

«Астана медицина
университеті» АҚ



№1 балалар аурулары
кафедрасы

Дайындаған: Мұхамедияр М

537 ЖМ тобы.

Тексерген:Макибаева М. Г

Астана 2017

Кіріспе

Тиреотоксикоз (жаңа лат. *glandula thyreoidea* – қалқанша без және токсикоз) – қанда қалқанша безден бөлінетін гормондардың көбеюінен болатын организмнің патологиялық жағдайы.

Тиреотоксикоз өз алдына жеке ауру болып саналмайды, ол диффуздық қабынулық ауруы кезінде байқалатын белгілердің жиынтығы деп қарастырылады.

Тиреотоксикоз жаңа туған балалардан бастап, ересек адамдарға дейін кездеседі.

Жаңа туған сәбидің тироксиндік белсенділігі күшті болады, яғни физиологиялық гипертиреоз байқалады.

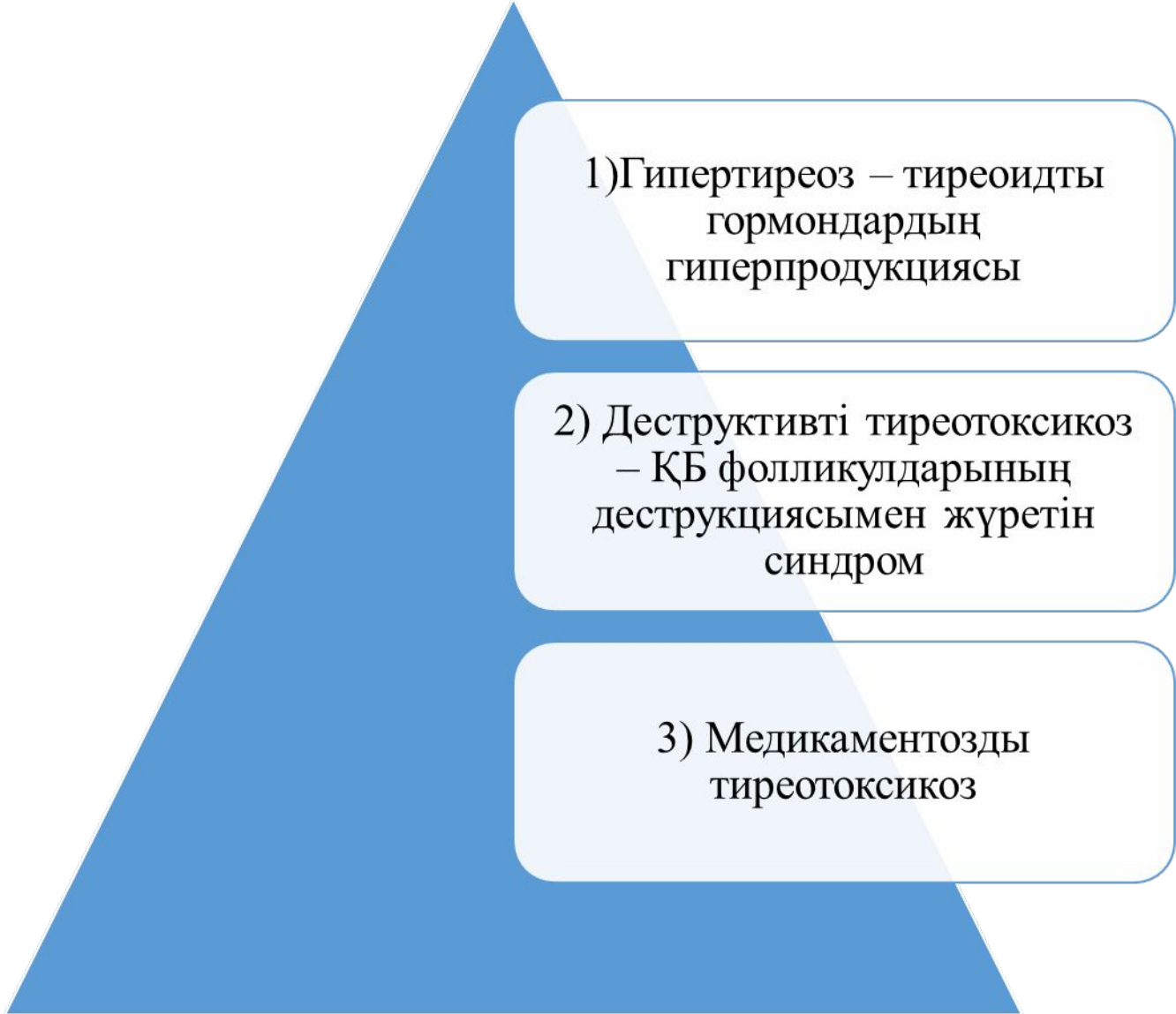
Мұндай қалып 2 аптаға дейін сақталып, содан соң біртіндеп азая бастайды да, 6 жастан соң ересек адамның қалқанша безінің белсенділігіндей болады. Бұл организмнің қажеттілігін және күшті өсуін қамтамасыз етеді. Алғашқы жылдардағы стероидтық гормондардың секрециясы жоғары болғандықтан, балалардың қалқанша безінің мөлшері де үлкен болады. Қалқанша безінің гормондарының құрамында йод бар. Мысалы, тироксиннің 65% йод.

