

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7487694>



ELSEVIER



Ниязова Ёркиной Мирзахамдамовна

Ассистент

Кафедра Подготовки ВОП -1

Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Рес. Узбекистан



Abstract: Оценена частота встречаемости ожирения, неалкогольной жировой дистрофии печени (НЖДП) при первичном гипотиреозе (ПГ) у женщин в возрасте от 30 до 60 лет, проживающих в Андижанской области. Выявлено, у женщин с (ПГ) индекс массы тела (ИМТ) и средние уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и индекса атерогенности (ИА) достоверно выше, а липопротеиды высокой плотности (ХСЛПВП) значительно ниже, чем у женщин без нарушений функции щитовидной железы (ЩЖ). Увеличение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови у женщин связано с возрастом, наличием нарушений в липидном спектре. У 68 % женщин с первичным гипотиреозом (не регулярно получавших заместительную терапию левотироксином), и у 89 % (не получавших заместительную терапию левотироксином) выявлена НЖДП.

Исследование гормонов щитовидной железы и достижение целевых значений должна входить в перечень обязательных обследований пациентов с ожирением и НЖДП и быть строго индивидуальными, исходя из собранных данных.

Keywords:... неалкогольная жировая дистрофия печени, гипотиреоз, тиреотропный гормон, тиреоидные гормоны, холестерин, липидный спектр, щитовидная железа, индекс массы тела, распространенность

Received: 22-12-2022

Accepted: 22-12-2022

Published: 22-12-2022

About: FARS Publishers has been established with the aim of spreading quality scientific information to the research community throughout the universe. Open Access process eliminates the barriers associated with the older publication models, thus matching up with the rapidity of the twenty-first century.

Актуальность : Заболевания щитовидной железы занимает первое место среди эндокринной патологии. Распространенность первичного гипотиреоза как одного из самых часто встречающихся эндокринных заболеваний составляет 0,1–10% [Захарова С.М., Савельева Л.В., Фадеева М.И. 2013]

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% [Захарова С.М., Савельева Л.В., Фадеева М.И. 2013], у женщин составляет 4- 21%.

В настоящее время гипотиреоз достаточно часто выявляется у лиц молодого и среднего возраста, предполагают, что это связано с расширением использования в клинической практике исследования гормонов щитовидной железы. Действие гормонов щитовидной железы многогранно, и снижение ее функции сказывается почти на всех видах жизнедеятельности, способствуя формированию ожирения. НЖДП - заболевание печени неалкогольной

этиологии с признаками жировой дистрофии и лобулярным гепатитом [Мехметиев С.Н. 2008] Общая распространенность НЖБП в популяции колеблется от 10% до 40%, тогда как частота неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) составляет 2-4%. НЖБП встречается во всех возрастных группах, но наибольшему риску её развития подвержены женщины в возрасте 40-60 лет с ожирением.

В последние десятилетия распространенность ожирения увеличивается стремительными темпами, достигая масштабов пандемии, и становится тяжелым социальным и экономическим бременем для современного общества. В клинической практике основную массу больных составляют пациенты с экзогенно-конституциональным ожирением (Е 66.0 по МКБ-10). Ключевая роль в нарушении липидного обмена принадлежит печени, так как изменения липидного спектра крови и нарушение холестерина обмена начинаются на уровне гепатоцита. Все анатомогистологические структуры гепатоцита принимают участие в обмене липидов, а при определенных условиях сами становятся мишенью метаболических нарушений, формируют патогенетические кластеры развития НАСГ [16]. В настоящее время неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП) является одним из самых распространенных заболеваний в гепатологии: • Занимает первое место среди метаболических поражений печени.

В связи с высокой распространенностью ПГ и НЖБП в популяции, изучение связи этих заболеваний является актуальным в целях улучшения диагностики, лечения и профилактики.

Гормоны щитовидной железы играют важную роль в регуляции основного обмена. Падение концентрации этих гормонов резко снижает уровень метаболизма. Следствием этого является увеличение жировых отложений, что может служить толчком для развития НЖБП. Заболевания печени сопровождаются расстройствами секреции и метаболизма тиреоидных гормонов [12]. При патологии печени происходит нарушение функции гормонов и (или) их взаимосвязи между собой [13]. что является первичным, трудно сказать. Проблема является актуальной.

