

**Тақырып: Амбулатория жағдайында
эндокринді синдром. (Диффузды
токсикалық зоб. Гипотиреоз.
Эндемиялық зоб. Тиреоидиттер).
Дифференциалды диагностикасы.
Гормондар дәрежесін зерттеу. УДЗ.
Динамикалық бақылау.**

**Орындаған:
Тобы:**

2015ж

Диффузды токсикалық зоб

- **Диффузды токсикалық зоб** – органоспецификалық аутоиммунды аурулар қатарына жатады. Ол негізінен тиреоидты гормондардың жоғарылауымен жүреді. Тиреотропты гормондар (ТТГ), тиреопероксидаза және тиреоглобулин рецепторларының антигендеріне антиденелер түзілуі нәтижесінде бұл ауру дамиды. Науқас балалар арасында 5-8% жуығы осы аурумен ауырады. Қыз балалар ұлдарға қарағанда 6-8 рет жиі ауырады.
- **Диффузды токсикалық зоб** қалқанша бездің диффузды зақымдалуымен жүреді де, тиреотоксикоз синдромы және экстратиреоидты патологиялар (эндокриндік офтальмопатия, претибиальдік микседема, акропатия) дамиды. Бұл компоненттердің барлығының бірдей кездесуі сирек, сондықтан диагноз қою үшін барлығын анықтау міндетті емес.

Этиологиясы

- Этиологиясында ауру генетикалық жағынан HLA жүйесімен байланысты. Жиі HLA антигендері A1, B8, DR3 антигендері бар балаларда дамиды. Қазіргі уақытта 40 жуық тиреоидстимулдеуші антиденелер белгілі. 74-76% науқас балаларда осы антиденелердің әсерінен зоб дамуда. Балаларда әсер етуші факторларға: инфекциялар, әсіресе мұрын-жұтқыншақтық (тонзилит), стресстік жағдайлар, химиялық, токсикалық заттар.

- Этиологиялық факторлар әсерінен қалқанша безде аутоиммунды қабыну дамиды .
Қалқанша без гипертрофиясы, гиперплазиясы, лимфоидты инфильтрация дамиды. Тиреоидты гормондардың артық өндірілуі себебінен жүйке – бұлшық ет қозғыштығы артады, жылу бөлу, глюкоза утилизациясы жоғарылайды. Тіндерде оттегіні пайдалану, липолиз , глюконеогенез күшейеді.

Классификациясы

**Субклиникалық
(жеңіл ағымды)**

Клиникалық көрінісі жоқ. ТТГ құрамы төмендеген. Т3 және Т4 көрсеткіші қалыпты деңгейде.

**Манифестік
(орта ағымды)**

Клиникалық көрінісі айқын емес. ТТГ құрамы төмендеген. Т3 және Т4 көрсеткіші жоғары деңгейде.

**Асқынған
(ауыр ағымды)**

Тиреотоксикоз және оның асқыну көріністері айқын. Жыбыр аритмиясы, жүрек жетіспеушілігі, бүйрек үсті безінің жетіспеушілігі, паренхиматозды ағзалардың дистрофикалық өзгерістері, психоз, тез салмақ жоғалту.

Зоб классификациясы

Дәрежесі	Сипаттамасы
0	Зоб анықталмайды.
1	Зоб пальпацияланады, бірақ мойынды тіке ұстағанда көрінбейді.
2	Мойынды тіке ұстағанда зоб көрінеді.

Клиникалық көрінісі

- Клиникалық көрінісінде негізгі 3 сипмтомдар комплексі көрініс береді:

Қалқанша без үлкеюі (зоб)

Гипертиреоз

Аутоиммунды аурулар

Гипертиреоз көрінісі баяу дамиды. Бала эмоциональді тұрақсыз, қозғыш, тітіркенгіш болады. Мектептегі оқуы төмендейді, ұйқысы бұзылады. Бала тәбеті жоғарылаған, бірақ әрдайым арықтап, жүдей түседі. Балалар жиі бұлшықет әлсіздігіне шағымданады. Терісі ыстық, ылғалды, бархат тәрізді күйде болады. Терлегіш келеді.

Жиі келесідей көз симптомдарына анықтауға болады.

Грефе симптомы –көзді төмен қаратқанда нұрлы қабықтың үстінен склераның айқын көрінуі;

Кохер симптомы –жоғары қарағанда склераның көрінуі; Розенбах симптомы –жұмған қабақтың дірілдеуі;

Штельвага симптомы –жиі көзді ашып-жұму.