Сондықтан организмге йод жетіспегенде бездің гипосекрециясы байқалады. Ал пайда болған ауруды *эндемиялы зоб* деп атайды (грек. *эндемос* -жергілікті).



- Қалқанша безінің кальцитонин гормоны қанның құрамындағы кальцийдің мөлшерін азайтады. Оның бұл әсері сүйектің минерал заттары — оксиапатитті сүйек ұлпасына жинауына байланысты. Соңғы кездерде кальцитонин көптеген ас қорыту бездері мен ішкі секрециялық бездердің өндіру қызметін тежейтіні анықталып отыр.
- Қалқанша безінің гиперсекрециясында
Базед немесе *тиреотоксикоз*
ауруы байқалады.
- Науқастың көзі шарасынан шыға үлкейіп, бадырақ көз болады, қалқанша безі өседі, зат алмасуы күшейіп тез жүдейді, пульсы шапшаңдайды, тез шаршайды, Ұйқысы бұзылады, бала жылауық, ашуланшақ болады.

Тиреотоксикоз түрлері:



1) Гипертиреоз – тиреоидты
гормондардың
гиперпродукциясы

2) Деструктивті тиреотоксикоз
– ҚБ фолликулдарының
деструкциясымен жүретін
синдром

3) Медикаментозды
тиреотоксикоз

Клиникалық классификациясы

1. Жоғары гормондар өнімімен жүретін қалқанша без тиреотоксикозы
 - 1.1. Грейвс Ауруы
 - 1.2. Көптүйінді токсикалық зоб, уытты аденома (ТА)
 - 1.3. йод-индуцирленген гипертиреоз
 - 1.4. аутоиммунді тиреодиттің гипертиреоидті фазасы
 - 1.5. ТТГ - негізделген гипертиреоз
2. Тиреоидты гормондардың ҚБ тыс өндірілуімен жүретін гипертиреоз
 - 2.1. Қалқынша без метастаздары
 - 2.2. Хорионэпителиома
3. Гормондар гиперпродукциясы ҚБ байланысты емес тиреотоксикоз
 - 3.1. медикаментозды тиреотоксикоз
 - 3.2. тиреоидит де Кервена жітілеу кезеңі

