

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kurovaya-rabota/389417>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Медицина

Введение 2

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 4

1.1. Этиология, патогенез и классификация гипотиреоза 4

1.2. Клиническая картина и диагностика гипотиреоза 8

1.3 Лечение гипотиреоза 12

1.4. Профилактика гипотиреоза 13

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ 16

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ 18

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 24

Список используемой литературы 25

Приложение 1 27

Приложение 2 28

Введение

Второе место в рейтинге эндокринных нарушений занимает гипотиреоз, в соответствии с данными Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Гипотиреоз - это синдром, блокирующий нормальное функционирование организма из-за длительного и стойкого дефицита гормонов щитовидной железы и/или ухудшения их воздействия. Это заболевание является наиболее распространенным в эндокринной системе. Учащение недостаточности щитовидных гормонов обусловлено не только недостатком йода, но прежде всего ухудшением экологической ситуации и производства пищевых продуктов.[1]

Дефицит селена, пассивное курение и большое количество принимаемых медикаментов - все эти факторы могут быть причинами тиреоидной недостаточности. Симптомы этого состояния могут быть либо типичными, либо мало выраженными. Для диагностики гипотиреоза необходимо провести анализ уровня тиреоидных гормонов. Если результаты показывают превышение нормальных значений гормонов, то можно поставить диагноз гипотиреоза. Гормонотерапия может помочь восстановить нарушенные функции и компенсировать нарушенный гормональный обмен в организме. Очень важно начать лечение вовремя. В основе проводимых лечебно-профилактических мероприятий лежат назначение гормональных препаратов и диетотерапия. Заболеваемость гипотиреозом составляет от 0,6 до 3,5 случаев на 1000 человек в год. Распространенность первичного клинически выраженного гипотиреоза в популяции составляет от 0,2 до 1%; субклинического первичного гипотиреоза — от 7 до 10% среди женщин и от 2 до 3% среди мужчин, причем соотношение между полами составляет 6:1. Через год после начала заболевания манифестными становятся примерно 5-18% случаев субклинического гипотиреоза.

Объект исследования: пациенты эндокринологического отделения ОБУЗ «Курской многопрофильной клинической больницы» КГМУ.

Целью настоящего исследования является изучение этиологии, патогенеза, диагностики и факторов риска возникновения гипотиреоза.

Задачи исследования:

I. Провести обзор по теме исследования:

- 1) Изучить этиологию, патогенез и классификацию гипотиреоза;
- 2) Изучить диагностические мероприятия при гипотиреозе;
- 3) Изучить лечение гипотиреоза: терапевтическое, фармакологическое;
- 4) Определить факторы риска возникновения геморроя.

II. Провести устный опрос пациентов эндокринологического отделения ОБУЗ «Курской ОКБ» о факторах, способствующих развитию у них гипотиреоза.

III. Разработать специализированную анкету с бальной системой оценки предрасположенности к возникновению гипотиреоза.

IV. Проанализировать полученные данные.

Методы исследования:

- 1) Анализ научной литературы по теме исследования
- 2) Анкетирование
- 3) Беседа

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

1.1. Этиология, патогенез и классификация гипотиреоза.

Заболевание гипотиреоз может быть классифицировано следующим образом:

- Первичный гипотиреоз, который проявляется нарушением синтеза гормонов Т4 (и Т3);
- Вторичный гипотиреоз, который связан с сниженной секрецией тиреотропина;
- Третичный гипотиреоз, вызванный сниженной секрецией тиреолиберина;
- Периферический гипотиреоз, возникающий из-за инактивации щитовидных гормонов в кровообращении.

Относительно возникновения, гипотиреоз может быть врожденным или приобретенным.

По степени клинических и биологических нарушений, гипотиреоз может быть субклиническим, когда уровень ТТГ повышен более 10 мЕд/л, или манифестным, который обусловлен низким содержанием Т4 (и Т3).

Причины гипотиреоза у женщин могут быть разнообразными. Главным образом, данный недуг происходит из-за высокой чувствительности женского организма к гормональным изменениям, что приводит к тому, что гипотиреоз у женщин диагностируется чаще, чем у мужчин. Кроме того, на появление болезни оказывает влияние беременность и/или роды, которые являются обычными предшественниками гипотиреоза. Риск его возникновения также увеличивается при развитии анемии и обильных кровотечениях. Однако, гипотиреоз может возникнуть из-за недостатка йода в организме, поскольку нормальная физиологическая потребность составляет 100-200 мг йода в сутки. Таким образом, форма гипотиреоза зависит от множества факторов.[6] Гипотиреоз является распространенным заболеванием, причем первичный гипотиреоз чаще всего возникает из-за аутоиммунного тиреоидита и его генезис часто остается неясным. Это заболевание ведет к нарушению функций и органов из-за снижения выработки клеточных ферментов из-за дефицита тиреоидных гормонов. Также первичный гипотиреоз может возникнуть при воздействии определенных негативных факторов, таких как нехватка йода в пище или хирургическое вмешательство, например, удаление.

