



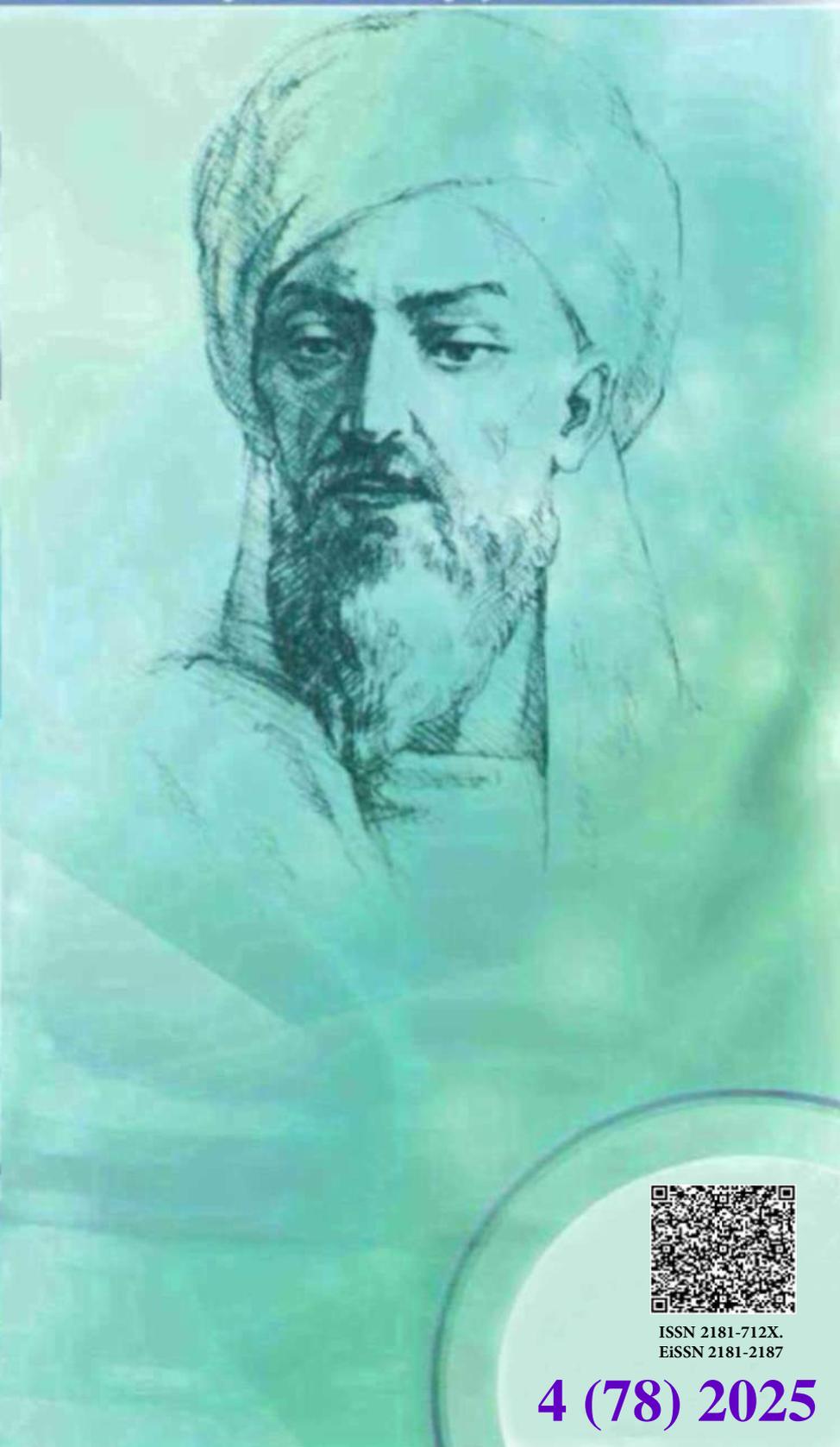
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 612.43-002:612.4-002.8-036.65-053.2-612

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каххорова Феруза Махмудовна <https://orcid.org/0009-0001-4264-3931>

E-mail: kahhorova.feruza@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Обычно проблемы со щитовидной железой пугают человека меньше, чем другие проблемы со здоровьем. Но от работы этого органа напрямую зависит обмен веществ. В районах, где наблюдается дефицит йода, вероятность возникновения проблем со щитовидной железой очень высока. Дело в том, что основной причиной этого заболевания органов является недостаточное содержание йода в воде и продуктах питания. В некоторых странах все население живет в условиях постоянного дефицита йода.