Тиреотоксикоз этиологиясы

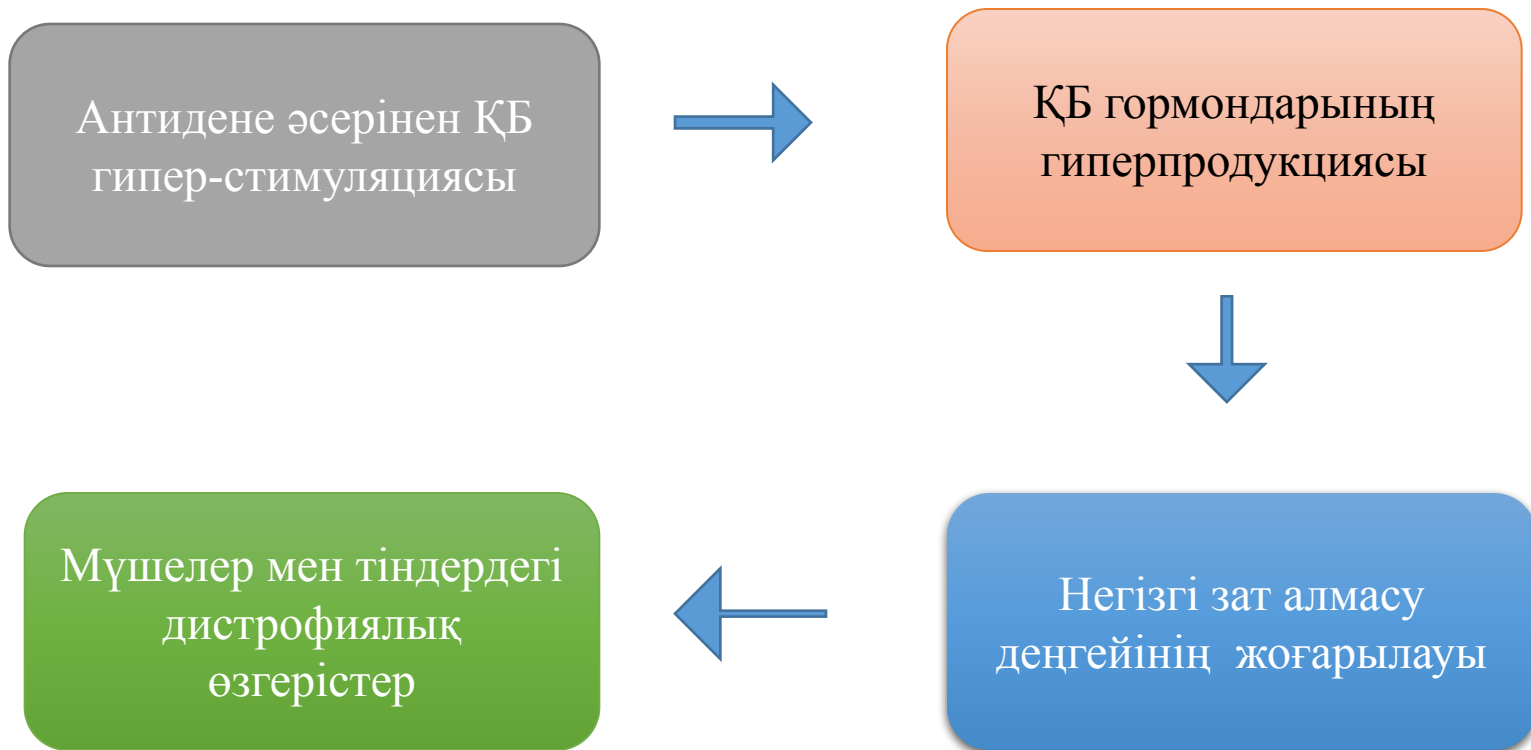
Тиреотоксикоздың негізгі себебі аутоиммундық реакция деп санауға болады.

Қалпында қалқанша безі тиреотропин гормондарының гипофизбен бөлінуіне жауапты. Аутоиммундық реакциясында арнайы қарсылыстық білдіретін денелермен байланысу арқылы тироксин және трийод тиронин синтезін бастайды.

60-80% тиреотоксикоз осындай ішкі секреция патологиясы болуымен белгіленеді. Ол, таралған уытты жемсау.

Тиреотоксикоз 60-80% жағдайда таралған уытты жемсаумен негізделеді, организмге тиреоид гормондарымен дәрімектері еңгенде пайда болады, уытты аденомада (Пламмер ауруп) аутоиммундық тиреоидит, тіндердің тиреоид гормондарына сезімталдығы жоғары болса жоғары функциясы қалқанша бездері бар әйелдерден туған жас нәрестелерде

Патогенезі



Жіктелісі

Тиреотоксикоздың **жеңіл, орташа және ауыр түрлі** ағымын белгілейді.

Жеңіл ағымы арықтауы жай білінеді, тахикардия 1 мин 100 соғудан аспайды, жүрек қысқаруы өзгермеген ішкі секреция қызметі бұзылмаған. Қанда ТТГ аз ғана мөлшерде төмендеген.

Орташа ағымы тиреотоксикозда науқас арықтап, 1 мин 100-120 соғуға дейін жететін тахикардия, жүрек ырғағы қысқа уақытқа өзгеруі, көмірсулар айналымының бұзылуы. Қанда ТТГ мөлшері айтарлықтай төмендеген, Т4 пен Т3 гормондарының концентрациясы жоғарылаған.

