

Тиреотоксикалық криз және тиреотоксикалық кома.

Елемесова А.Т.

Тиреотоксикалық криз - диффузды токсикалық зобтың ауыр асқынуы болып табылады. Ол жағдайы ауыр науқастарда кездеседі. Токсикалық зобтың толық диагностика жасалмауы мен уақытылаи емделмеуі және стресстік жағдайлар, физикалық күштеме, инфекция, әр түрлі оперативтік жағдайлар, түрлі дәрілік заттар тиреотоксикалық кризге әкеліп соқтырады. Кейде спонтанды криз болуы да мүмкін.

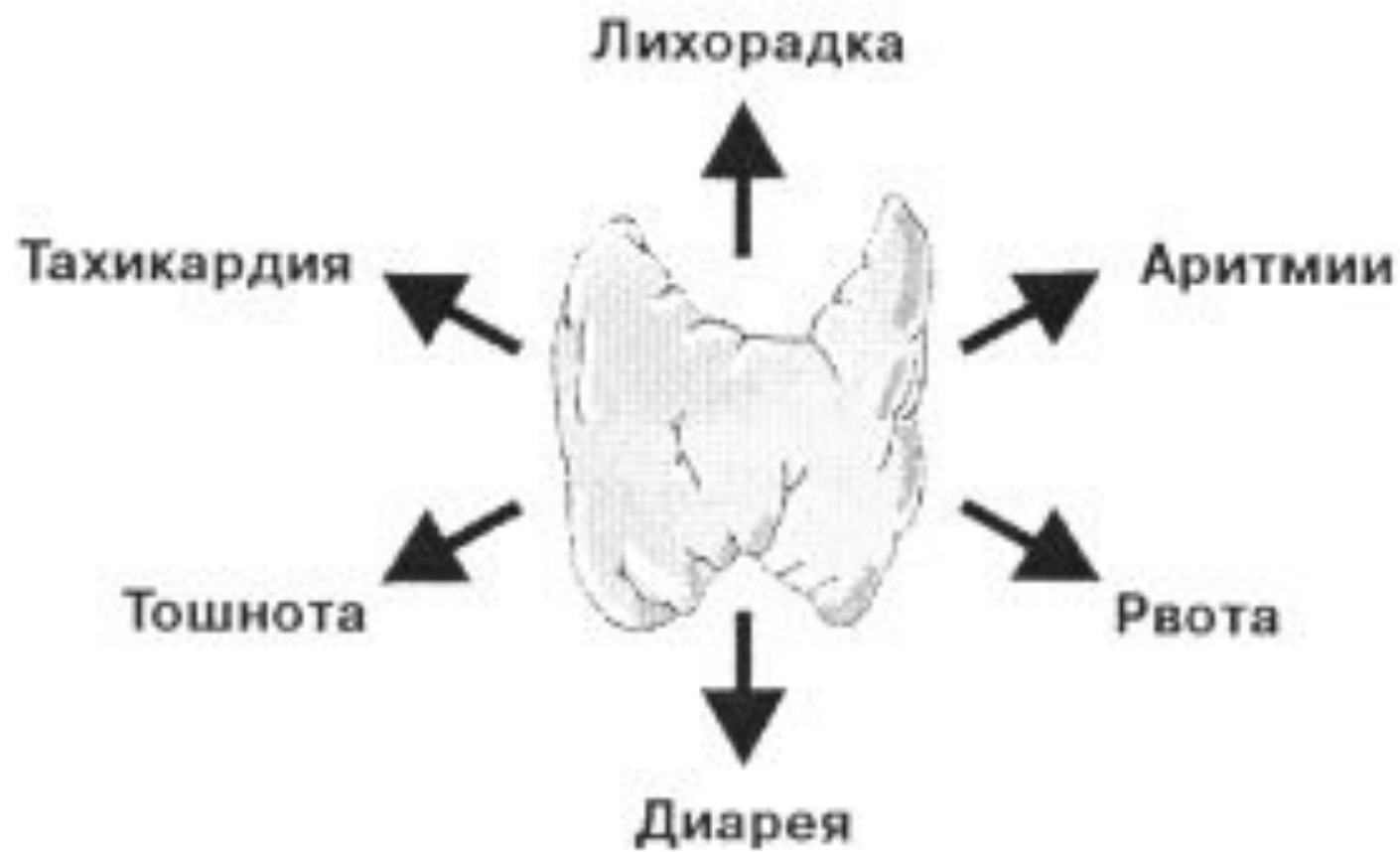
ПАТОГЕНЕЗ

Патогенезіндегі негізгі тетігі ол қанға тиреоидты гормондардың көптеп бөлінуінде жатыр. Осының салдарынан симпота-адренальды және гипоталамо - гипофизарно - бүйрек үстілік жүйенің қызметі артады. Кейін түрлі ағзалардың қызмет мен морфологиясы бұзылады. Бір жағынан катехоламиндердің артуымен, оларға деген шеткі тіндердің сезімталдығының жоғарлауы, екінші жағынан бүйрекүсті безінің гормондарының жетіспеушілігі өлімгі әкеледі.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ.

1-2 сағатта жедел түрде басталады. 2 кезеңмен жүреді. Бірінші кезең - қозу кезені, екінші - жүрек-қантамырлық жеткіліксіздік.

