

Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті

№1 балалар аурулар кафедрасы

СӨЖ

Тиреотоксикалық криз, жедел бүйрек үсті жетіспеушілік кезіндегі шұғыл көмек көрсету.

Орындаған: Исабаева А.М

Тексерген: Ахаева А.С

Қарағанды 2015ж

# Жоспары:

- Анықтамасы.
- Этиологиясы.
- Патогенезі.
- Клиникалық белгілері.
- Емі.

# АНЫҚТАМАСЫ

Териотоксикалық криз - пациент өміріне қауіп төндіретін, диффузды токсикалық ауыр асқынуы. Емделмеген немесе дұрыс емделмеген териотоксикоз әсерінен болатын асқыныс. Нәтежесінде Т3 және Т4-тің мөлшерінің қан сарысуында жедел көтерілуі. Аурудың ауыр формасымен ауыратын науқастардың 0,5-19% жағдайда дамиды.

# Этиологиясы:

- Криз немесе териотоксикалық криз деффузды токсикалық зобқа жасалынатын операция нәтежісінде немесе оны радиоактивті йодпен емдегенде, егерде осы іс-шараларды алдын-ала науқасты эутиреодты жағдайға келтірмей істеген жағдайда дамиды.



# Әсер ететін факторлар

- \* стрестік жағдайлар.
- \* физикалық қажаяу.
- \* инфекциялық аурулар.
- \* жарақаттар.
- \* қалқанша безіне жасалынатын операциялық араласулар.
- \* тістердің экстракциясы.
- \* жүктілік және босанулар.

# Патогенезі

Териотоксикалық криздің патогенезінің негізгі звеносы - териодты гормондардың көп мөлшерде оқыстан қанға бөлінуі, бүйрекүстілік жетіспеушіліктің пайда болуының күшеюі, симпатико - адреналды және жоғарғы нерв жүйесінің бөліктерінің белсенуі.

# Клиникалық картинасы:

- \* жедел тахикардия.
- \* жиыбыр аритмиясы.
- \* жоғары дене температурасы.
- \* қозғыштық, жайсыздық немесе психоз.
- \* лоқсу, құсу.
- \* диарея.
- \* жүрек жеткіліксіздігі.
- \* АҚ жоғарлауы.
- \* бұлшық - еттер әлсіздігі.
- \* олегоурия немесе анурия.
- \* ауыр жағдайда бауыр атрофиясы немесе кома жамуы мүмкін.

