глаза», анатомические и функциональные изменения глазного яблока — плохая подвижность, смещение вперед (экзофтальм — выпучивание).

Дополнительные проявления гиперфункции щитовидной железы — постоянная жажда, отечность лица и конечностей, истончение кожи, волос, ногтей, ощущение кома в горле.

Диагностика

Диагноз ставится по результатам исследований крови, аппаратной оценки щитовидной железы, опроса, осмотра.

Консультация эндокринолога

Врач выясняет подробности персонального и семейного анамнеза, записывает жалобы, пальпирует щитовидку и близлежащие лимфатические узлы, осматривает кожные покровы, направляет на дальнейшее обследование. У женщин диагностику дополняет гинекологический осмотр.

Анализ крови

Назначают исследования:

На гормоны. Всего 6 показателей — ТТГ, кальцитонин, трийодтиронин, тироксин (общий и свободный).

Белок фолликулярных клеток ЩЖ (тиреоглобулин).

Антитела. Всего три показателя — к ферменту тиреоидной пероксидазы (АТПО), к рецепторам ТТГ, (Ант ТТГ), к тиреоглобулину (АТГ).

Обследование

Основные диагностические мероприятия — УЗИ ЩЖ, ЭКГ. Дополнительно проводят радиологическое исследование функций щитовидки (сцинтиграфию). По показаниям выполняют забор тканей железы для анализа (биопсию).

Лечение

Цель терапии — стабилизация концентрации тиреоидных гормонов, достижение стойкой ремиссии. В клинической эндокринологии существуют четыре метода лечения тиреотоксикоза — консервативный (фармакологический), радиоiodный, хирургический, коррекционный (немедикаментозный).

Консервативная терапия

Пациентам назначают таблетки для лечения заболеваний щитовидной железы. Их действие направлено на сдерживание производства тиреоидных гормонов. Первичный курс Тирозола или Мерказолила составляет 4-6 недель. Дальнейшее назначение зависит от динамики терапии.

Для нормализации сердечной деятельности показан прием антиаритмических лекарств, нормализующих ЧСС. Это Беталок, Конкор.

Вспомогательные поливитамины не должны содержать йод.

Радиоiodное лечение

Радиоактивный йод вызывает деструкцию чрезмерно активных клеток ЩЖ, что приводит к снижению выработки гормонов, переходу заболевания в ремиссию. Терапию назначают параллельно с антитиреоидными средствами. Радиоiodное лечение относительно безопасно, но противопоказано в перинатальный и лактационный периоды.

Хирургия щитовидной железы

При прогрессирующем разрастании диффузно-токсического или узлового зоба пациенту предлагается операция по иссечению части ЩЖ (субтотальная резекция) или полное удаление органа (тиреоидэктомия). Побочным эффектом хирургического лечения становится гипотиреоз, при котором показана заместительная терапия синтетическими тиреоидными гормонами — препаратами с левотироксином натрия. Часто назначают Эутирокс.

Коррекционная терапия

Вспомогательные методы направлены на поддержание результатов лечения. Пациентам рекомендована коррекция рациона, а также бальнеологическое лечение.