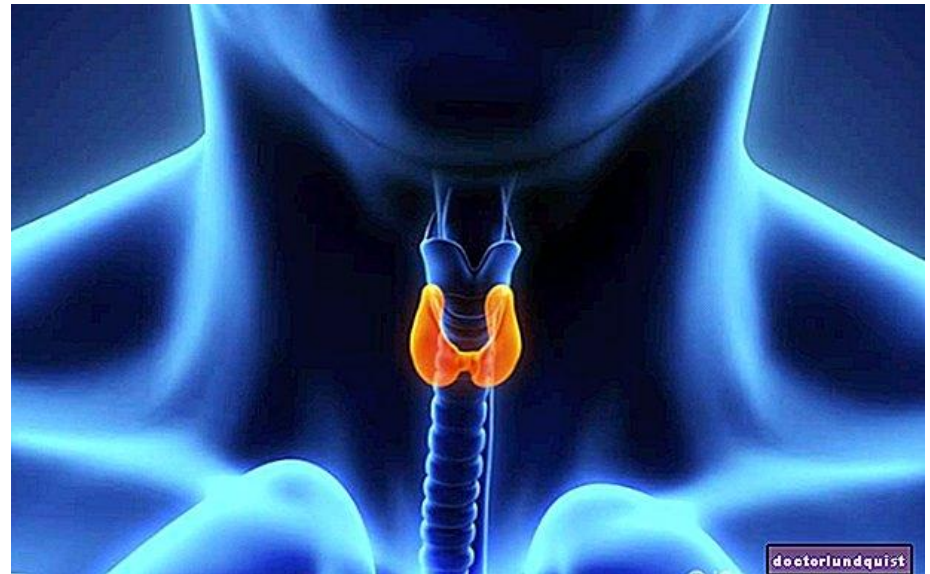


ТИРЕОТОКСИЧНИЙ КРИЗ





При тяжкій формі дифузного токсичного зоба може виникнути загрозливий для життя хворого стан – *тиреотоксичний криз*, основною причиною якого є різке зростання тиреоїдних гормонів у крові

Найчастіше це буває, коли токсичний зоб не лікують взагалі, або на тлі тиреотоксикозу бувають значні фізичні навантаження, перегрівання, травми, хірургічні втручання, пологи



Етіологія тиреотоксичного кризу

- 1. Оперативні втручання на щитоподібній залозі
- 2. Лікування великими дозами радіоактивного I_{131}
- 3. Тяжкий нелікований тиреотоксикоз
- 4. Механічні маніпуляції на щитоподібній залозі



- **5. Різка відміна тиреостатиків**
- **6. Використання деяких медикаментів (адреноміметиків, серцевих глікозидів, інсуліну)**
- **7. Масивне навантаження йодом**
- 8. Тяжкий тиреотоксикоз в поєднанні з: -

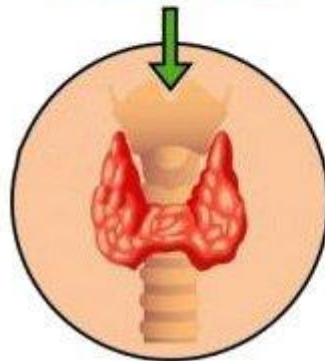


ПАТОГЕНЕЗ ТИРЕОТОКСИЧНОГО КРИЗУ ВИВЧЕНИЙ НЕДОСТАТНЬО. НАЙЧАСТІШЕ РОЗГЛЯДАЮТЬ НАСТУПНІ ЙОГО ЛАНКИ:



КЛІНІЧНА КАРТИНА

Норма

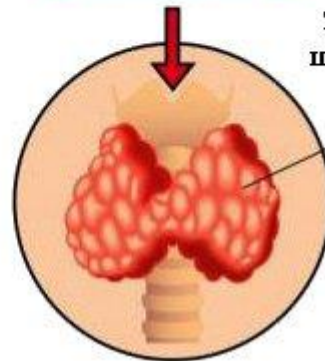


Тиреотоксикоз



Витріскуватість

Зоб



Збільшена щитоподібна залоза



Тиреотоксичний криз здебільшого розвивається впродовж кількох годин, рідше – днів. Темп його розвитку визначається станом адаптаційних можливостей організму та інтенсивністю впливу ініціюючого (стресового) чинника. В типових випадках клінічний перебіг характеризується певною стадійністю. На початку кризового стану спостерігається період збудження, спричинений різкою активацією симпато-адреналової системи. Його змінює власне шоківий період, визначальними рисами якого є прогресуюча надниркова та серцево-судинна недостатність та приєднання тиреотоксичної коми.



