

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Фармацевтика Академиясы

Тақырыбы: Амбулатория жағдайында эндокринді синдромдар кезіндегі рационалды дифференциалды диагностика алгоритмі, науқастарды жүргізу және динамикалық бақылау (қалқанша бездің пальпациясы, диффуздық токсикалық зоб, эндемиялық зоб, тиреоидиттер қалқанша без обыры, гипотиреоз). Қалқанша безінің гормонды дәрежесін зерттеу нәтижелері, қалқанша безінің УДЗ.

Орындаған: Айдаров М. Н
Топ: 609 ЖТД

Қабылдаған: доцент Бектибаева Н. Ш

Шымкент 2016

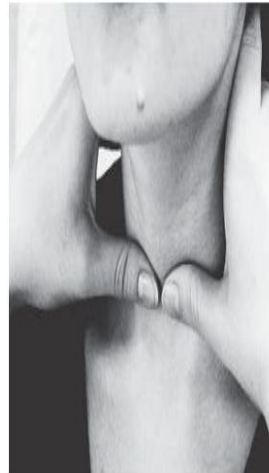
Жоспар

- Кіріспе
 - Негізгі бөлім
 - Физикалық зерттеу әдістері
 - Этиология ,патогенез
 - Гипотиреоз,гипертиреоз
 - Тиреотоксикоз
 - Гиперкортицизм,гипокортицизм
- Зертханалық зерттеу әдістері
- Қалқанша без аурулары
 - Емі
 - Әдебиеттер

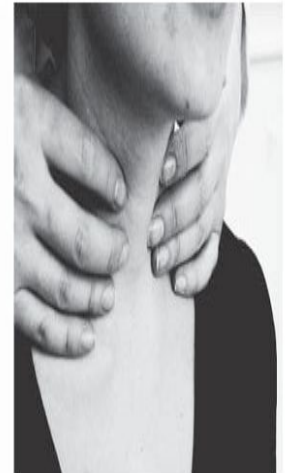
Физикалық зерттеу әдістері

- Қалқанша без ауруларының клиникалық диагностикасы науқастарда тиреотоксикоз, гипотиреоз және без қызметінің қалыпты, жоғары, төмен болуымен сипатталатын қалқанша без құрылымдарының өзгерістерін анықтауға негізделеді. Қалқанша без ауруларының диагностикасында пальпациялау маңызды орын алады. Қалқанша безді сипап сезу науқас сілекейін жұтқанда орындалады, себебі сол сәтте көмей қалқанша безбен жоғары көтеріліп, төмен түседі. Осы кезде ҚБ саусақтардан сырғып өтіп, жұмсақ-эластикалық буылтық сияқты сезіледі. Дәрігер пальпация барысында науқасқа қарама-қарсы (бұл кезде пальпация екі басбармақпен жүргізіледі) немесе науқастың артқы жағынан тұрады (науқас отырады), яғни ҚБ сұқ және ортаңғы саусақтар арқылы пальпацияланады