- Шартты түрде жүрек қантамыр жүйесінің бұзылысына байланысты тиреотоксикоз сатыларын анықтайды:

1 саты – орташа жас көрсеткішінен 20% тахикардия байқалуы;

2 саты -20-50% дейін тахикардия үдеуі болса;

3 саты -50% жоғары тахикардияның күшеюі байқалса;

Диагностикасы

▣ Міндетті диагностикалық шаралар

- ЖҚА (6 параметр бойынша)
- ЖЗА
- Қандағы глюкоза деңгейін анықтау
- Биохимиялық қан анализі (креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин, натрий, калий)
- Түйіндік түзілімдерді анықтау үшін қалқанша безді УДЗ
- Қандағы ТТГ деңгейін анықтау
- Қандағы бос Т4 и Т3 анықтау
- АД ТПО-ға, АД ТГ-ға түзілуін анықтау
- ТТГ рецепторларына АД түзілуін анықтау
- Кортизол

□ Қосымша диагностикалық шаралар

- Жіңішке инелік аспирациялық биопсия- қалқанша бездің ісік ауруын алып тастау үшін цитологиялық зерттеу (көрсеткіш бойынша).
- ЭКГ
- Қалқанша бездің сцинтиграфиясы (көрсеткіш бойынша).

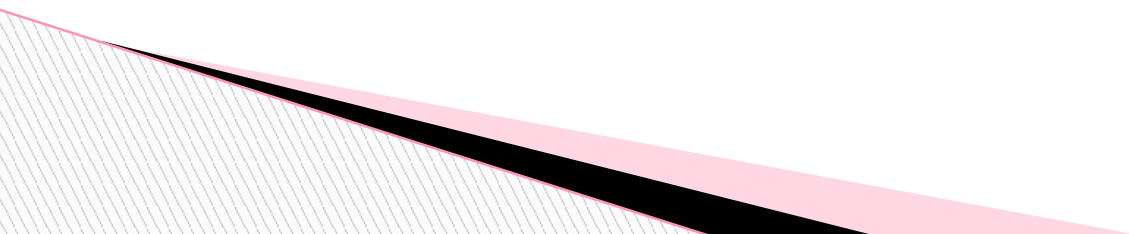
Диагностикалық критерилері

- Шағымдары мен анамнезі
- Физикальді зерттеулер
- Лабораториялық зерттеулер
- Инструментальді зерттеулер (ЭКГ, УДЗ, сцинтиграфия)
- Маман дәрігерлердің консультациясы (көрсеткіш бойынша).

Лабораторлық зерттеулер

Тест	Көрсеткіштер
ТТГ	0,5 мМЕд/л төмендеген
Бос Т4	Жоғарылаған
Бос Т3	Жоғарылаған
АД ТПО-ға, АД ТГ-ға	Жоғарылаған
ТТГ рецепторларына АД	Жоғарылаған
ЭТЖ	Жеделдеу Кервен тироидитінде жоғарылаған
Хориондық гонадотропин	Хориокарцинома кезінде жоғарылаған

Дифф диагностика



Emi

Гипотиреоз

▣ **Гипотиреоз** – организмде қалқанша без гармондарының тұрақты тапшылығымен шартталған клиникалық синдром.

▣ **Жіктемесі**

Гипоталамус-гипофиз-қалқанша без жүйесіндегі зақымдану деңгейі бойынша:

- біріншілік;
- екіншілік;
- үшіншілік;
- перифериялық (тіндік, транспорттық).

Ауырлық дәрежесі бойынша:

- **1. Субклиникалық** (диагноз тиреоидтық гармондар және ТТГ анықтау нәтижесі негізінде белгіленеді).
- **2. Манифесттік** (компенсацияланған, декомпенсацияланған).
- **3. Асқынған** (полисерозит, жүрек функциясының жеткіліксіздігі, гипофиздің екіншілік аденомасы, кретинизм, микседематозды кома).
- Гипотиреоз басым көп жағдайда (90% және жоғары) қалқанша безінің тікелей зақымдалуымен шартталған, яғни біріншілік гипотиреозбен көрсетілген.

Этиологиясы

1. Қалқанша бездің функционалды белсенді тіндерінің бұзылуы және жетіспеушілігі:

- - созылмалы аутоиммунды тиреоидит;
- - қалқанша безді операция арқылы алып тастау;
- - радиоактивті I 131 терапия;
- - жітілеу, босанудан кейінгі және ауырусыз тиреоидиттер кезінде ауысатын гипотиреоз;
- - инфильтративті немесе инфекциялық аурулар;
- - қалқанша безінің агенезиясы немесе дисгенезиясы;
- - қалқанша безінің қатерлі ісіктері.

