

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

ჰიპოთირეოზის მართვა ზოგადსაეჭიმო პრაქტიკაში

პროტოკოლი

სექტემბერი 2009

ჰიპოთირეოზის მართვა ზოგადსაეჭიმო პრაქტიკაში პროტოკოლი

1. განმარტება

ჰიპოთირეოზი არის ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის პათოლოგიური დაქვეითებით ან თირეოიდული ჰორმონების მიმართ რეზისტენტობით გამოწვეული კლინიკური სინდრომი.

განასხვავებენ პირველად, მეორეულ, მესამეულ და პერიფერიულ ჰიპოთირეოზს.

- **პირველადი ჰიპოთირეოზის** დროს ფარისებრი ჯირკვალი სხვადასხვა მიზეზების გამო თირეოიდულ ჰორმონს არასაკმარისი რაოდენობით გამოიმუშავებს. ის გამოწვეულია ან ფარისებრი ჯირკვლის (ფჯ) მოფუნქციონირე ქსოვილის შემცირებით ან ფჯ-ის ჰორმონების სინთეზის დარღვევით.
- **ცენტრალური ჰიპოთირეოზი** აერთიანებს მეორეულ და მესამეულ ჰიპოთირეოზს, რომელთა მიზეზია ჰიპოფიზის, ჰიპოთალამუსისა და ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზის კომპლექსის დაავადებები.
- **პერიფერიული (ქსოვილოვანი) ჰიპოთირეოზი** წარმოადგენს კაზუსტიკური შემთხვევებს.
- **სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზის** (ასევე მსუბუქ ჰიპოთირეოზს) დიაგნოზზე საუბარია მაშინ, როდესაც თავისუფალი T4-ის დონე სისხლში ნორმის ფარგლებში, ხოლო თტჰ ის კონცენტრაცია მცირედ მომატებულია.

2. ჰიპოთირეოზის სხვადასხვა ფორმის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

დიაგნოზი ემყარება: ანამნეზსა და ფიზიკურ გასინჯვას, თუმცა დიაგნოზის დასადგენად გადამწყვეტი როლი მიეკუთვნება სისხლში თტჰ-ის მკვეთრ მატებას და T4 –ის ნორმალურ ან დაქვეითებულ მაჩვენებელს.

(ა) პირველადი ჰიპოთირეოზის დიაგნოსტიკის კრიტერიუმები

ჰიპოთირეოზი	დამახასიათებელი ნიშნები
სუბკლინიკური (ლატენტური)	დგინდება ძირითადად სისხლში ჰორმონების მონაცემებით, უსიმპტომო ან არასპეციფიური ნიშნების არსებობისას თტჰ-ის მომატებით (არა უმეტეს 10 ს.ერთ/ლ) როდესაც თავისუფალი თიროქსინის დონე ჯერ კიდევ ნორმის ფორმალურ ფარგლებშია.
მანიფესტირებული (კლინიკურად გამოხატული)	გამოხატული კლინიკური სურათი თტჰ-ის მკვეთრი მომატებით (> 10 სერთ/ლ) და/ან თირეოიდული ჰორმონების დაკლებით
გართულებული (მძიმე მიმდინარეობის)	გამოხატული მძიმე გართულებები. პოლისეროზიტი, გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა, პარენქიმული ორგანოების დისტროფია, კრეტინიზმი, ჩიყვი და სხვ.

(ბ) ჰიპოთირეოზის სხვადასხვა ფორმის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

მაჩვენებელი	ჰიპოთირეოზის ტიპი		
	პირველადი	მეორეული	მესამეული
თირეოტროპული ჰორმონი (თტჰ)	ნორმაზე მეტია	ნორმაზე ნაკლებია ან ნორმალური	ნორმაზე ნაკლებია ან ნორმალური
T3	ნორმალური ან ნორმაზე ნაკლებია	ნორმალური ან ნორმაზე ნაკლებია	ნორმალური ან ნორმაზე ნაკლებია
T4	ნორმაზე ნაკლებია	ნორმაზე ნაკლებია	ნორმაზე ნაკლებია
თტჰ-ის სინჯი	უარყოფითი	დადებითი	დადებითი
თრჰ*- ის სინჯი	ჰიპერერგიული პასუხი	ანერგიული პასუხი	შენელებული პასუხი