Ауыр түрлі тиреотоксикоз – емделмеген немесе дұрыс емделмеген тиреотоксикоз нәтижесінде туындайды. Бұл түрде жеке органдармен жүйелер функциясының бұзылуы байқалады. Асқынулар мен клиникалық көріністері айқын көрінеді: жыбыр аритмиясы, жүрек жеткіліксіздігі, салыстырмалы бүйрекүсті безінің жеткіліксіздігі, паренхиматозды мүшелердің дистрофиялық өзгерісі, психоз, дене салмағының бірден азаюы, Қанда ТТГ мөлшері айтарлықтай төмендеген, Т4 пен Т3 гормондарының концентрациясы жоғарылаған

Қалқанша безінің көлеміне байланысты жіктелісі(Николаев О.В 1955)

0 сатысы – ҚБ пальпацияланбайды

I сатысы – палпацияда мойыналды бөлігінің ұлғаюы анықталады.

II сатысы – бүйір бөліктері ұлғаяды.

III сатысы – визуальды ҚБ ұлғаюы анықталады(“жуан мойын”)

IV сатысы – ҚБ айқын ұлғаюы

V сатысы – үлкен көлемді зоб.

Основная стадия					
Заболевания	норма	диффузный эутиреоидный зоб	многоузловой (узловой) эутиреоидный зоб (без автономии)	многоузловой (узловой) эутиреоидный зоб (компенсированная автономия)	многоузловой (узловой) токсический зоб (компенсированная автономия)

● **Тиреотоксикоздың негізгі симптомдары:**

- жүрекше фибриляциясы және басқалай жүрек аритмия түрінде белгіленетін қан айналымының жетіспеушілігі қарт науқастарда орташа жүрек жетіспеушілігі болуы мүмкін;
- жоғары қозушылық және тез шаршаушылық;
- ұйқы бұзылуы;
- дене дірілі әсіресе қол саусақтары;
- терлегіштік;
- жүрек қағысының жиілігі;
- көз бадыраюы;
- тәбеті жоғары болса да салмақ жоғалту. Салмақ жылу алмасу жоғары болғандықтан түседі. Кейбір науқастар керісінше метаболизм жылдамдығына сай келмейтін. Тәбет арқылы салмақ жинайды.
- бұлшық ет әлсіздігі
- етеккір айналымы аменореяға дейін бұзылуы;
- көмірсуларға толеранттықтың қант диабетіне дейін бұзылуы;
- Таралған уытты жемсауды қабақ көтеріңкі болғандықтан көз үлкен болып көріну мүмкін. Сирек кезде бір немесе екі көздің ісуі – экзофтальм.

Диагностика

- ЖҚА
- ЖЗА
- Қандағы глюкоза
- Билирубин, АЛТ, АСТ.
- Қандағы гормонды анықтау.
- Коагулограмма
- УЗИ
- ЭКГ
- ЭХО-КГ