2. Тиреоидты гармондар синтезінің бұзылуы:

- - тиреоидты гармондар биосинтезінің туа біткен ақаулары;
- - ауыр тапшылық немесе йодтың көптігі;
- - дәрі дәрмекті және уытты әсер (тиреостатиктерді, литий перхлораты және басқа).

- төмендеуімен байланысты

Екіншілік және үшіншілік гипотиреоздың орталық формасы деп те атайды, мыналардың салдарынан туындайды:

- - ТТГ және/немесе ТРГ өндіретін жасушалардың бұзылысы мен жетіспеушілігі;
- - ТТГ және/немесе ТРГ синтезінің бұзылуы.

- Гипотиреоздың орталық формасы, мидың және/немесе гипофиздің гипоталамиялық құрылым және/немесе ТТГ және/немесе ТРГ өндірілуінің төмендеуімен байланысты.

Олардың себебі болуы мүмкін:

- Гипопитуитаризм.
- ТТГ оқшауланған тапшылық.
- Гипоталамустың даму ақауы.
- ОНЖ инфекциялары (энцефалит).
- Бас миының ісіктері.
- Саркоидоз.

Перифериялық гипотиреоз себептері:

- Тиреоидтық гормондарға жинақталған тұрақтылық.
- Тиреоидтық гормандарға жартылай жинақталған тұрақтылық.
- Айналымдағы тиреоидты гормон немесе ТТГ инактивациясы.

Клиникалық көрінісі

Шағымдары

- үдемелі жалпы және бұлшық еттік әлсіздік;
- шаршағыштық;
- сылбырлық;
- ұйқышылдық;
- дене салмағының артуы;
- есте сақтаудың төмендеуі;
- бет, қол, бүкіл дененің ісінуі;
- іш қатулар;
- сөйлеудің қиындауы;
- тері құрғақтығы;
- шаштың түсуі;
- жыныстық функциялардың бұзылуы;
- естудің төмендеуі.

Диагностикасы

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Қанның жалпы анализі (6 параметр) – диагнозды анықтау кезінде, қалыптағы көрсеткіштер кезінде – жылына 2 рет, гипотиреоидты анемия кезінде – 1-3 айда 1 рет (анемия ауырлығына байланысты көрсетімдер бойынша).
- 2. Қандағы ТТГ деңгейін анықтау – таңдау кезеңінде 4-8 аптада 1 рет, ұстап тұрушы терапия кезінде 6 айда 1 рет, көрсетімдер бойынша жиі (өмір бойы).
- 3. Қандағы Т3 пен Т4 бос фракциялары деңгейін анықтау.
- 4. Қандағы жалпы холестерин және триглицеридтер деңгейін анықтау – диагнозды қою кезінде, жоғарылаған деңгей кезінде 3 айда 1 рет, қалыпты жағдайда – жылына 2 рет.
- 5. ЭКГ – диагноз қою кезінде, жүрек патологиясымен науқастарда – дозаны таңдау кезеңінде 2-4 аптада 1 рет (жүрек зақымдануының ауырлығына байланысты көрсетімдер бойынша), ұстап тұрушы терапия кезінде 6 айда 1 рет, жүрек функциясының жеткіліксіздігі пайда болған кезде көрсетімдер бойынша – жиі.
- 6. Эндокринолог консультациясы

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Қалқанша безді УДЗ.
- 2. Қалқанша бездің пункциялық биопсиясы.
- 3. Тиреоглобулин мен тиреопероксидазаға антидене титрін анықтау.
- 4. Бас миының КТ немесе МРТ (орталық гипотиреоз кезінде).
- 5. Невропатолог консультациясы, көрсетімдер бойынша – нейрохирург.
- 6. Кардиолог консультациясы.
- 7. Анемия кезінде гематолог консультациясы.

Физикалық тексеру

- Манифесттік гипотиреоздың жетекші клиникалық симптомдары болып табылады - тері құрғақтығы, іш қатулар, брадикардия, ұйқышылдық, естің бұзылуы, сөйлеудің баяулауы, естудің төмендеуі, дене салмағының артуы, жинақталған тығыз ісінулер, дене температурасының төмендеуі.
- Орталық гипотиреоздағы симптоматика, біріншілік кезіндегіден аздау, ОНЖ зақымдану симптомдары анықталады.
- Субклиникалық гипотиреоз кезінде науқас өзін өзі қанағаттанарлы сезінеді, левотироксин препараттарын тағайындағанда төмендейтін гипотиреоздың аздаған айқын көріністері болуы мүмкін. Диагноз гормондарға қан анализінің деректері негізінде қойылады.