**Утверждения****Ответы**

4. Вы чувствуете сильное возбуждение

Да

Нет

5. У вас появились тошнота и рвота

Да

Нет

6. Ваше артериальное давление без видимых причин резко повысилось

Да

Нет

7. У вас появились боли в животе и понос

Да

Нет

8. У вас уменьшилось количество выделяемой мочи

Да

Нет

9. Вы чувствуете сильное головокружение

Да

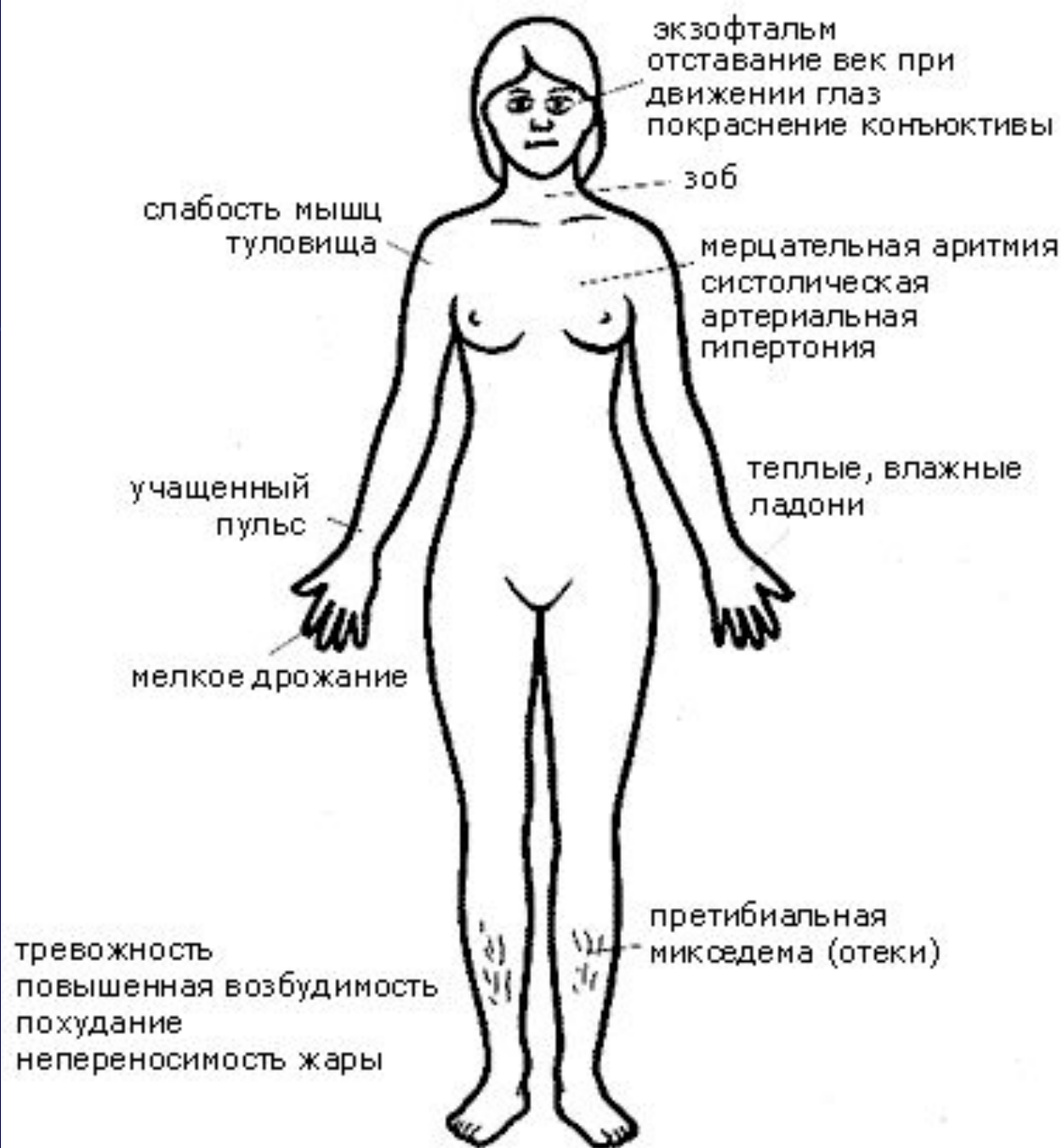
Нет

10. Ваше дыхание стало частым и поверхностным

Да

Нет





**клиническая картина тиреотоксикоза**

# Диагностикалық критерийлер

- Т3 және Т4 жоғарлауы.
- териотропты гормонның төмендеуі.
- Бүйрекүсті гормоны - кортизолдың төмендеуі.
- Қанда глюкозаның жоғарлауы.
- Қанда холестирин мөлшерінің төмендеуі.
- ЭКГ-да: тахикардия, әр - түрлі аритмиялар, жүрекшелер фибриляциясы дамуы мүмкін.