а

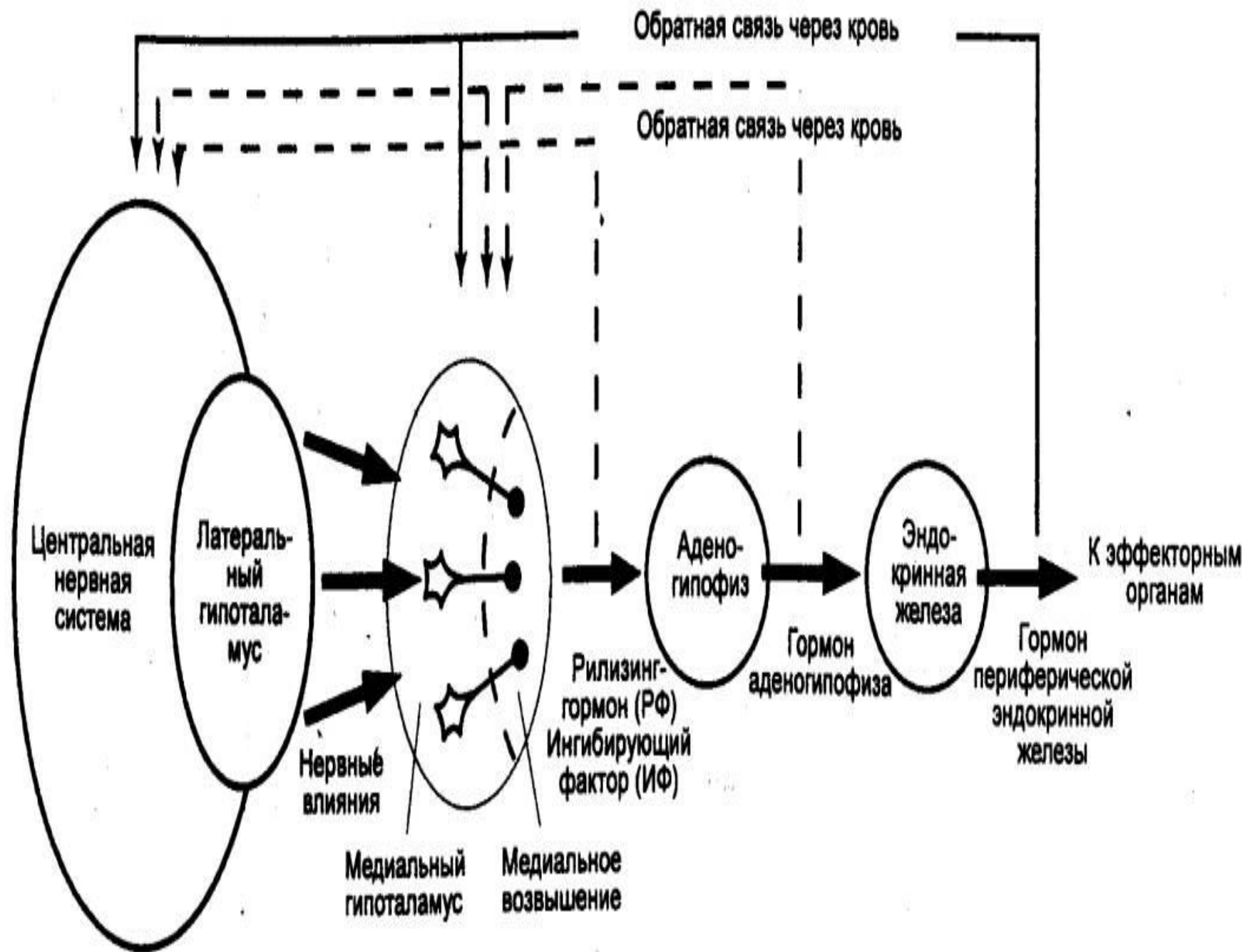


б



Гипотиреоз – қалқанша безінің қызметінің төмендеуімен немесе мүлде тоқтауымен сипатталатын және әр түрлі мүшелер мен жүйелердің қызметінің өзгерістерімен көрінетін, тиреоидты гормонның жетіспеуімен негізделетін гетерогенді синдром .

- *Гипертиреоз* – генетикалық бейімділігі бар адамдарда дамиды қалқанша безінің гиперфункциясымен және диффузды ұлғаюымен сипатталатын, сонымен қатар мүшелермен жүйелердің токсикалық өзгерістерімен көрінетін қалқанша безінің аутоиммунды ауруы.