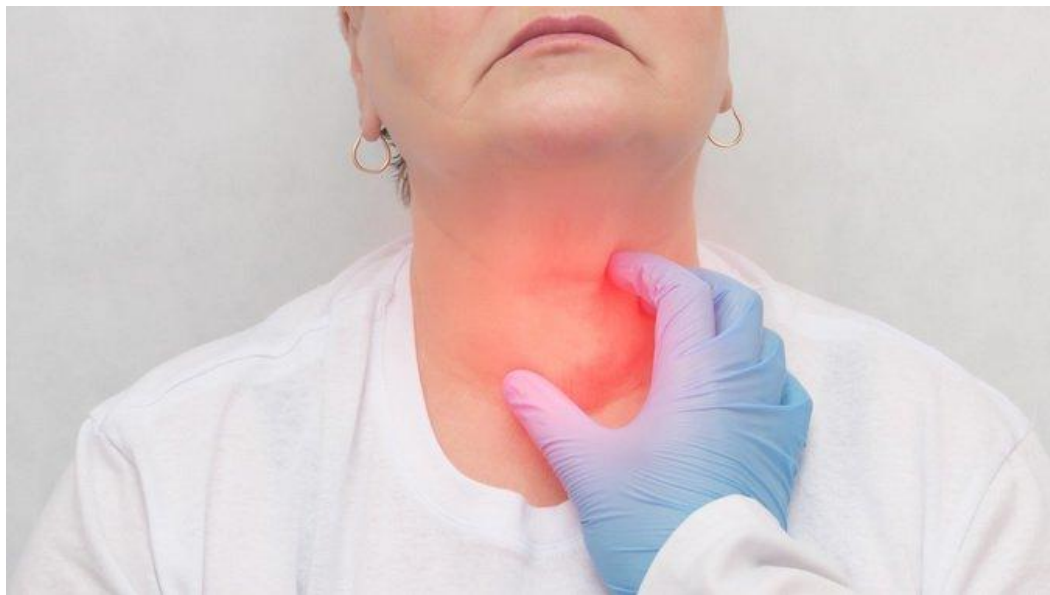
У процесі клінічного обстеження пацієнта можна виділити такі основні синдроми:

- ❖ диспептичний (нудота, блювота, діарея);
- ❖ дегідратації (сухість слизових оболонок, знижений тургор шкіри);
- ❖ гіперпродукції тепла (гаряча гіперемована шкіра, фебрильна температура тіла);
- ❖ серцево-судинної недостатності (на фоні вираженої тахікардії, слабого наповнення пульсу виникає колапс, можливий набряк легень);
- ❖ вісцеропатії (гепатодистрофія з розвитком жовтяниці, кардіоміопатія з порушенням серцевого ритму);
- ❖ ураження ЦНС (різке психомоторне збудження включно до гострого психозу, яке змінюється сонливістю, дезорієнтацією, сопором);
- ❖ неврологічних порушень (бульбарні розлади, паркінсонізм, судоми).



У зарубіжній літературі набула поширення класифікація тиреотоксичного кризу за стадіями:

- I – без ознак ураження ЦНС;
- II – приєднання порушення свідомості, дезорієнтації в просторі й часі, психотичних проявів, сомноленції, ступору;
- III – коматозний стан.



Діагноз «тиреотоксичний криз» є за своєю суттю клінічним, оскільки жоден із додаткових методів обстеження не в змозі його надійно підтвердити або заперечити.