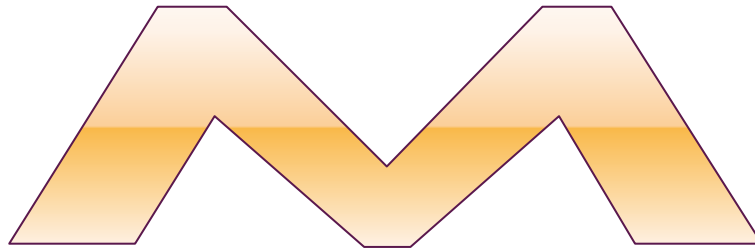
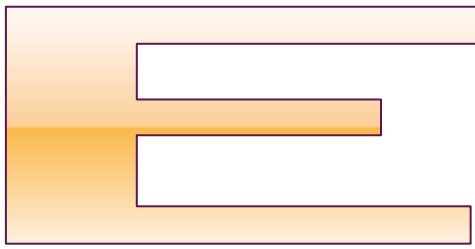
СИМПТОМДАРЫ: лоқсу, жүрек аинуы, тоқтаусыз құсу, тершендік, іш өту, қорқыныш сезімі пайда болады, адинамия. Науқастың беті маска тәріздес, көзін жаба алмайды. Кейін науқаста тұншығу пайда болады, терісі ыстық, ылғалды, тахикардия мин.200-ден жоғары. Кейін психикалық және қозғалысты қозулар пайда болады. Ол жедел психозға жалғасады, галюцинация және сандырақтау , арасында естін бұлынғырлануы пайда болады. Бұл белгілер комалық жағдаиды көрсетеді.



ДИАГНОСТИКА

Лабораториялық көрсеткіштер:

1. ЭТЖ-ның жоғарлауы.
2. Гипохромды анемия
3. Қан ұюдың баяулауы
4. Веналық қанда CO_2 ге қарағанда O_2 көбірек болады.
5. Холестериннің төмендеуі.
6. Альбуминнің төмендеуі.
7. Гипергликемия.
8. Ең маңызды диагностикалық көрсеткіш - қандағы иодпен белоктын баиланысының жоғарлауы және тиреоидты гормондардың: тироксин, трийодтирониннің жоғарлауы. ТТГ-ның кенеттен төмендеуі.



1. Қандағы тиреоидты гормондарды төмендету. Меркозолил- жоғарғы дозада 60-100 мг, кеіін 30 мг нан әр 6-8 сағат ішке. 1-2 сағаттан кеіін 10 %-10 мл 2-3 рет күніне иод ерітіндісін енгізу. Кеіін 1 % Люголь ерітіндісін тамшылату, кеіін 500 мм - 5 % глюкоза тамшылату. Екінші тәуліктен бастап сүйемелі 30 мг меркозолил береміз.

2. Бүирекүстілік жеткіліксіздікті емдеу.
Гидрокортизол гемисукцинаттәуліктік
дозасы 400-600 мг. Немесе преднизолон
240-260 мг.

3. ТЫРЫСУҒА ҚАРСЫ ТЕРАПИЯ

Пропранол 0,1 % -2-5 мг. 3-4 сағат аралықта көктамырға. Кейін пероральды 40 мг-нан 4-6 сағатта артериялық қан қысымды қадағалау.

4.ИНТОКСИКАЦИЯ, ЭЛЕКТРЛІ БҰЗЫЛЫСҚА ҚАРСЫ ТЕРАПИЯ

Гемодез 5 % -3,4 л күніне құю

5. ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІН ЕМДЕУ

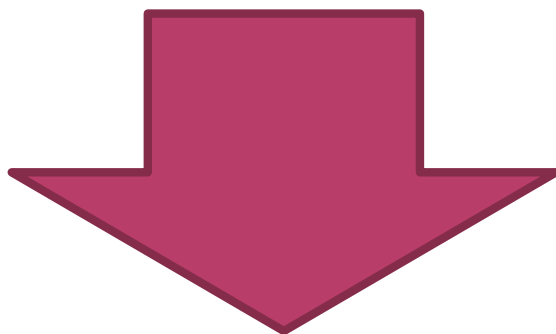
Добутамин 2-10 мкг, аритмияға қарсы 100 мг кокарбоксилаза қосамыз. Жыпылықты аритмия болған кезінде жүрек гликозидтері строфантин 0,5 мл -0,05 % ерітіндіні 20 мл глюкозаға араластырамыз. Өкпе ісіну болған кезінде 60-80 мг фуросемид, ылғалды O₂ береміз.

ТИРЕОТОКСИКАЛЫҚ КОМА.

Клиникалық көрінісі: Терісі құрғақ, тахипное, тахикардия, АГ артериялық гипотония ауысады, жүрек - тамырлық жетіспеушілік, гипертермия 40,41 С *, анурия, бауыр жетіспеушілігінің көрінісі ретінде сарғаю пайда болады. Кей кезде менингит, паротит дамуы мүмкін. Негізгі өлім себебі жүрек фибриляциясы және асисталия болып келеді.

EMI.

Тамыр ішіне 1 л натри хлор, 5 % глюкоза, 350-600 мг гидрокортизон, 180 мг преднизолон, 0,5-1 мл стофантин К, Седуксен, Меркозолил 60-80 мг тәулігәне, Жедел түрде госпитализация.



ГИПЕРТЕРМИЯҒА ҚАРСЫ ЕМ.

Температураны түсіру үшін литикалық қоспа, жергілікті салқындату: мұз басу, аспирин және салицилаттарды қолдануға болмайды. Олар қанды тиреоидты гормондар мен белоктардын байланысын бұзады, салдарынан қандағы гормонның деңгейі одан ары жоғарлайды.