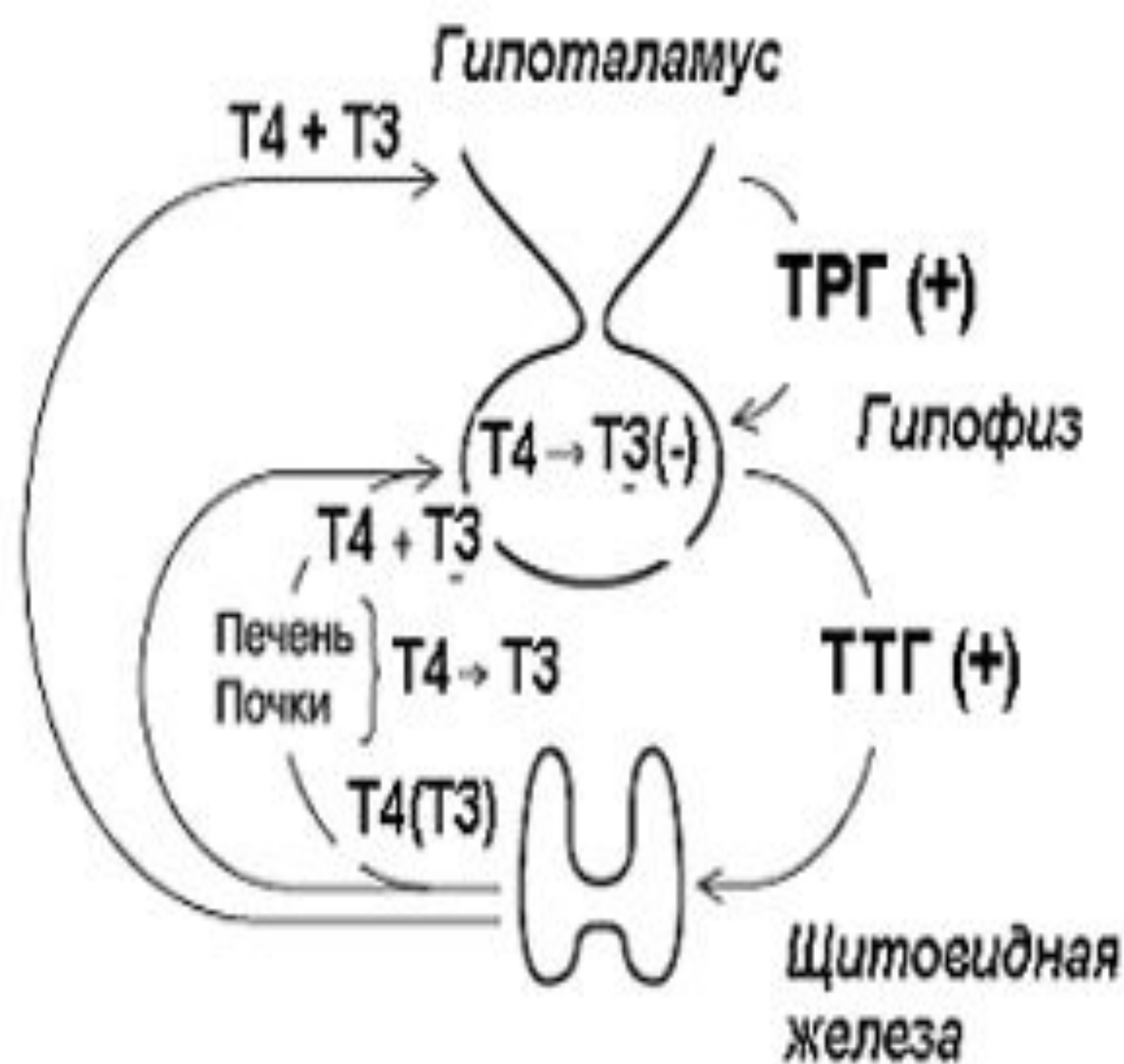


Эпидемиологиясы

- Әйелдер 10 есе жиі ауырады, әсіресе 20 мен 50 жас аралығында. Қалыпты йод қабылдайтын аймақтарда тиреотоксикоздың таралуы әйелдерде 2% да, ГА жаңа жағдайларының жиілігі жылына 1000 әйелдердің 3 де.
- Ерлер, әйелдер-1:10. Жалпы популяцияда -2%. Репродуктивті жастағы әйелдер арасында 2-5%. 60 жастан асқан егде адамдар арасында 6-12%.

Патогенезі

- ◎ Тиреотоксикоз синдромы мен ретробульбарлы шелмайда қабынулық өзгерістердің дамуымен сипатталатын ТТГ рецепторларына ынталандырушы қарсыденелердің өндірілуі.
- ◎ Ағзаның жасушалық жүйесінің метаболизмі мен негізгі алмасуының төмендеуі



Симптомы гипертиреоза



Симптомы гипотиреоза



Басты клиникалық көріністер

- ⦿ Тахикардия, суправентрикулярлы аритмия, жүрек жеткіліксіздігі, тәбеті жоғары бола тұра дене салмағының төмендеуі, бұлшықеттік әлсіздік, тремор, тершендік, қозғыштық, жылауықтық, тиреотоксикоздың көздік сиптомдары, эндокринді офтальмопатия.
- ⦿ Спецификалық емес немесе болмайды: жалпы әлсіздік, депрессия, терінің құрғауы, шаштың артық түсуі, іш қату, гипохромды анемия, перикардта сұйықтықтың жиналуы, диастолалық гипертензия, атерогенді дислипидемия, етеккір циклінің өзгеруі, бедеулік, либидоның төмендеуі.

Диагностикасы

- ТТГ төмен ал, Т4 және Т3 жоғары болуы,эндокринді офтальмопатия,ҚБ көлемінің жайылмалы ұлғаюы,ҚБ сцинтиграфиясы бойынша ^{99m}Tc сіңірілуінің жайылып күшеюі,ТТГ рецепторларына қарсы антиденелер.