Инструменталдық зерттеулер

- Біріншілік гипотиреоз себебін анықтау үшін жүргізіледі: қалқанша безді УДЗ, көрсетімдер бойынша – қалқанша бездің пункциондық биопсиясы, қалқанша бездің сцинтиграфиясы, тиреоглобулин мен тиреопероксидазаға антидене титрін анықтау.

Екіншілік гипотиреоз себебін анықтау үшін жүргізіледі:

- невропатолог консультациясы, бас миының КТ немесе МРТ, көз түбін тексеру және басқа. ОНЖ тексеру невропатолог тағайындауы бойынша.

Асқынуларды анықтау үшін

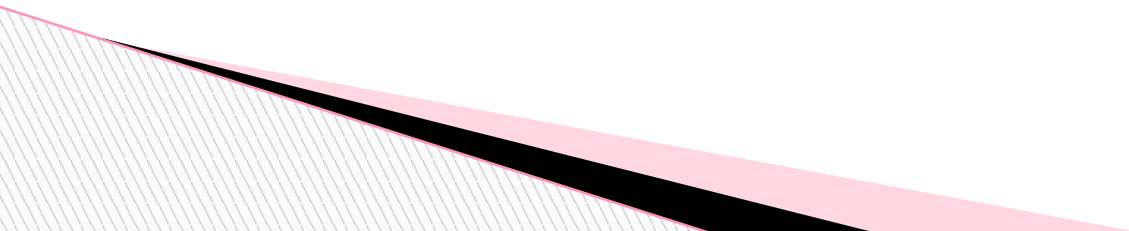
- (полисерозит, жүрек функциясының жеткіліксіздігі, гипофиздің екіншілік аденомасы, кретинизм, микседематозды кома) тиісті тексерулер жүргізіледі (ЭКГ, ЭхоКГ, кеуде клеткалары ағзаларының Р-графиясы, құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ, невропатолог консультациясы және басқа).

- Мамандар консультациясы көрсеткіштер бойынша

▣ ЛАБОРАТОРЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

- біріншілік гипотиреоз кезінде, қандағы Т3 және Т4 деңгейі төмендеген, ТТГ артқан (ТТГ қалыпты 0,5 тен 4,0 МБ/мл, орташа мәні 2,0 ден 3,0 МБ/мл дейін);
- екіншілік және үшіншілік гипотиреоз кезінде Т3, Т4 және ТТГ қандағы деңгейі төмендеген.

Дифференциальды диагностика



Белгілер	Гипотериоз	Созылмалы гломерулонефрит
Сылбырлық	Тән	Тән емес
Тежелу	Тән	Тәне емес
Ұйқышылдық	Тән	Тәне емес
Бас ауыру	Тән емес	Тән
Есте сақтау	Төмендеген	Қалыпты
Шаштың түсуі	Тән	Тән емес
Тері	Тығыз, құрғақ, қабыршақтанады, түбіт тәрізді, бозғылт-сарғыш, мұздай	Бозғылт, мұздай емес, қабыршақтанған
Ісінулер	Тәуліктің барлық уақытында жалпы тығыз ісінулер	Жұмсақ ісінулер, басым жағдайд бетте
Артериалдық қысым	Төмендеген, қалыпты немесе артуы мүмкін	Артқан
Зәрдің жалпы анализі	Протеинурия мүмкін	Протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия
Қандағы тироксиннің, трийодтиронин құрамының төмендеуі	Тән	Тән емес

Емдеу тактикасы

- **Ем мақсаты:** диагнозды қою, тиреиодты препараттармен орын басушы терапиясын таңдау, гипотиреоз компенсациясын бақылау, асқынуларды анықтау және емдеу.
- Дәрі-дәрмексіз ем: жоқ
- **Левотироксин** препараттарымен тұрақты терапия жүргізіледі. Бастапқы және ұстап тұрушы доза - жас, дене салмағы, жүрек қантамыр жүйесінің жағдайы ескеріліп анықталады.

Госпитализациялауға көрсеткіштер:

- 1. Декомпенсация жағдайы, амбулаторлық емнен тиімділік болмаған кезде.
- 2. Гипотиреоз асқынуларының болуы және үдеуі.
- 3. Гипотиреоздың ауыр ағымымен науқстар.
- 4. Гипотиреозбен ауырғандар, асқынған ауыр қосарланған аурулары бар науқастар

**Назар аударғандарыңызға
рахмет!!**