Ключевые слова: щитовидная железа, гипотиреоз, гипертиреоз.

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА КЕЧАДИГАН КЛИНИК БЕЛГИЛАР ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Қаҳҳорова Феруза Маҳмудовна <https://orcid.org/0009-0001-4264-3931>

E-mail: kahhorova.feruza@bsmi.uz

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Одатда, қалқонсимон без билан боғлиқ муаммолар инсонни бошқа соғлиқ муаммоларига қараганда камроқ қўрқитади. Аммо метаболизм бевосита ушбу органнинг ишига боғлиқ. Йод танқислиги кузатиладиган ҳудудларда қалқонсимон без билан боғлиқ муаммолар бўлиши эҳтимоли жуда юқори. Гап шундаки, бу орган касаллигининг асосий сабаби сув ва озиқ-овқатда йоднинг етарли эмаслиги. Айрим мамлакатларда бутун аҳоли доимий йод танқислиги шароитида яшайди.

Калит сўзлар. Қалқонсимон без, гипотиреоз, гипертиреоз.

CLINICAL SIGNS AND PREVENTION MEASURES THAT OCCUR IN PATIENTS WITH THYROID DISEASE

Kahhorova Feruza Mahmudovna <https://orcid.org/0009-0001-4264-3931>

E-mail: kahhorova.feruza@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Usually, thyroid problems scare a person less than other health problems. But the metabolism directly depends on the work of this organ. In areas where iodine deficiency is observed, the likelihood of thyroid problems is very high. The fact is that the main cause of this organ disease is insufficient iodine in water and food. In some countries, the entire population lives in conditions of constant iodine deficiency.

Key words. thyroid gland, hypothyroidism, hyperthyroidism.

Актуальность

Щитовидная железа – это орган внутренней секреции эндокринной системы, расположенный на передней части шеи и по форме напоминающий бабочку. Роль щитовидной железы в организме заключается в регуляции жизнедеятельности человека. Она отвечает за слаженную работу органов эндокринной и центральной нервной системы, играет большую роль в формировании правильного кровообращения и регулирует репродуктивную способность женщины [1,4].

Йод поступает в организм с пищей и водой, всасывается в кровь из желудочно-кишечного тракта. Суточная потребность организма в йоде составляет 110–150 мкг/сут. Регуляция синтеза и секреции гормонов ЩЖ осуществляется через гипоталамо-гипофизарную систему. Гипоталамус секретирует тиролиберин (ТРГ), который стимулирует выделение гипофизом тиреотропного гормона (ТТГ), который, в свою очередь, регулирует рост и функцию щитовидной железы. Между гипоталамусом, гипофизом и ЩЖ существует и обратная связь (избыток йодсодержащих гормонов вызывает снижение тиреотропной функции гипофиза) [2,5].

Заболевания щитовидной железы не только сопровождаются множеством неприятных симптомов, но также вызывают ряд проблем, таких как нарушения сна, ухудшение аппетита, замедление обменных процессов, общее ухудшение самочувствия пациента. У женщин патологические нарушения деятельности заболевания щитовидной железы встречаются в пять-восемь раз чаще, чем у мужчин [1,6].

Щитовидная железа может изменить структуру и объем под влиянием различных факторов, в первую очередь, в период гормональных изменений - половое созревание, менопауза. У женщин риск патологий связан с нарушением гормонального фона, дефицитом или переизбытком йода [3,4].