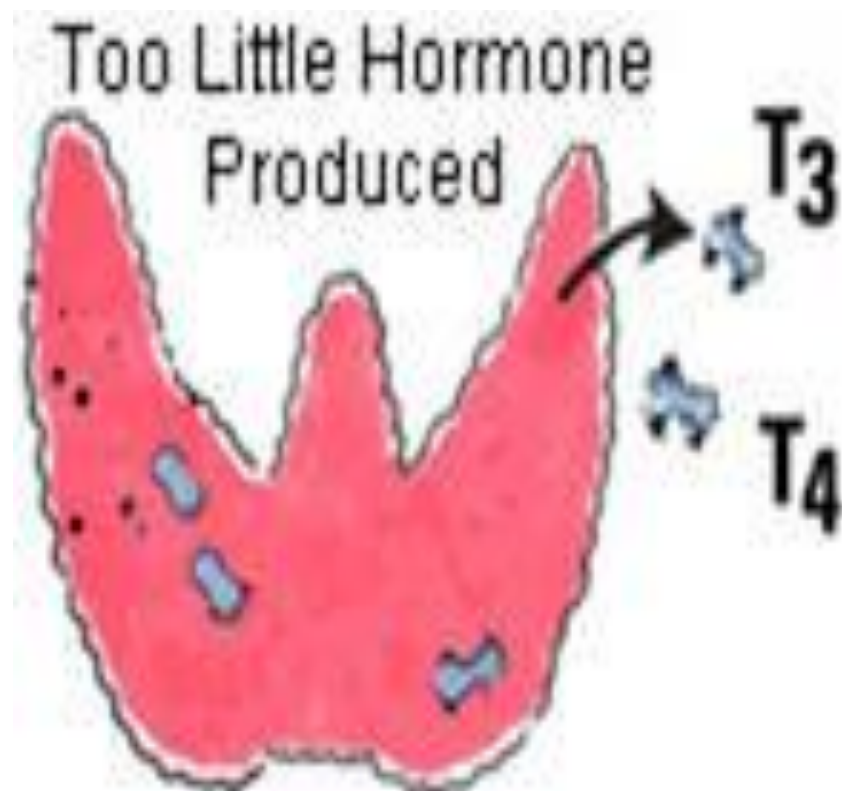
Манифесті біріншілік гипотиреоз:ТТГ жоғары, Т4 төмен.

Субклиникалық гипотиреоз: ТТГ жоғары, Т4 қалыпты деңгейде.

Екіншілік гипотиреоз:ТТГ төмен, Т4 төмен.

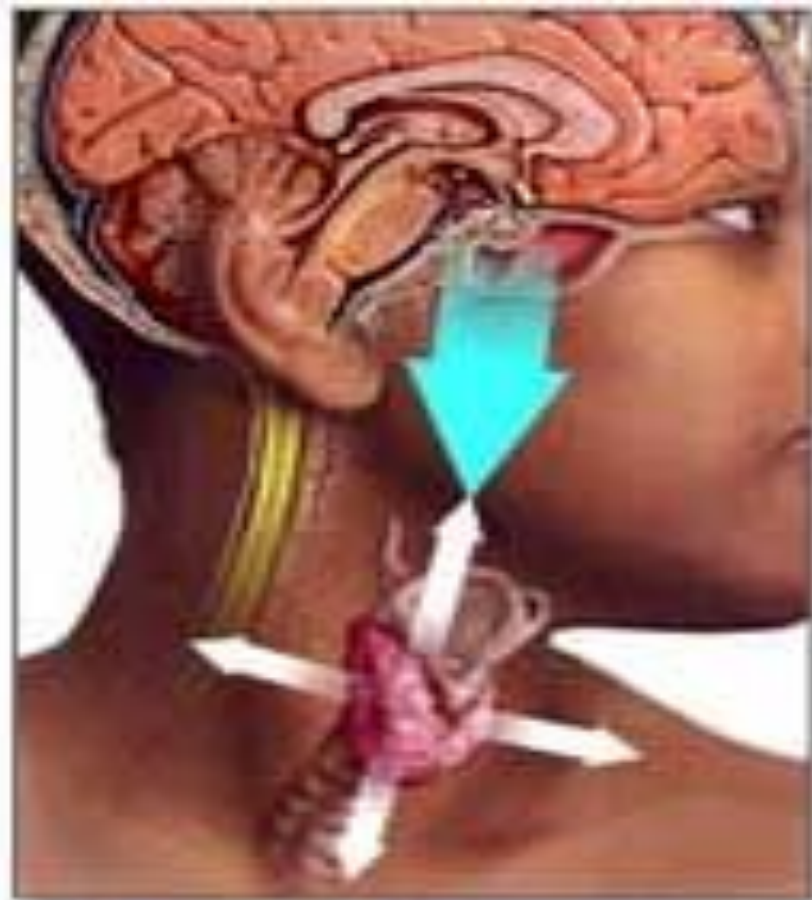
- Тиреостатикалық терапия (тиамазол, пропилтиоурацил), тиреоидэктомия(ҚБ субтотальды резекциясы), ^{131}I пен терапия.
- Левотироксин препараттарымен орынбасушы терапия, терапияның мақсаты қалыпты деңгейде ТТГ ұстау.