* თრჰ – ჰიპოთალამური თირეოტროპინ-რილიზინგ-ჰორმონი

3. ჰიპოთირეოზის პოლიორგანული სიმპტომები და ნიშნები

სისტემები	სიმპტომები	ნიშნები
ზოგადი	დადლილობა/ძილიანობა	პერიორბიტული შეშუპება
	ზოგადი სისუსტე, ცხვირით სუნთქვის გამწვანება, სმენის დაქვეითება, ხმის ჩახლენა	კანის საფარველის სიფერმკრთალე გამხდარი სახე და ხელები, ჰიპოთერმია, სიმსუქნე, ჰიპერქოლესტერინემია, ქსანტელაზმები
ენდოკრინული	-	ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება, მიქსედემური ხასიათის შეშუპება
	მენორაგია	გალაქტორეა
მეტაბოლიზმი	სიცივის აუტანლობა	ჰიპოთერმია
	წონის მომატება	სიმსუქნე
ფსიქიკური სფერო	გუნება-განწყობის გაუარესება	დეპრესია
ძვალ-კუნთოვანი	ართრალგია, მიალგია	ოსტეოპოროზი
კანი	კანის სიმშრალე	ფრჩხილების მტვრევადობა
	თმის ცვენა, მათ შორის წარბების ლატერალურ ნაწილში, ფრჩხილების მტვრევა	კანის ტურგორის დაქვეითება, ალოპეცია, თმების გაუხეშება, კაროტინის მომატების გამო შესაძლოა მოყვითალო ფერი მიქსედემური შეშუპება,
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი	შეკრულობა	მეგაკოლონი, მაკროგლოსია,
	უმადობა გემოვნების შესუსტება,	ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება, სანაღვლე გზების დისკინეზია
სასუნთქი სისტემა	ხვრინვა	ჰიპოვენტილაცია ძილის აპნოე
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	ქოშინი	ბრადიკარდია სისტოლური წნევის დაქვეითება და დიასტოლურის მომატება წუთმოცულობის შემცირება პერიკარდიული გამონაჟონი კარდიომეგალია/გულის შეგუგებითი უკმარისობა ინტერსტიციალური შეშუპების გამო გულის მოცულობის გაზრდა, “მიქსედემატოზური” გულის სინდრომი, არტერიული ჰიპოტონია ან არტერიული ჰიპერტენზია. თუ გული მცირე ზომისაა, საჭიროა ჰიპოფიზური ჰიპოთირეოზის ან პირველადი თირკმელზედა ჯირკვლების უკმარისობის გამორიცხვა. არაეთვაროვანია აზრი იმის შესახებ, იწვევს თუ არა მიქსედემა კორონარული დაავადებებს, მაგრამ ჰიპოთირეოზით დაავადებულებში კორონარული დაავადებები მეტადაა გავრცელებული.(IV)

ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ჰიპოთირეოზის მართვა
საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

ნერვული სისტემა	პარესთეზიები	ბრადიკინეზია
	მგრძნობელობის დაქვეითება	პერიფერიული მგრძნობელობის დაქვეითება
	ემოციური ლაბილობა	ატაქსია
	აზროვნების შენელება თავის ტკივილი, მეხსიერების დაქვეითება, ძილიანობა, დეპრესიები	დემენცია, ფსევდომიმოტონია, ჰიპორეფლექსია, ზოგჯერ – ჰიპოფიზის მეორადი ადენომის ან “ცარიელი” თურქული კეხის სინდრომის ფორმირება მხედველობის დარღვევები(დამახასიათებელია მეორადი ჰიპოთირეოზისთვის)
სისხლი	-	ოთხი მექანიზმით განპირობებული ანემია: ჰემოგლობინის სინთეზის დარღვევა; მენორაგიასთან დაკავშირებული რკინის დაკარგვა, ისევე როგორც რკინის ნაწლავებიდან შეწოვის დაქვეითება; ანემია: ჰიპო- ან ნორმოქრომული, რკინადეფიციტური, მეგალობლასტური, სისხლის შედედების დარღვევები, ფოლიუმდეფიციტური ანემია. ვიტ. B12 დეფიციტით გამოწვეული პერნიციოზული ანემია. (IV)
თირკმლის ფუნქცია	-	გლომერული ფილტრაციის შემცირების გამო, სითხის გამოყოფის შესუსტება (IV)