Причины патологий щитовидной железы у женщин. Тиреотропный гормон - это главный регулятор деятельности органа, он поддерживает выработку тиреоидных гормонов, управляющих процессами метаболизма. Нарушение синтеза гормонов приводит к развитию эндокринных заболеваний. К причинам относятся:

- наследственная предрасположенность - если близкие родственники пациента страдали подобными патологиями, риск развития заболевания значительно повышается;
- нарушения в работе гипофиза и гипоталамуса;
- длительное воздействие на организм радиационного излучения или различных токсических веществ;
- перенесенные инфекционные заболевания;
- длительное пребывание под прямыми солнечными лучами;
- проживание или работа в неблагоприятных экологических условиях;
- сильные стрессы;
- погрешности в питании.

Дефицит йода приводит к снижению концентрации тиреоидных гормонов в крови. В результате усиливается продукция тиреотропного гормона, что приводит к компенсаторному увеличению количества тиреоцитов (клеток щитовидной железы). Так развиваются эндемический и спорадический зоб.

Эндемический зоб – увеличение щитовидной железы, возникающее у людей, проживающих в определенных географических районах с недостаточностью йода в окружающей среде. Спорадический зоб выявляют у людей, проживающих в неэндемических районах [2,4].

Помимо дефицита йода в образовании нетоксического зоба важную роль могут играть и другие факторы: аутоиммунные, генетические (изменение порога чувствительности к недостатку йода в пище; дефекты ферментных систем, участвующих в синтезе тиреоидных гормонов), пониженное содержание в окружающей среде микроэлементов (кобальта, меди, цинка, молибдена), поступление с пищей зобогенных веществ (тиоцианатов, тиооксизолидонов).

Во время беременности риск развития патологий органа значительно повышается. Это связано с повышенной нагрузкой на организм будущей матери и с изменениями гормонального фона беременной женщины. Выработка тиреоидных гормонов замедляется, женщина испытывает дефицит йода. Будущие матери с предрасположенностью к изменениям в щитовидной железе должны находиться под наблюдением врача, поскольку недостаток тиреоидных гормонов негативно влияет на развитие плода [3,5].

У женщин в период менопаузы также отмечают гормональную перестройку организма, отрицательно влияющую на выработку гормонов щитовидной железой. В результате риск патологий в возрасте после 50-55 лет увеличивается в несколько раз [1,5].

Первые признаки болезни часто игнорируются или объясняются переутомлением, дефицитом сна, предменструальным синдромом. К ним относятся:

- плохое настроение, раздражительность;
- чрезмерная потливость;
- плохой сон;
- бледность кожных покровов;
- расстройства пищеварения - частые запоры;
- снижение веса на фоне повышенного аппетита;
- тремор конечностей;
- сбои в работе сердца, скачки артериального давления;
- слабость в мышцах, нарушение координации;
- ухудшение памяти и внимания;
- депрессивные состояния, апатия.

У пациентов наблюдается ряд признаков или же все из перечисленных. Заметив у себя ряд симптомов, женщина должна проверить щитовидную железу, обратившись за консультацией к врачу.

Заболевания щитовидной железы

Своевременное обращение к врачу позволяет поставить диагноз и начать лечение. Рассмотрим, какие заболевания бывают у щитовидной железы.

Гипотиреоз

Патологическое состояние, вызванное недостатком выработки тиреоидных гормонов, бывает первичным и вторичным. В первом случае оно возникает вследствие воздействия сильного радиационного излучения, при наличии аномалий в строении железы, под влиянием травмы или хирургического вмешательства. Дефицит йода также входит в список причин, вызывающих заболевание.

Вторичный гипотиреоз возникает в результате нарушений в деятельности гипофиза.

К признакам заболевания относятся:

- резкая потеря веса, не связанная с диетами;
- ощущение жара и потливости;
- повышенная раздражительность, перепады настроения, плаксивость;
- учащенное сердцебиение на фоне нормальной физической активности;
- необоснованное чувство страха и тревожности.

Поскольку у болезни нет специфических симптомов, ее диагностика может быть затруднена.