Қалқанша бездегі гормондардың көп және аз өндірілуі:

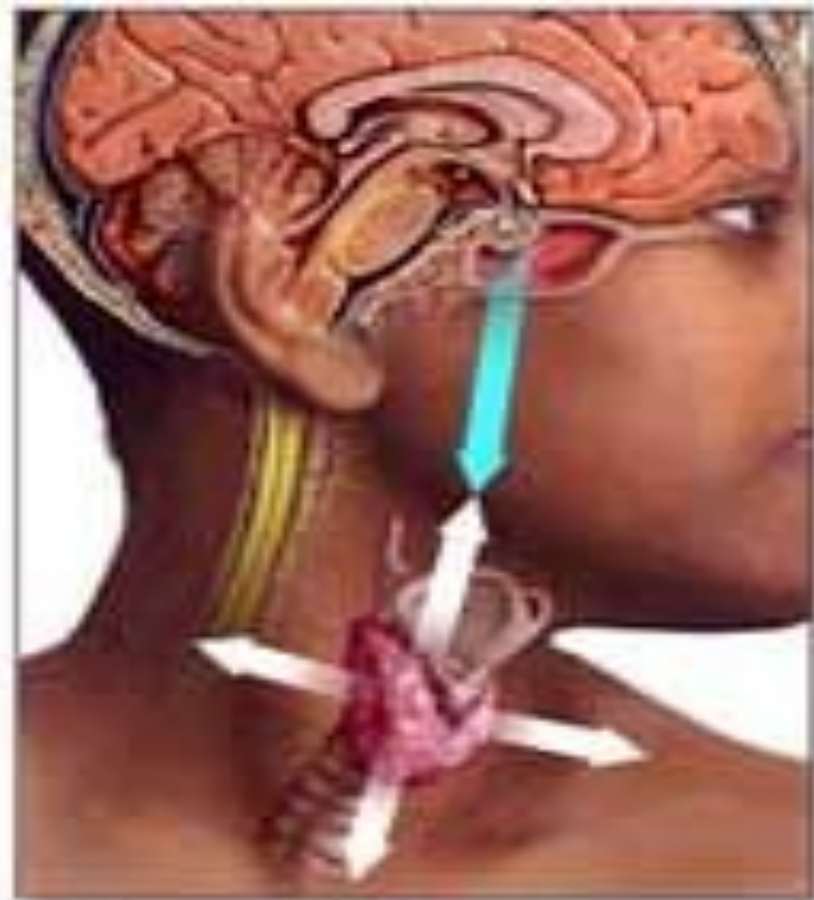


Болжамы

- ◎ Тұрақты эутиреозға қол жеткізгенде болжамы жақсы.
Тиреостатикалық терапиядан кейін сауығып кету мүмкіндігі-25-50%.
Радикалды әдістерді қолданғаннан кейін тұрақты тиреоидты гормондар дәрілерімен орынбасушы терапия
- ◎ Орынбасушы терапия көрінісінде ТТГ деңгейін тұрақты мөлшерде ұстау симптомдар мен көріністерінің толық регрессі.



Первичный гипотиреоз:
щитовидная железа не
может производить
достаточное количество
гормонов, не смотря на
нормальную функцию
гипоталамо-гипофизарной
системы



Вторичный гипотиреоз:
щитовидная железа не
может производить
достаточное количество
гормонов из-за снижения
функции
гипоталамо-гипофизарной
системы