Цель: оценить встречаемость ожирения, НЖБП и характер изменения липидного обмена у женщин с первичным гипотиреозом.

Материалы и методы: В исследование включены 108 женщины, проживающие в Андижанской области, в возрасте от 30 до 60 лет, средний возраст составил $36,0 \pm 2,26$ [Ме 34,5; 95%ДИ 31,6-40,5] лет. В контрольную группу вошли 20 женщины аналогичного возраста без заболеваний щитовидной железы и сонографических признаков жирового гепатоза. Средний возраст $32,4 \pm 3,69$ [Ме 32,0; 95%ДИ 25,1-39,6] лет.

Определялись индекс массы тела (ИМТ) ,

$ИМТ = \text{Вес (кг)} / \text{Рост}^2$

норма 18.5 – 24.9 кг/м² ,

избыточная масса тела 25- 29.9 кг/м²

ожирение 1 степени 30-34,9 кг/м², ожирение 2 степени 35-39,5 кг/м², ожирение 3 степени 40 - кг/м² и выше .

оценивались уровни тиреоидных гормонов трийодтиронин , тетраiodтиронин (Т3, Т4) и тиротропного гормона (ТТГ), также показатели общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) с расчетом индекса атерогенности (ИА). ИА рассчитывали по формуле (Холестерин общий - (ХС) липопротеиды высокой плотности / (ХС) липопротеиды высокой плотности) норма < 3.0.

НЖБП диагностировали с помощью ультразвукового исследования проводили ультразвуковой. системой SONO -SCAPE. SSI -5000 (США-КИТАЙ) с линейным датчиком на базе клиник Андижанского государственного медицинского института. У 68 % женщин с первичным гипотиреозом (не регулярно получавших заместительную терапию левотироксином), и у 89 % (не получавших заместительную терапию левотироксином) выявлена НЖДП.

Результаты: Анализ результатов обследования состояния щитовидной железы (ЩЖ) показал: избыточная масса тела выявлена у 32 (31%) женщин, ожирением страдали 15 (14%), дефицит массы тела отмечался у 11 (11%) женщин. Среди 22 женщин с избыточной массой тела гипофункция ЩЖ выявлено у 10 (45,5%) женщин. Из 10 пациентов с ожирением (ИМТ> 30 кг/м² норма 18,5-24,9 м/кг²) страдали 6 (40%) женщины. Пациенты с гипотиреозом, в сравнении с контрольной группой, имели статистически значимо высокие уровни ТТГ (норма 0,17– 4,05 мМЕ/л), и ИМТ. Пациенты с гипотиреозом, в сравнении с контрольной группой, имели статистически значимо более высокие уровни общего холестерина (4,97±0,43ммоль/л vs 3,38±0,32ммоль/л; P=0,05) и ТГ (2,03±0,30ммоль/л vs 0,94±0,10ммоль/л; P=0,05), а также более высокий ИА (3,33±0,27 против 1,91±0,35; P=0,01). Тогда как уровни ХСЛПВП (1,13±0,03ммоль/л) были значимо ниже, чем в группе без патологии (ЩЖ) (1,91±0,35ммоль/л; P=0,05). Содержание ХСЛПНП у женщин с гипотиреозом было повышенным (2,70±0,17ммоль/л vs 2,20±0,21ммоль/л; P=0,14). У 68 % женщин с первичным гипотиреозом (не регулярно получавших заместительную терапию левотироксином), и у 89 % (не получавших заместительную терапию левотироксином) выявлены сонографические признаки НЖДП.

Выводы:

1. У женщин в возрасте от 30 лет до 60 лет с первичным гипотиреозом (не регулярно получающие левотироксин) ИМТ и средние уровни ОХС, ТГ и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин без нарушений функции ЩЖ.

2. У 68 % женщин с первичным гипотиреозом (не регулярно получавших заместительную терапию левотироксином), и у 89 % (не получавших заместительную терапию левотироксином) выявлены сонографические признаки НЖДП.