Тиреоидит

Так называют группу заболеваний, вызванных воспалительными процессами. Симптомы воспаления щитовидной железы это:

- увеличение органа;
- затрудненное глотание;
- боли в мышцах;
- повышение температуры тела;
- нарушения в работе пищеварительного тракта;
- общая слабость, повышенная утомляемость.

Тиреоидит часто возникает как осложнение после перенесенного ОРВИ и других инфекционных заболеваний.

Диффузный токсический зоб. Избыток тиреоидных гормонов вследствие аутоиммунных и эндокринных нарушений, перенесенные травм и тяжелые инфекции ухудшают щитовидную железу. Болезнь возникает преимущественно у женщин в возрасте 20-50 лет.

Проявление клинических признаков изменений в щитовидной железе разнообразно, но в первую очередь страдает сердечно-сосудистая система. Заболевание проявляет себя следующими симптомами:

- учащенное сердцебиение;
- пучеглазие и хронический конъюнктивит;
- вымывание кальция из кости - провоцирует процессы разрушения костной ткани;
- мышечная слабость;
- жировая дистрофия печени;
- нарушение терморегуляции организма;
- депрессивные состояния, бессонница.

Такое состояние опасно риском осложнений, среди них тяжелая сердечная недостаточность и ярко выраженная нервная возбудимость, переходящая в психоз. В тяжелых случаях есть риск летального исхода.

Диффузный нетоксический зоб. Наиболее распространенной причиной болезни является дефицит йода. При этом отмечается увеличение щитовидной железы, часто без нарушения ее функциональности. Если разрастание органа происходит без сбоев в его деятельности, патологические процессы в организме не наблюдаются. Но при отсутствии лечения возможно развитие гипотиреоза.

Доброкачественные и злокачественные новообразования. При наличии зоба отмечают общее увеличение органа. Появление уплотнения провоцирует разрастание только отдельной части железы.

Аденома - это доброкачественная опухоль. Она проявляется образованием узла, часто без нарушения функциональности органа. Заболевание во многих случаях протекает бессимптомно, иногда возможны тахикардия, нарушения пищеварения, повышенная потливость. Аденома чаще всего возникает у пациентов в возрасте 45-55 лет.

Несмотря на то, что аденома может длительное время не беспокоить женщину, она представляет опасность для здоровья, поскольку имеет свойство переходить в злокачественную форму. Рак щитовидной железы - образование узла злокачественного характера. Причиной могут быть хронические воспалительные процессы, наследственная предрасположенность, некоторые заболевания эндокринной системы, осложненная аденома. После аварии на Чернобыльской атомной станции количество случаев злокачественных опухолей щитовидки резко возросло, в том числе и среди детей, хотя обычно риск заболевания припадает на возрастной период после 50 лет. Причиной всплеска заболевания было накопление щитовидной железой радиоактивного йода[3,5].

К симптомам болезни относятся:

- увеличение лимфатических узлов;
- затрудненное глотание;
- охриплость голоса;
- болезненные ощущения в области шеи;
- повышенная слабость;
- снижение аппетита, потеря веса.

Своевременно начатое лечение позволяет добиться стойкой ремиссии в 85-90 % случаев.

Если в детском возрасте изменение в щитовидной железе проявляют себя незначительно, то у женщин после 50 лет часто наблюдается стремительное прогрессирование патологии. Это проявляется образованием метастаз в легких, головном мозге, надпочечниках, костной ткани.

Нарушения в работе паращитовидных желез

Их еще называют околощитовидными железами, поскольку они расположены на поверхности органа и отвечают за синтез кальцитонина. Это вещество необходимо для нормальной деятельности сердечной мышцы, передачи нервных импульсов, формирования и развития костной ткани.

Нарушение в выработке щитовидной железой активного вещества снижает уровень кальция в крови, повышает риск травм, вызывает расстройства работы системы пищеварения, развития почечной недостаточности. У пациентки наблюдается высокий риск переломов.

Как диагностируют щитовидную железу

Определить патологию часто бывает не просто, в связи с отсутствием специфических признаков болезни и смазанным характером течения.