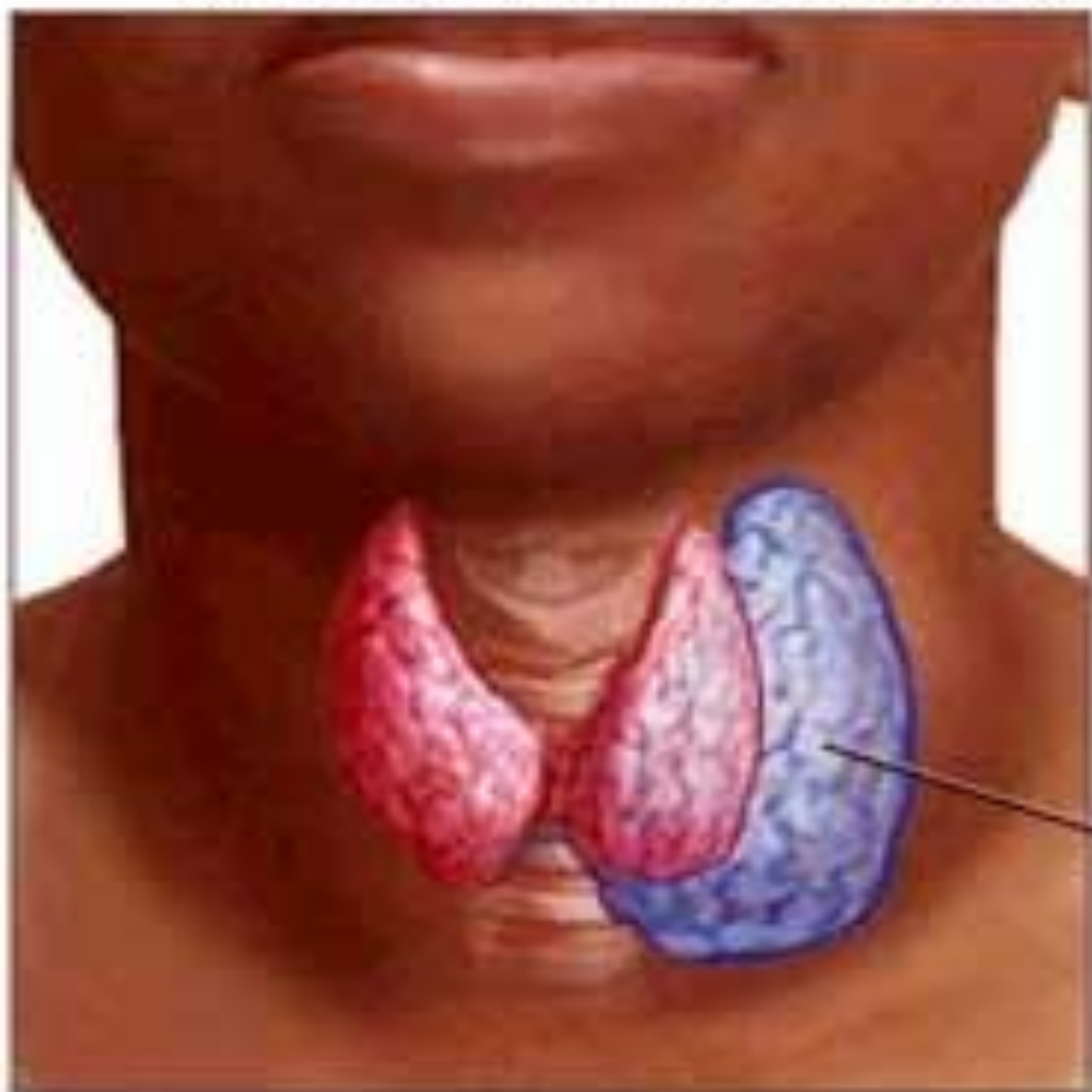


MedicalPlanet.ru
— медицина для вас

- Выражение испуга на лице
- «Гневный взгляд» при фиксации взора



Гипертиреоз, как следствие наличия
аденомы щитовидной железы



Гиперфункция
щитовидной
железы

● **Гиперкортицизм**

Кортикостероидтардың эндогенді гиперсекрециясынан немесе олардың ұзақ уақыт экзогенді қабылдаудан туындаған клиникалық синдром.

● **Гипокортицизм**

Гипоталамус-гипофиз-бүйрек үсті безі жүйесінің бір немесе бірнеше сатыларының қызметі бұзылуы нәтижесінде бүйрек үсті гормондарының жеткіліксіздігімен сипатталатын клиникалық синдром.



Этиологиясы

• **Гиперкортицизм**

- ◎ Гипофиз
кортикотропиномасы,
бүйрек үсті безі
кортикостеромасы,
эктопирленген АКТГ
синдром, сырттан
глюкокортикостероид.
ды енгізу.