# Тиреотоксическая кома

## Лечение

- в/в капельно гидрокортизон гемисукцинат (150-400 мг/сут) 3-4 раза/сут ( для борьбы с надпочечниковой недостаточностью)
- 600-800 мг пропилтиоурацил-первоначальная доза ( затем 300-400 мг каждые 6 ч)
- 10% р-р йодида натрия (каждые 8 ч 5-10 мл р-ра)
- 10 мл 10% р-р NaCl
- Пропранолол 1-2 мл 0,1% р-р каждые 3-6ч в/в
- Фенобарбитал 0,3-0,4 г/сут

Сумин С.А. «Неотложные состояния» 2000

# Жедел бүйрек жетіспеушілігі (ЖБЖ).

- Бүйрек қызметінің жедел нашарлауымен (шумақтық фильтрация жылдамдағының жедел түсуімен), қанда бүйрек арқылы шығарылатын қосылыстардың жоғарылауымен сипатталады. ЖБЖ алғашқы белгісі – азотемия (кенет мочеви́на және креатинин денгейінің қанда жоғарылауы), екінші – олигоанурия, ол кейде болмауы да мүмкін (50-70 % науқастарда). ЖБЖ себептері үш негізгі топқа бөлінеді – преренальді, ренальді және постренальді

# ЖБЗ патогенезі

- Қалыпты ренальды перфузия айналымдағы қанның көлемі, жүрек қанайналымы және перифериялық қантамырларының резистенттілігіне байланысты. Науқастың гидратациялық дәрежесіне байланыссыз нәтижелі артериальды қан көлемі азаюының барлық жағдайлары преренальды ЖБЗ дамуына әкеледі. Бүйректің гипоперфузиясының себептері гиповолемия, жүректік жеткіліксіздік және жүйелі вазодилатация болып табылады. Гипоперфузияға жауап ретінде барорецепторлар арқылы жүйелі және бүйрекшілік өзгерістер дамиды [24]. Бүйректің гипоперфузиясына жүйелі жауап симпатикалық жүйке жүйесінің белсенуі, РААЖ белсенуі, вазопрессин белсенділігінің жоғарылауынан тұрады. Бұл процесстердің мақсаты өмірлік маңызы зор мүшелердегі қан қысымы мен қанайналымды ұстап тұру болып табылады. Осы өзгерістердің нәтижесінде вазоконстрикция туындайды, жүректік қанайналым күшейеді, жүректің жиырылуы жиілейді, шөлдеу артады, тер бөлу азаяды, натрий мен судың жиналуы жоғарылайды [14,16]. Гипоперфузияға бүйрекшілік жауап мынадай болады. Басында шумақ ішілік қысым есебінен жүйелі қан қысымының төмендеуіне қарамастан шумақтық фильтрация тұрақты болады. Шумақ ішілік қысым болса шумақалды афферентті артериолалардың дилатациясы (простагландиндер мен NO әсері) және шумақарты эфферентті артериолалардың тарылуы (ангиотензин II әсері) арасындағы тепе-теңдікпен қамтамасыз етіледі. Егер бүйрек перфузиясының жылдам қалпына келуі болмаса, бұл бүйрек паренхимасының ауыр ишемиясына және паренхиматозды преренальды ЖБЗ әкеледі.



# НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ЖБЖ СЕБЕПТЕРІ

- 1. Преренальды – (85%) бүйрекке қан келуінің бұзылысы (жедел гипоксия және гиперкапния, жарақат, гиповолемиялық, геморрагиялық, жарақаттық және токсикалық шок және т.б.), гипертермия.
- 2. Аренальды – нәрестелердегі бүйрек агенезиясы немесе 2 жақты поликистоз.
- 3. Ренальды (12%) бүйрек қантамырларының тромбозы, диссеминирленген тамырішілік синдром, бүйрекішілік обструкция (уратты нефропатия, гемо – және миоглобулинурия, кистозды және кистозсыз дисплазия, құрсақішілік инфекция, пиелонефрит).
- 4. Постренальды – (3%) туа біткен ақаулар (пиелоуретеральды сегменттің екі жақты стенозы, уретероцеле, артқы уретраның қақпақшасы, бүйректен тыс компрессия).
- 5. Рефлекторлы – әр-түрлі шеткері қоздырғыштардың әсері нәтижесінде сау бүйректің қызметінің тоқтауымен сипатталады

