

# ПОСЛЕДСТВИЯ НЕХВАТКИ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Чартакова Х.Х.**

**старший преподаватель кафедры  
госпитальная терапия и  
эндокринология Андижанский  
государственный медицинский  
институт**

**Аннотация:** В клинической практике врачей абсолютно любых специальностей гипотиреоз сохраняет свою актуальность, поскольку при дефиците тиреоидных гормонов (ТГ), необходимых для нормального функционирования практически каждой клетки организма человека, развиваются тяжелые изменения всех без исключения органов и систем.

**Ключевые слова:** гипотиреоз, патология, АИТ, беременность, кардиоваскулярная патология, тироксин, ТТГ.

**Anotation:** In the clinical practice of doctors of absolutely any specialty, hypothyroidism remains relevant, since with a deficiency of thyroid hormones (TH), which are necessary for the normal functioning of almost every cell of the human body, severe changes develop in all organs and systems without exception.

**Key words:** hypothyroidism, pathology, AIT, pregnancy, cardiovascular pathology, thyroxine, TSH.

Гипотиреоз - это одно из наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы, обусловленное длительным, стойким недостатком гормонов щитовидной железы в организме или дефицитом их биологического эффекта на тканевом уровне. Проблема гипотиреоза в настоящее время крайне актуальна для врачей любой специальности, в патологии в популяции связи с увеличением распространенности этой и

полиморфизмом проявлений. С учетом патогенеза гипотиреоз подразделяют на первичный (тиреогенный), вторичный (гипофизарный), третичный (гипоталамический), тканевой (периферический, транспортный). По степени тяжести гипотиреоз классифицируют на латентный (субклинический), манифестный, осложненный. Отдельно выделяют врожденные формы гипотиреоза,

Дефицит тиреоидных гормонов приводит к тому, что мозг останавливается в развитии, подвергается дегенеративным изменениям. Эндокринные нарушения могут быть как следствием, так избыточной массы тела. Симптоматическое ожирение сопутствует некоторым эндокринным заболеваниям и может являться одним из первых их клинических проявлений.

Гипотиреоз традиционно относят к состояниям, ассоциированным с набором массы тела. Распространенность первичного гипотиреоза как одного из самых часто встречающихся эндокринных заболеваний составляет 0,1-10%. Центральный (вторичный и третичный) гипотиреоз является достаточно редким состоянием (не более 1%) и подразделяется на врожденный и приобретенный

Существует двусторонняя связь между гормонами щитовидной железы и ожирением: как гипотиреоз может влиять на массу тела, так и жировая ткань может изменять уровень гормонов щитовидной железы. Потерей воды, а не жира. Селективные аналоги тиреоидных гормонов, возможно, смогут стать средством для снижения массы тела путем увеличения расхода энергии у пациентов с ожирением при соблюдении гипокалорийной диеты.

Приобретенный вторичный гипотиреоз у взрослых чаще всего развивается при макроаденомах гипофиза, после операций и облучений гипоталамо-

гипофизарной области, при ишемическом и геморрагическом некрозе гипофиза, инфильтративных заболеваниях гипоталамо-гипофизарной области и лимфоцитарном гипофизите. На сегодняшний день определение уровня ТТГ рассматривается как наиболее чувствительный тест для оценки продукции гормонов ЩЖ и оценки качества компенсации первичного гипотиреоза.

**Действие гормонов щитовидной железы** многогранно, и снижение ее функции сказывается почти на всех видах жизнедеятельности, способствуя формированию ожирения.

Для гипотиреоза характерны снижение ударного объема сердца, сократимости миокарда, брадикардия, что приводит к снижению сердечного выброса (до 50% от нормы), и соответственно, почечного кровотока при длительно существующем гипотиреозе происходит снижение клиренса и увеличение синтеза гиалуронана (гиалуроновой кислоты) глюкозаминогликана, накапливающегося в коже, миокарде, несурьфированного почках, сосудах.

У больных гипотиреозом и ожирением развиваются атерогенные сдвиги в липидном спектре: происходит повышение уровня общего холестерина и ЛПНП, иногда ЛПВП (за счет ЛПВП-2 в связи с нарушением печеночной метаболизации до ЛПВП-3).

Заболевание прогрессирует медленно. Если больного не лечить или лечить неадекватно, возможны осложнения - психозы, накопление жидкости в серозных полостях, гипотиреоидная кома.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вербовой А. Гипотиреоз: клиническая картина и лечение //Врач. - 2015. - № 10.
2. Захарова С. М., Савельева Л. В., Фадеева М. И. Ожирение и гипотиреоз //Ожирение и метаболизм. - 2013. - № 2 (35).

3. Лысенко И. М. Заболевания щитовидной железы: гипотиреоз //Охрана материнства и детства. - 2014. – №. 1. – С. 74-83.
4. Петунина Н. А. Гипотиреоз //Справочник поликлинического врача. - 2009. - № 12. -38-42.
5. Петунина Н. А. Гипотиреоз: первичный, центральный, периферический. Подходы к диагностике и лечению //Consilium medicum. - 2006. - Т.8. - № 9. - С. 93-98.
6. Шестакова Т. П. Субклинический гипотиреоз-современный взгляд на проблему//РМЖ.-2016.-Т.24-№.1.-С.6-8.