Додаткові обстеження переважно засвідчують:

- підвищення в сироватці концентрацій тиреоїдних гормонів, особливо вільних, проте вони суттєво не відрізняються від тих, котрі спостерігають при неускладненому тиреотоксикозі. Більш того, в разі важких супутніх захворювань ці показники можуть бути нормальними і навіть зниженими («синдром нетиреоїдних захворювань»);
- помірну гіперглікемію;
- лейкоцитоз із зсувом вліво лейкоцитарної формули;
- підвищення рівнів кальцію та лужної фосфатази;
- зростання показників білірубіну та амінотрансфераз;
- підвищення рівня кортизолу (на початкових стадіях), що типово для важких стресових станів.

Крім цього, до обов'язкових обстежень зараховують:

- рентгенографію органів грудної клітки;
- моніторинг ЕКГ;
- посів крові та сечі;
- газу та рН крові.



АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ

0-1 година

- 1. Забезпечення повного фізичного та психічного спокою. Терміново мерказоліл 20-30 мг перорально або через інтраназальний зонд.*
- 2. Гідрокортизон 200-400 мг (преднізолон 3-5 мг/кг), 0,05 % розчину строфантину 0,5 мл в/в струминно, кокарбоксілаза 200 мг на 1 л 5 % розчину глюкози чи на фізіологічному розчині натрію хлориду, краплинно.*
- 3. Анаприлін перорально 80 мг або 5 мл в/в повільно.*
- 4. Резерпін 0,5 мг перорально або 1мл 0,25 % розчину (2 мл 0,1 %) рауседилу в/в повільно.*
- 5. При збудженні – дроперидол 2,5 мг, седуксен 0,5 % розчин 2-3 мл або димедрол 1 % розчин 1 мл внутрішньом'язево.*
- 6. Постійна оксигенотерапія, холодні обгортання.*
- 7. При низькому артеріальному тиску додатково ДОКСА 5 мг (0,5 % розчин 1 мл), внутрішньом'язево, кордіамін 2 мл підшкірно.*
- 8. Десенсибілізуючі: піпільфен 2,5 % 1,0-2,0 в/м, супрастин 2 % 2,0 в/м*



2-га година

- 1. Через годину після введення мерказолілу 1%-й розчин Люголя 5 мл або 10%-й NaJ – 5-10 мл на 1 л 5% глюкози в/в крап. (100-250 крап за хв). Якщо хворий ковтає – 1-% розчин Люголя 30-50 крапель на молоці*
- 2. Аскорбінова к-та 50 мл 5 % розчину на 500 мл фізіологічного розчину натрію хлориду в/в краплинно.*
- 3. Гідрокортизон 75-100 мг в/в (при низькому артеріальному тиску в/в краплинно на фізіологічному розчині натрію хлориду).*
- 4. При невпинному блюванні в/в струминно 10 мл 10 % розчину хлориду натрію.*
- 5. При гіпертемії – анальгін 50 % розчин 1-2 мл в/в.*
- 6. Реополіглюкін 400 мл або 5 % розчин глюкози 500 мл в/в краплинно.*
- 7. При неефективності: нестероїдні протизапальні засоби або контрикал 40000 ОД в 50 мл фізіологічного розчину натрію хлориду в/в краплинно.*



3-тя година

- 1. Мерказоліл 20-30 мг перорально.*
- 2. Антибіотики широкого спектру дії.*
- 3. 5 % розчин глюкози на фізіологічному розчині натрію хлориду, гемодез в/в краплинно.*

через 4 - 6 годин

- 1. Гідрокортизон 75-100 мг в/в, розчин Люголя 5 мл в/в краплинно на 500 мл 5 % розчину глюкози.*
- 2. Мерказоліл 20-30 мг перорально.*
- 3. Анаприлін 80 мг перорально або рауседил 1 мл 0,25 % розчину в/в.*
- 4. Оксигенотаренія.*

В подальшому фармакотерапія проводиться з урахуванням стану хворого.

Прогноз :

- покращення в 30 % випадків;*
- стабілізація 60 %;*
- прогресування 10 %*



**Дякую за
увагу!**