- Преренальді себептер көп кездеседі (50-65%). Бұл бүйректен тыс ауру. Гипотония нәтижесінде бүйрек қан айналымы нашарлап, шумақтық фильтрация жылдамдығы (ШФЖ) төмендейді. Бұларға жүрек жетіспеушілігі, гиповолемиялық жағдайлар (қан кету, сусыздану), сепсис, бауыр жетіспеушілігі, жайылған ісінулер (нефротикалық синдром, бауыр циррозы) жатады. Бүйрек перфузиясы және ШФЖ төмендейді. Преренальді ЖБЖ басында функциональді болады, сонымен қоса сау бүйрек кезінде дамуы мүмкін. Бірақ бүйректе қан айналымы бұзылыстары ұзақ уақыт бойы сақталса, тіндер ишемиясы нәтижесінде преренальді ЖБЖ-не органикалық өзгерістерге ұшырып ренальді ЖБЖ өтуі мүмкін



- Ренальды ЖБЗ бүйректің өзінің ішіндегі бұзылыстар себебінен дамиды. Ренальды ЖБЗ себептері тамырлық, шумақтық, интерстициальды немесе түтікшелік бұзылыстар болуы мүмкін, сонымен бірге жүйелі сырқаттар себебінен біріншілік немесе екіншілік болуы мүмкін. Бұл жағдайларда ЖБЗ ағымы бүйректен тыс факторларға байланысты емес (мысалы, гиповолемияның коррекциясы, обструкцияны емдеу және т.б.)

- Постренальді ЖБЖ зәр жолдарының бітелуі кезінде дамиды. Ішкі қысымның өсуіне байланысты бүйрек өзекшелері ісінеді, бүйрек қан тамырларын қысады, ол өз кезегінде бүйрек тінінің ишемиясына әкеледі. Зәр жолдарының тарылуы несеп тас ауруынан, ісік үрдістерінен, лейкозбен ауыратын науқастарда химиотерапиядан кейін қатерлі жасушалардың ыдырауынан түзілетін несеп қышқылдары кристалдарынан болуы мүмкін.

- ЖБЗ бастапқы кезеңінің клиникалық белгілері себепші болған негізгі сырқаттың симптомдарымен анықталады. Сондықтан ЖБЗ ерте диагностикасы қан плазмасындағы креатинин деңгейін және диурез сипатын жүйелі бақылау кезінде ғана мүмкін (RIFLE критерийлері). ЖБЗ әкелген сырқаттарды толық жиналған анамнез және мақсатты бағытталған тексеру көмегімен анықтауға болады. Нәрестелердегі гиповолемияға әкелген жағдайларды анықтау қажет (қан кету, іш өту, жүрек жеткіліксіздігі, жүргізілген оталар, жарақаттар, қан құюлар). Артериальды гипертония, қант диабеті немесе қатерлі ісіктер болуы (гиперкальциемия мүмкіндігі). Ер балаларда зәр ағысының нақты болмауы немесе әлсіреуі – постренальды обструкцияның белгісі. Жүкті әйелдің қандай дәрілер қабылдағанын анықтау. Ерекше көңіл бөлуді қажет ететін дәрілер ангиотензинге айналдырушы фермент, ангиотензин рецепторларын тежеушілер, стероидты емес қабынуға қарсы дәрілер, аминогликозидтер, рентгенконтрастты заттар

# Қолданылған әдебиеттер:

- 1. Хабижанов Б.Х., Хамзин С.Х. Педиатрия 1 том, 2012.
- 2. Хабижанов Б.Х. – Педиатрия, Алматы: Казыгұрт, 2005
- 3. Тусупкалиев Б. Балалар аурулары. 2012ж.
- Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник для студентов педиатрических факультетов медицинских вузов.