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

(ა) ჰიპოთირეოზის დიაგნოსტიკისთვის რეკომენდებული გამოკვლევები

ლაბორატორიული გამოკვლევა	მნიშვნელობა
თირეოტროპული ჰორმონის დონის განსაზღვრა	თუ ტტ3-ის დონე ნორმის ფარგლებს სცილდება, ოჯახის ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას შემდგომი მოქმედების შესახებ, რაც შეიძლება მოიცავდეს: (ა) დიაგნოზის დადასტურების მიზნით ტტ3-ის გადამოწმებას განმეორებითი ანალიზით; (ბ) მკურნალობის სქემის შერჩევას; (გ) ენდოკრინოლოგის კონსულტაციის აუცილებლობის განსაზღვრას და ვიზიტის ორგანიზებას (D).
გამოკვლევები, რომლებიც ენდოკრინოლოგის გადაწყვეტილებით სრულდება	
სისხლში თავისუფალი T4-ის დონის განსაზღვრა.	თუ ტტ3-ის დონე მომატებულია, სისხლში თავისუფალი T4-ის დონის განსაზღვრა, ცენტრალურ ჰიპერთირეოზსა და, ბევრად გავრცელებულ, პირველად ჰიპოთირეოზს შორის დიფერენცირების საშუალებას იძლევა.
T3-ის დონის განსაზღვრა.	რეკომენდებულია კლინიკურად საექვო შემთხვევებში, როდესაც ტტ3-ის ცვლილება არ არის გამოხატული და T4-იც ნორმაშია.
თირეოიდიული ანტისხეულები-ანტი-თირეოიდიული პეროქსიდაზა და ანტითირეოგლობულინური ანტისხეულები.	ღირებულია ჰიპოთირეოზის ეტიოლოგიის ან მომავალში ჰიპოთირეოზის აღმოცენების ალბათობის პროგნოზირების თვალსაზრისით. ⁶
ფარისებრი ჯირკვლის სკანირება, ულტრასონოგრაფია ან ორივე ერთად	რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში თუ საექვო ფარისებრი ჯირკვლის სტრუქტურული დაზიანება (კვანძები ან ინფილტრატი)

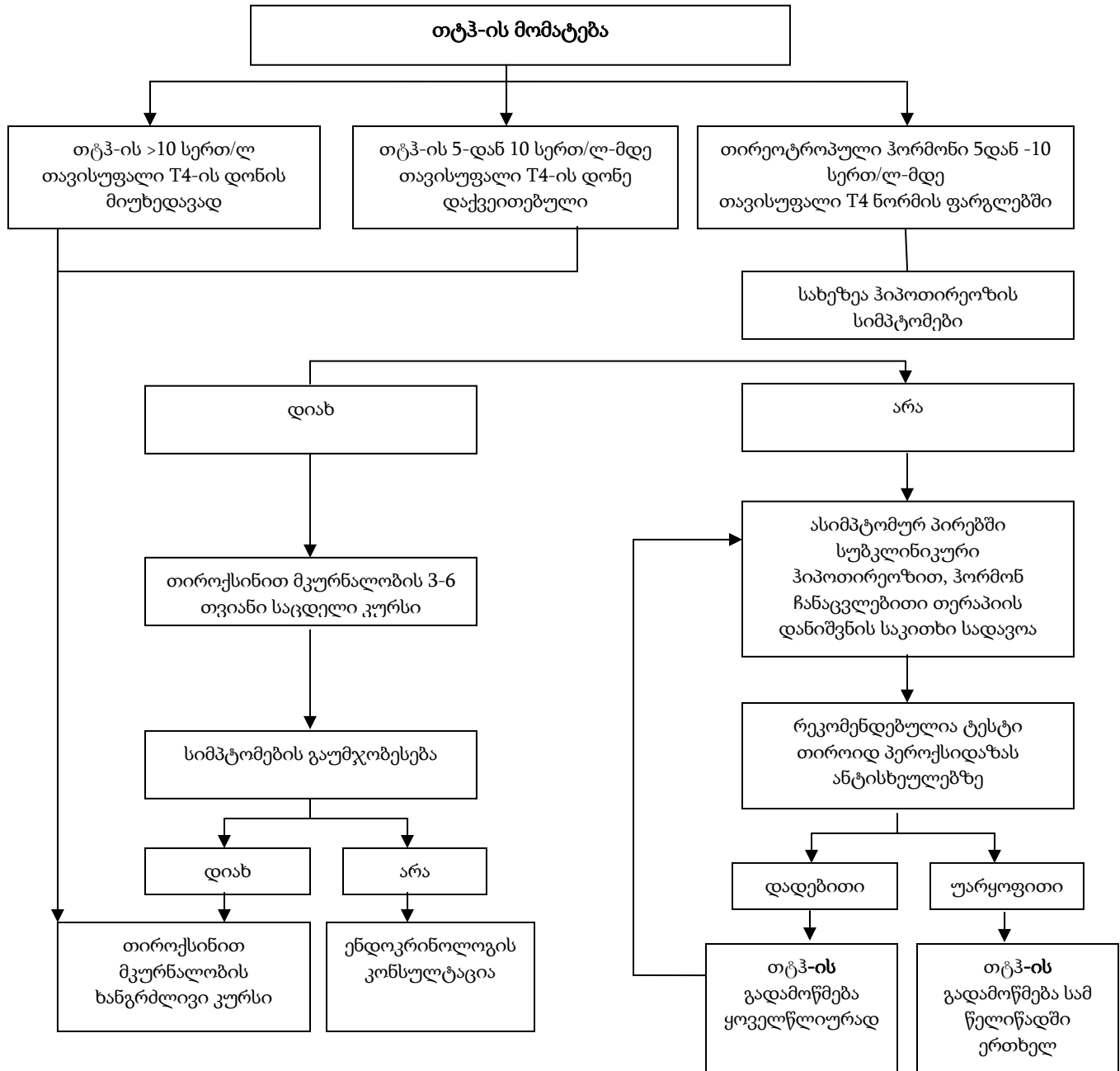
ბ) დიაგნოზის დაზუსტებისა და შემდგომი მართვის გეგმის შემუშავების მიზნით აუცილებელია ენდოკრინოლოგთან პაციენტის მიმართვა, თუ:

- საექვო ცენტრალური გენეზის ჰიპოთირეოზი
- საექვო ქვემწვავე თირეოიდიტი (დე კერვენის თირეოიდიტი)
- 16 წლამდე ასაკის პაციენტები
- ორსულები ან ქალები მშობიარობის შემდგომ პერიოდში
- პაციენტები სერიოზული თანმხლები დაავადებებით (გულის იშემიური დაავადება, მკურნალობა ამიოდარონით ან ლითიუმით და ა.შ.)

- o პაციენტები, რომელთა მდგომარეობა ლევოთიროქსინით მკურნალობის ფონზე უარესდება

5. მკურნალობის სქემა

ჰიპოთირეოზის მართვის ალგორითმი მოზრდილებში*



შენიშვნა: ალგორითმი არ შეეხება ორსულებს

ჰიპოთირეოზის მკურნალობის დროს მნიშვნელოვანია შემდეგი ასპექტების გათვალისწინება:

- არჩევს პრეპარატს ჰიპოთირეოზის ნებისმიერი ტიპის დროს წარმოადგენს ლევოთიროქსინი.
- ტრიოდთირონი არ გამოიყენება ჰიპოთირეოზის ჩანაცვლებითი თერაპიის დროს.
- ავადმყოფის მდგომარეობის სუბიექტური გაუმჯობესება ჰიპოთირეოზის სწორი მკურნალობის დროს მოხდება თანდათანობით რამოდენიმე კვირის განმავლობაში.
- სრული თერაპიული ეფექტი (ეუთირეოზი) მიიღწევა მკურნალობის დაწყებიდან არანაკლებ 2-3 თვის შემდეგ.
- საერთო T4 ნორმალიზდება მკურნალობის დაწყებიდან 5-6 კვირის შემდეგ საერთო T3 ნორმალიზდება მკურნალობის დაწყებიდან 2-4. დღის შემდეგ.
- თტჰ-ის დონე მცირდება ნორმალურ მაჩვენებლამდე მკურნალობის დაწყებიდან 6-8 კვირის შემდეგ.

რეკომენდაციები ლევოთიროქსინის დოზირების თაობაზე

(ა) 65 წელზე ახალგაზრდა ასაკის ავადმყოფები კარდიალური პათოლოგიის გარეშე
L-T4-ის დოზა შეადგენს 1.5 მკგ-ს სხეულის მასის 1 კგ-ზე. საორიენტაციო საწყისი დოზა:

- ქალები _ 50-70 მკგ/დღეში
- მამაკაცები _ 75-100 მკგ/დღეში

(ბ) კარდიალური პათოლოგიის მქონე და/ან 65 წელზე ხანდაზმული ასაკის ავადმყოფები

- L-T4-ის საწყისი დოზა შეადგენს 12.5 მკგ-ს დღეში
- დოზა გაიზარდოს 12.5 მკგ-ით ორი თვის ინტერვალით თტჰ-ის დონის ნორმალიზაციამდე და ჩატარდეს კორექცია კარდიალური სიმპტომების გაჩენის ან გაუარესების შემთხვევაში.
- პაციენტების ამ ჯგუფში საწყისი მკურნალობის დასანიშნად აუცილებელია **ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია.**