К диагностическим мерам относятся:

- пальпация железы с целью определения ее размера, особенностей структуры и расположения, точность метода не превышает 40 %;
- лабораторные анализы - измерение уровня гормонов, уровня липидов в крови;
- инструментальные методы - проведение УЗИ-диагностики, скинтиграфии, КТ и МРТ;

- проведение пункционной биопсии - назначается при обнаружении методом пальпации узлов диаметра свыше 1 см.

Норма тиреотропного гормона, вырабатываемого щитовидной железой, составляет 0,4-4,0 мЕд/л.

УЗИ - это наиболее распространенный и информативный метод диагностики заболеваний щитовидной железы. Процедура позволяет определить расположение органа, его структуру и объем, наличие в нем воспалений и других патологических процессов.

Важный показатель - это объем органа. Он может отличаться в зависимости от возраста и пола. У взрослых женщин норма составляет 9-18 мл, у подростков этот показатель не должен быть больше 15 мл.

Лечением заболеваний щитовидной железы занимается врач-эндокринолог. При появлении симптомов расстройства других органов и систем возможны дополнительные консультации смежных специалистов; терапевта, офтальмолога, невролога.

Щитовидную железу лечат преимущественно медикаментозно. Главная задача лечения - нормализация гормонального баланса. При дефиците тиреоидных гормонов пациенту назначают гормонсодержащие препараты, ускоряющие обменные процессы в организме. При переизбытке показаны препараты, которые называются тиреостатики.

Для коррекции состояния, вызванного дефицитом йода, пациентам назначают препараты, содержащие это активное вещество. Злокачественные опухоли, тяжелые формы гипотиреоза, узловой зоб лечат хирургическим путем. Иногда операцию назначают беременным женщинам, если есть противопоказания к приему лекарственных препаратов. Хирургическое вмешательство необходимо, если женщина испытывает сложности с глотанием.

Операция предусматривает частичное или полное удаление железы вместе с находящимися рядом лимфатическими узлами. При наличии кист или других доброкачественных образований проводят иссечение пораженных тканей.

Прогноз после операции благоприятный. Обычно она проходит без осложнений. Возможно частичная осиплость и изменение голоса.

Заключение

Главный профилактический метод, позволяющий защитить щитовидную железу, это ликвидация йододефицита. Он предусматривает добавление к продуктам и блюдам йодированной соли, а также прием специальных витаминных комплексов, содержащих йод.

При появлении первых признаков заболевания щитовидки необходимо обратиться к врачу. Лечение на ранней стадии дает хорошие результаты в любом возрасте. Особенно внимательными к своему здоровью должны быть лица, проживающие в регионах с неблагоприятной экологической обстановкой или работающие на вредных производствах.

Хорошим методом профилактики йододефицита является соблюдение диеты. В меню следует включать рыбу, морепродукты, морскую капусту, шпинат, помидоры, баклажаны, бобовые культуры. Эти продукты лучше употреблять в вареном или в тушеном виде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Azizova S. Farmakologiya. / Т.: «Yangi asr avlodi», 2022.
2. Заболевания и состояния, связанные с дефицитом йода: клинические рекомендации / Минздрав РФ. 2020.
3. Mansumov M, Aliyev X, Odilov M, Musayeva N. Farmakologiya asoslari. / Т.: «Ilm ziyoy», 2021.
4. Prakash R.T., Ramachandran A., Savalgi G.B., et al. Variations in the anatomy of the thyroid gland: clinical implications of a cadaver study // Anat Sci Int. 2012;87(1):45-49. doi:10.1007/s12565-011-0115-9
5. Ross D. S., Burch H. B., Cooper D. S., et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis // Thyroid. 2016;26(10):1343-1421. doi:10.1089/thy.2016.0229
6. Salohiddinov B, Muhammadov T. Bosh va bo'yin topografik anatomiyasi. / Т.: «Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashr» 2022.
7. Shermatov U. (2022). Qalqonsimon bez kasalligi. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 2022;2(13):280-285. извлечено от <https://in-academy.uz/index.php/EJMNS/article/view/7990>

Поступила 20.03.2025