Группа заболеваний, характеризующихся недостаточной зрелостью гипоталамо-гипофизарной системы, щитовидной железы и других желез, и продуцирующих гормон, известна как врожденный гипотиреоз. Причиной данного заболевания чаще всего являются аплазия и/или дисплазия щитовидной железы, врожденный дефицит тиреотропного гормона, а также синдром устойчивости щитовидной железы. Вторичная форма гипотиреоза возникает, когда работа регуляторов, таких как гипоталамус и гипофиз, нарушается.

Дефицит тиреотропного гормона может быть причиной развития вторичного гипотиреоза. Этот тип возникает из-за нарушения синтеза и выделения тиреолиберина, а также включает ненормальное количество тиреотропного гормона. Причинами вторичного гипотиреоза могут быть удаление или хирургические процедуры на щитовидной железе, недостаток йода в рационе, травмы шеи, опухоли, воспалительные процессы в щитовидной железе и дефицит тиреотропного гормона. Некоторые случаи вторичного гипотиреоза могут привести к невыработке или неправильной секреции гормона.

Полная деятельность организма оказывается нарушена, если структура его функций неспособна выполнить их в полном объеме. В таком случае даже здоровая щитовидная железа не в состоянии производить достаточное количество гормонов. Развитие периферического типа гипотиреоза происходит, когда ткани организма становятся устойчивыми к тиреоидным гормонам. В результате гипотиреоза наблюдается уменьшение производства тиреоидных гормонов, что вызывает изменения в органах и системах организма, связанные с нарушением образования ферментов. При этом также возникают нарушения в водно-солевом обмене.

Периферический синдром, редко встречающийся, является особенным. При снижении продукции тиреотропин – рилизинг-гормона гипоталамуса в результате аутоагрессии или врожденных ферментопатий, развивается третичный гипотиреоз. В данном случае, возникает уменьшение выработки ТРГ, что приводит к недостаточной стимуляции тиреотрофов гипофиза и снижению активности синтеза ТТГ. Это непосредственно влияет на функционирование щитовидной железы. Также имеется разделение на приобретенный и врожденный гипотиреоз.

1. Гипотиреоз: современные принципы диагностики и лечения: Учебное пособие. / Е. В. Крюков, А. А. Стремоухов, Н. П. Потехин, С. В. Чернавский, А. Г. Борисов; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2020. – 57 с
2. Заболевания щитовидной железы в работе врача общей практики: Учебное пособие для обучающихся по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) / Волевач Л.В., Давыдович М.Г., Башарова Г.Р., Камалова А.А., Нафикова А.Ш., Габбасова Л.В., Демидова Н.А., Салихова А.С., Гарипова Р.А. БГМУ Минздрава России. Тамбов: Издательство Юконф, 2023. 116 с
3. 14.Иванов, В. А. Анатомия, физиология и патология щитовидной железы / В. А. Иванов, А. В. Баранова // Интегративные тенденции в медицине и образовании. – 2021 – Т. 4 – С. 49-53.
4. Тюменцева, Е. Ю. Йод в продуктах питания и его влияние на организм человека / Е. Ю. Тюменцева, А. С. Стрыгина // Экологические проблемы региона и пути их разрешения: материалы XIV Международной научно-рактической конференции; под общ. ред. Е. Ю. Тюменцевой (Омск, 14-15 мая 2020 г.). – Омск, 2020 – С. 213-217.
5. Ушаков А.В. Гипотиреоз: искажение сущности. 2-е издание, исправленное и дополненное. М.: Клиника доктора А.В. Ушакова, 2021. – 112 с.
6. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович. - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - (Среднее медицинское образование).
7. Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. – М. : Литтерра, 2015.
8. https://umedp.ru/articles/sovremennaya_paradigma_vedeniya_bolnykh_gipotireozom.html
9. <https://www.rmj.ru/articles/endokrinologiya/Gipotireoz>
10. <https://elibrary.ru/item.asp?id=44890364>

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/389417>