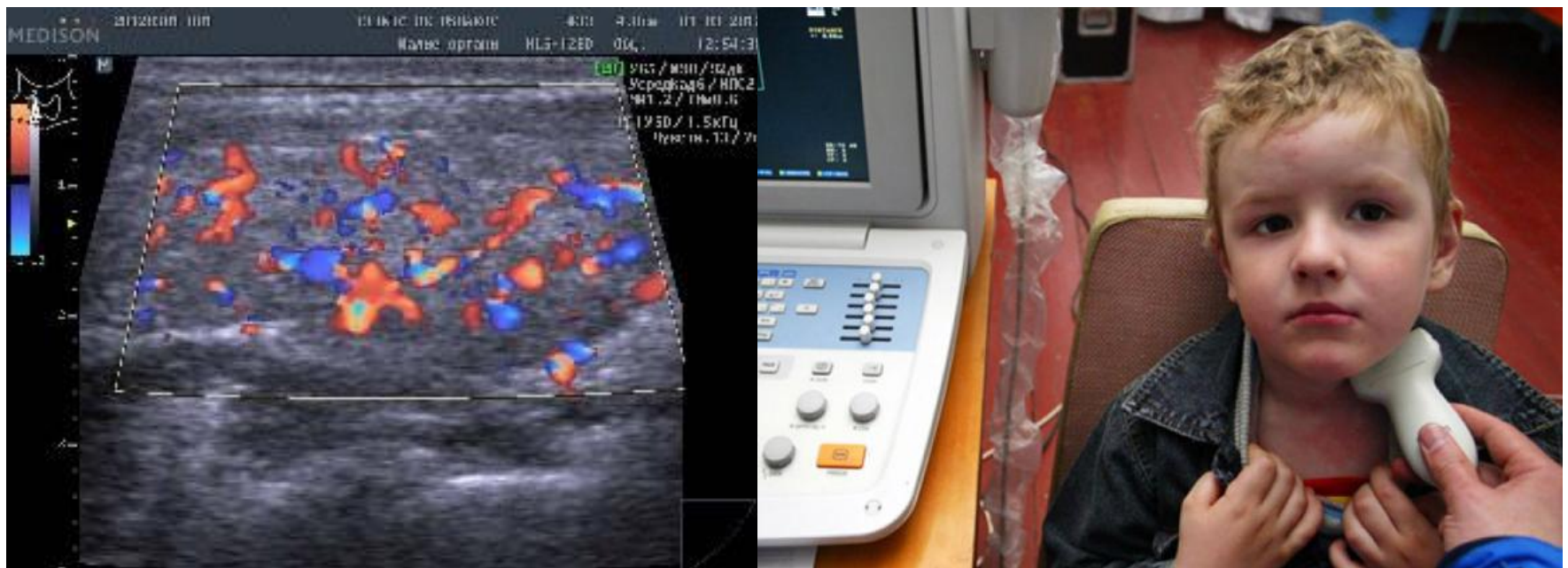


Лабораториялық зерттеу

- 1. ТТГ секрециясының төмендеуі
- 2. Т3 пен Т4 өнімдерінің жоғарылауы
- 3. ТТГ рецепторына антидене құрамының жоғарылауы
- 4. Тиреопероксидаза мен тироглобулин антиденесінің жоғарылауы

УДЗ:

Қалқанша безінің көлемінің ұлғаюы, тіндердің гиперэхогендігі, түйіндердің болуы



Емдеу

- Емдеудің бағыты симптомдардың себебі мен ауырлығына байланысты. Гипертиреоз әдетте, келесі бірнеше әдістемелердің көмегімен емделеді:
- Антитиреоидтық дәрілік препараттар
- Қалқанша бездің тінін бұзу және гормондардың артық өндірілуін тоқтату үшін радиоактивтік йод
- Қалқанша безді алып тастау үшін хирургиялық операция
- Егер қалқанша без хирургиялық жолмен алынып тасталатын болса, науқас өмір бойы қалқанша бездің препараттармен алмастыру емдеуін қабылдауы тиіс.
- Тамырдың соғуының жиілеуі, тершеңдік және мазасыздық сезімі секілді симптомдарды емдеу үшін бета-тежеу тобының препараттары тағайындалады.

- **Емдеу жоспары:**

- **1. Диета № 10.**

- **2. Медикаментозды ем**

- -Тирозол 10мг. 1таблеткадан күніне 4рет

- -Тиотриозолин 2,5%- 2мл* күніне 1 рет б/етке

- - Бисопродол 2,5 мг. таңертең.

- - Дигоксин $\frac{1}{2}$ таблетка * 2рет

- -Персен 1 таб. Күніне 3 рет

- - Милдронат 20%-5,0 көктамырға тамшылатып

- **3.Диспансерлік бақылау.**

●Қорытынды

- Тиреотоксикоз – қалқанша бездермен гормондар көп өндіруіне байланысты пайда болатын жағдай. Тиреотоксикоздың барлық түрлері арасында 90% пайызды таралған түрі, ол 2% пайыз әйелдер арасында және 0,2% еркектер арасында кездеседі. Кейде тиреотоксикоз дәрімек ретінде. Тиреоид гормондарын көп қабылдағанда пайда болады.

Тиреотоксикоз 60-80% пайыз жағдайында таралған уытты жемсаумен негізделеді, организмге тиреоид гормондары мен дәрімектері еңгенде пайда болады, уытты аденома (Пламмер ауруы), аутоиммундық тиреоидит, тіндердің тиреоид гормондарына сезімталдығы жоғары болса, жоғары қалқанша бездері функциялы бар әйелдерден туған жас нәрестелерде.