• **Гипокортицизм**

- ◎ Біріншілік
гипокортицизм:
аутоиммунды
адrenalит, туберкулез,
адренолейкодистрофия.
- ◎ Екіншілік гипокортицизм:
ісіктер мен гипоталамус-
гипофизарлы аймақта
дамитын басқа
деструктивті үдерістер

Патогенезі

- Кортизолдың артық болуынан дамидын катаболикалық , контринсулярлы және минералокортикоидты әсерлер.
- ◎ Альдостерон және кортизол тапшылығы □ натрийді жоғалту □ сусыздану □ электролитті ауытқулар □ ағзаның бейімділік мүмкіндіктерінің төмендеуі.

Эпидемиологиясы

- ◎ КА жаңа жағдайлар жиілігі жылына 2жағдай 1млн.Әрбір КА ның 5жағдайына 1кортикостерома жағдайы сай келеді. КА әйел адамдарда 8-15есе жиі, 20-40жас аралығында кездеседі.
- ◎ 1-БҮБЖ жиілігі жылына 1млн ересек жастағы халық санына 40-60 жаңа жағдайлардың дамуы сәйкес келеді.

Басты клиникалық көріністер

- ◎ Кушингоидты семіздік, миопатия, тері атрофиясы, жолақтар, остеопороз, кардиомиопатиялар, артериальды гипертензия, стероидты қант диабеті, аменория, гирсутизм, гипокалиемия, гипернатриемия, гиперпигментациялар.
- ◎ Гиперпигментация, гипотония, жүдеу, жалпы әлсіздік, диспепсия, тұзды тағамға құмарлық.

Диагностикасы

- ◎ Үлкен және кіші дексаметазонды сынақтар, гипофиз МРТ сі, бүйрек үсті безі КТ.
- ◎ Кортизол, АКТГ, альдостерон, ренин, калий, натрий, АКТГ мен сынақ, инсулинді гипогликемия
- ◎ Этиологиялық диагностика: P450c21 қарсы денелер, ұзын тізбекті май қышқылдарының деңгейі, өкпе туберкулезі.

Емі

- Стероидогенез ингибиторлары, трансфеноидальды аденомэктомия, гипофиз аймағына протонотерапия, бір жақты немесе екі жақты адреналэктомия
- ◎ Кортикостероидтармен орынбасушы терапия

Болжамы

◎ Уақытылы ем жүргізілмеген кезде алғашқы 5жылда өлім көрсеткіші 30-50%.

◎ Болжамы науқас өз сырқатын түсінетін болса және ГКС шектен тыс қабылдау эпизодтары дамымағанда қолайлы. Болжамы адренолейкодистрофия кезінде нашар



Тонкие конечности

Жировые отложения

Стрии

Кровоподтеки



- **Гипергликемия**

Қан сары суында
глюкоза мөлшерінің
қалыптымен (3,3-5,5
ммоль/л)
салыстырғанда
әлдеқайда
жоғарылайтын
клиникалық синдром.

- **Гипогликемия**

Қан сары суында
глюкоза деңгейінің
төмендеуінен (2,2-2,8
ммоль/л),
симпатикалық жүйке
жүйесімен белсену
белгілерімен орталық
жүйке жүйесінің
дисфункциясымен
сипатталатын
клиникалық синдром

Этиологиясы

Гипергликемия

- ҚД-1 инсулиннің абсолютті тапшылығы (ҚД-1 манифестациясы, қосарланған инфекциялық аурулар, науқас өз инсулинін қабылдауды тоқтату).

Гипогликемия

- Инсулин және сульфонилмочевина дәрілерін шектен тыс қабылдау; жеткіліксіз мөлшерде тағам қабылдау; өзгермеген қант деңгейін төмендететін терапия барысында және қосымша көмірсуларды қабылдамай физикалық жүктеме.

Патогенезі

- ◎ Гипергликемия, сусыздану, контринсулярлы гормондардың гиперпродукциясы, глюконеогенездің және липолиздің белсенуі, кетон денелерінің өндірілуі, ацидоз, калий натрий тапшылығы. Гликемия деңгейі >15-20 ммоль/л.
- ◎ Гликемия деңгейі 2,2-2,8 ммоль/л ден төмен түсуі.

Эпидемиологиясы

- ◎ Жылына ҚД-1 сырқаттанған 1000 адамның 5-8 жағдайында.
- ◎ Қарқынды инсулинтерапиядағы бір науқасқа жылына ауыр гипогликемияның бір жағдайы тиесілі. ҚД-2- мен сырқаттанған инсулин қабылдайтын науқастардың 20% да және сульфонилмочевина дәрілерін қабылдайтын науқастардың 6% да 10 жылда бір рет ауыр гипогликемия эпизоды болады

Диагностикасы

- Гипергликемия, кетонурия, кетоз, метаболикалық ацидоз, гиперосмолярлық
- ҚД мен сырқаттанған науқастарға тән симптоматика; экспресс мәліметтері бойынша төмен гликемия деңгейі.