3. Исследование функции ЩЖ должно входить в перечень обязательных обследований пациентов с ожирением и НЖДП , быть строго индивидуальными, исходя из клинико-анамнестических данных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Исмаилов С.И, Абдуразакова Д.С. Субклинический гипотиреоз. Методическое пособие. 2016 г.Ташкент-36 с

2. Исмаилов.С.И, Нугманова Л.Б. Динамика йоддефицитного состояния населения г.Андижана и Андижанской области республики Узбекистан за 2008 и 2010 годы. Инфекция, иммунитет и фармакология № 1-2.2011.стр 45-48

3. Сингер П. Оценка функции щитовидной железы // Эндокринология: Пер. с англ. / Под ред. Н. Лавина. – М.: Практика, 1999. – С. 519 – 535.

4. Новицкая А. Б., Стронгин Л. Г., Некрасова Т. А. и др. Особенности перекисного окисления липидов и гемодинамики у больных с субклиническим гипотиреозом // Клиническая тиреологическая. – 2004. – Т. 2. – С. 27 – 31.

5. Фадеев В. В., Мельниченко Г. А. Гипотиреоз. Руководство для врачей. – М., 2004. – 288 с. 4. Подзалков А. В., Фадеев В. В. Гипотиреоз, субклинический гипотиреоз, высоконормальный уровень ТТГ // Клиническая тиреологическая. – 2009. – Т. 5, № 2. – С. 4 – 15.

6. Regina M. Castro, Hossein Gharib M. P. Заболевания щитовидной железы // Доказательная эндокринология. – 2009. – С. 102 – 116.

7. Петунина Н. А. Гипотиреоз: первичный, центральный, периферический. Подходы к диагностике и лечению // Consilium Medicum. – 2005. – № 4. – С. 26 – 30.

8. Singer P. A., Cooper D. S. et al. Treatment guidelines for patients with hyperthyroidism and hypothyroidism // J. Am. Med. Assoc. – 1995. – Vol. 273. – P. 808 – 812.

9. Braverman L. E., Utiger R. D. The Thyroid. – Philadelphia, N. Y.: Lippincott – Raven Publishers, 1996. – P. 735 – 878.

10. Демидова Т. Ю., Галиева О. Р. К вопросу лечения субклинического гипотиреоза у больных с ожирением // Клин. и эксперим. тиреидол. – 2008. – Т. 4, № 1. – С. 48 – 52.

11. Мехтиев С. Н., Гриневич В. Б., Кравчук Ю. А. и др. Неалкогольная жировая болезнь печени: клиника, диагностика, лечение // Леч. врач. – 2008. – Т. 2. – С. 15 – 18.

12. Майер К. П. Гепатит и последствия гепатита: Практич. руково / Пер. с нем. под ред. А. А. Шептулина. – М.: ГЭОТАР-Мед, 1999. – С. 432.

13. Желудочно-кишечные гормоны и патология пищеварительной системы / Под ред. М. Гроссмана, В. Сперанца, Н. Бассо, Е. Лезоче. – М.: Медицина, 1981. – 271 с.

14. Щекина М. И. Неалкогольная жировая болезнь печени // Consilium Medicum. – 2009. – Т. 11, № 8. – С. 21 – 25.

15. Успенский Ю. П., Балукова Е. В. Метаболический синдром и неалкогольный стеатогепатит: причинно-следственный континуум // Гастроэнтерология. – 2009. – № 1. – С. 4.

16. Полунина Т. Е. Неалкогольная жировая болезнь печени // Справ. поликлинич. врача. – 2009. – № 2. – С. 11 – 14.

17. Звенигородская Л. А. Клинико-функциональные и морфологические изменения в печени у больных с метаболическим синдромом // Consilium Medicum. – 2007. – № 2. – С. 3 – 10.

18. Egnine L. The effect of stress on gastric ulceration? T3, T4, reverse T3 and cortisol in neonatal foals // Vet. J. – 1992. – Vol. 24, № 1. – P. 21 – 24.

19. Зяблицев С. В., Дегонский А. И., Зинкевич И. И. и др. Гормонодиагностика заболеваний щитовидной железы – URL: http://www.medic.donetsk.ua/pub/endo/tyr_metod.htm