(გ) სუბკლინიკური ჰიპოთირეოზის შემთხვევაში რეკომენდებულია ლევოთიროქსინი საწყისი დოზით 25-50 მკგ/დღეში. დოზის ტიტრაცია ხდება 25-დან 50 მკგ-მდე მატებით მომდევნო 6-8 კვირის მანძილზე თტჰ-ის სამიხნე მაჩვენებლების მიღწევამდე (0.4-4.2 სერთ/ლ).

6. მეთვალყურეობა

- პაციენტის მიერ მკურნალობის რეჟიმის დაცვის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია მისი კონსულტირება ლევოთიროქსინის რეგულარული მიღების მნიშვნელობის თაობაზე (D).
- თუ ლევოთიროქსინის ადეკვატური დოზის მიუხედავად თტ3-ის დონე მომატებული რჩება, გასათვალისწინებელია მკურნალობის რეჟიმის დარღვევა, მედიკამენტური ურთიერთქმედების ან მალაბსორბციის (მაგ. არადიაგნოსტირებული ცელიაკია) შემთხვევები (D).
- ლევოთიროქსინის პარალელურად ახალი მედიკამენტის დანიშვნისას გასათვალისწინებელია მედიკამენტური ურთიერთქმედების ალბათობა. კერძოდ (ა) შემდეგი მედიკამენტები აფერხებენ ლევოთიროქსინის შეწოვას: კალციუმის მარილები, რკინა, ალუმინის ჰიდროქსიდი, ქოლესტირამინი; (ბ) შემდეგი მედიკამენტები ზრდიან ლევოთიროქსინის კლირენსს: ფენიტონი; კარბამაზეპინი; ფენობარბიტალი; რიფამპიცინი (B).
- თტ3-ის და თავისუფალი T4-ის განსაზღვრა რეკომენდებულია ლევოთიროქსინით მკურნალობის დაწყებიდან 8-12 კვირაში. ანალიზის შედეგების შესაბამისად უნდა მოხდეს დოზის კორექცია (C).
- ლევოთიროქსინის სტაბილურად ერთი და იგივე დოზით მიღებისას თტ3-ის დონის გადამოწმება საკმარისია წელიწადში ერთხელ (C).
- ზოგიერთ შემთხვევაში, როდესაც ჰიპოთირეოზის პროგრესირების რისკი მომატებულია (მაგ. ორსულები, ესტროგენების მიღება, წონის მკვეთრად დაკლება) საჭიროა უფრო ხშირი მონიტორინგი (C).
- თუ ლევოთიროქსინის ფონზე პაციენტის მდგომარეობა უარესდება, საჭიროა მისი დაუყოვნებელი მიმართვა ენდოკრინოლოგთან (D).

7. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

პროტოკოლი ეყრდნობა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ჰიპოთირეოზის გაიდლაინს. გაიდლაინი შემუშავებულია საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ 2009 წლის სექტემბერში.

8. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ჰიპოთირეოზის მართვისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი წარმოდგენილია ცხრილში #2.

ცხრილი #2 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი	კლინიკური შეფასება თირეოტროპულ ჰორმონზე ანალიზის დანიშვნა დიაგნოზის დადასტურება ან ენდოკრინოლოგთან მიმართვის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება მიმდინარე მეთვალყურეობა	-
ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	თიროქსინის რეგულარული მიღების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება;	-
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	-
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	გაიდლაინისა და პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	-
მატერიალურ-ტექნიკური		
ლაბორატორიული შესამღებლობები თირეოტროპული ჰორმონის განსასაზღვრად	დიაგნოზის დადასტურება	სასურველია ადგილზე/ან მიმართვა შესაფერის ლაბორატორიაში
ჰიპოთირეოზის თაობაზე პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი
დიაგნოსტიკური შესამღებლობები შემდეგი გამოკვლევებისთვის: • ფარისებრი ჯირკვლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა • იზოტოპური სცინტიგრაფია • წვრილი ნემსით ასპირაციული ბიოფსია • ფარისებრი ჯირკვლის ქსოვილის მიმართ ანტისხეულების განსაზღვრა	დიფერენციული დიაგნოსტიკა	მიმართვა ენდოკრინოლოგთან