ГИПЕРГЛИКЕМИЯ

Симптомы гипергликемии



Частое мочеиспускание



Кожный зуд



Чувство голода



Сильная жажда



Неясность зрения



Сонливость



Тошнота

Басты клиникалық көріністер

- ◎ Полиурия, полидипсия, жүдеу, іште жайылған ауыру сезімі, лоқсу, құсу, ұйқышылдық, естен тану.
- ◎ Адренергиялық симптомдар: тахикардия, мидриаз, мазасыздық, ашушаңдық, қалтырау, суық тер т. б.
Нейрогликопениялық симптомдар астения, бастың ауруы, қорқыныш сезімі, құрысулар, кома.

ГИПОГЛИКЕМИЯ

Симптомы гипогликемии



дрожь



потливость



состояние патологического страха



головокружение



чувство голода



сердцебиение



ослабление зрения



слабость
утомляемость



головная боль



раздражительность



- ◎ Регидратация, инсулинмен терапия, гипокалиемия коррекциясы, қосымша патологияны емдеу.
- ◎ Жеңіл гипогликемия кезінде көмірсулардың ішке қабылдау(тәтті сусындар), ауыр гипогликемия кезінде: 50мл 40% глюкоза ерітіндісін көктамырға енгізу және глюкагон ерітіндісін.

Болжамы

- ДКК кезінде өлім көрсеткіші 0,5-5%; басты себебі емді кеш бастау.
- Арнайы оқытылған науқастарда сырқаттың жақсы компенсациясы көрінісіндегі жеңіл гипогликемияның болжамы оңтайлы.

Диспансерлік бақылау

Нозологиясы	Зертханалық зерттеулер	Орта буынды мед қызметкерлер қарауы	Бақылау жиілігі	ЖТД дәрігерінің қарауы	Бақылау жиілігі	Мамандар консультациясы	Бақылау жиілігі	Негізгі емдеу сауықтыру шаралары	Фертильді жастағы науқастарда жанұя құру жоспары	Диспансеризация эффективтілігі, басқа Д есепке ауыстыру көрестекіші	Бақылау ұзақтығы және Д есептен шығару көрестекіштері
Е04. Операциядан кейінгі түйінді және эутиреотидты жемсау	операциядан 3 айдан кейін-бос Т4, ТТГ көрсеткіші бойынша ЭКГ, қалқанша без УДЗ	Зертханалық және диагностикалық шараларды өтуін қадағалау Аурудың асқыну белгілері байқалған жағдайда ЖТД дәрігеріне бағыттау	Алғашқы айда – 3рет, кейіннен айына бір рет, 1 жыл, 3 жыл көлемінде жылына бір рет	Науқастың жағдайын қадағалау, жағдайы нашарлағанда госпитализация сұрақтарын шешу	ЖТД (немесе эндокринолог) - әр10күнде 1ай, кейін үш ай көлемінде айна 1 рет, кейін – үш жыл жылына 1рет.	Дәрігер эндокринолог, Хирург – көрсеткіш бойынша	ЖТД нұсқасы бойынша	Салауатты өмір салты бойынша ұсыныстар. Қауіп топтарының коррекциясы. Психопрофилактика. гипотиреоз терапиясы (левотироксин)	Жүктілік қарсы көрсеткіш емес.	Клиникалық көріністерінің жақсаруы, өршу жиілігі мен рецидивтер кайталануының төмендеуі.	Өмір бойына

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. «Эндокринология» оқулық. Авторы: И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев, 2013 жыл.
2. [Medportal.kz/article/bolezni_i_sindromy_itsenko_kushinga_.html](http://medportal.kz/article/bolezni_i_sindromy_itsenko_kushinga_.html).
3. «Эндокринология» Авторы: И.И. Дедов, М.И. Балаболкин, Е.И. Марова, 2000 год выпуска.
4. «Проблемы эндокринологий» Авторы: И.А. Бондарь, А.Р. Алина, Е.Н. Варонина. год выпуска 2007.
5. <http://happy-womens.com/rol-shitovidnoy-zhelezyi-v-organizme.html>.

Назар аударғандарыңызға
рахмет!!!