

*ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК
ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ*

Педиатрия және балалар хирургиясы кафедрасы

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

Тақырыбы: Эндемиялық жемсау. Диффузды токсикалық жемсау.

Орындаған: Мамыр М.А.

Тобы: 405 «Б» ҚДС

Қабылдаған: Нарынбекова Н.М.

Жоспар:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

- Этиологиясы
- Патогенезі
- Клиникасы
- Емі
- Алдын алу шаралары

III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер

- **Эндемиялық зоб (жемсау)** – ең жиі таралған эндокриндік ауру.

Этиологиясы: Эндемиялық зоб (жемсау) негізгі себебі созылмалы йод жетіспеушілігінен, ұтымсыз тамақтану, судың нашар сапасы, үй ішіндегі тазалық жағдайы, инфекциялық агенттер йод жетіспеушілігін арттырып, зоб дамуына көмектеседі. Зобогендік заттарға тиоцианаттар жатады, олар өсімдік текті тағам құрамында қалқанша безге йод түсуіне кедергі жасайды.

- **Патогенезі:** Йод жетімсіздігі тиреоидтық гормондар түзілісіне қиындық келтіреді. Бұнда біріншіден, гипофиздің алдыңғы бөлігі арқылы тиреоидтық гормон (ТТГ) аса көп мөлшерде түзіледі, осыдан қалқанша безінің гиперплазиясы басталып, тиреоциттер йоды шамадан артық сіңіретін болады. Бұ жағдайда стромалық өзгерістер де дамиды, фиброз бен тиреоциттер дистрофиясы өрбейді. Уақыт барысында йод жетімсіздігіне қарамай, қалқанша бездің өсу автономды жағдайға ие болады.

Сонымен қатар эндемиялық зобта (жемсау), энергетикалық, пластикалық ресурстарын гормон түзуі емес, ағзаның үлкейтуге жасаған шығыны, дәнекер тін дамуы, дистрофиялық өзгерістер, йод жетімсіздігі анық эндемиялық зобтың дамуына алып келеді, бұл өзгеріс бездің ұлғаюымен қатар жүреді.

- **Клиникасы:** Аурулың шешуші белгісі — қалқанша бездің үлкеюі. Қалыптасқан тұжырым бойынша қалқанша бездің I-II дәрежеде ұлғаюын эндемиялық зоб, ал III-V-сі «шын зоб» деп айырады.

Эндемиялық зоб (жемсау) көпшілік жағдайа без функциясының өзгерісінсіз жүреді, яғни ол эутиреоидты. Дегенмен, мұқият тексеру кезінде тиреоидтық гормондардың қандағы ауытқуын байқауға болады.

Зобтың алғашқы кезеңіне гипофиз-қалқанша без қатынасының тұрақсыздығы тән: тиреоидтық гормондар деңгейінің өзгерісі екіжақты: өсу-кему. Без ұлғаюына байланысты бірте-бірте гипотиреозға бейімділік байқалады; бұл кезде ТТГ мөлшері артады.

Жүрек-қантамыр жүйесіндегі өзгерістер: пульс тұрақсыздығы, жүрек үндерінің көмескілігі, артериялдық қысымның ауытқуы. Эндемиялық зобта балалар психо-физикалық дамудан қалып, сәбилерде адаптация нашарлайды, жыныстық қабілет өзгерісі де болуы мүмкін.

- Емі: тиреоид препараттарын қабылдаудан басталады. L-тироксин немесе эутирокс ережесі бойынша беріледі. Ем жасауда (зобтың) түгел кішірейіп, қалыпқа келгенше жүргізіледі. онан кейін ауру йод препараттарын (йодмарин т.б) профилактикалық мөлшерде үнемі қабылдап жүруі тиіс.

Алдын алу: Ең алдымен йод кемістігін жоюға байланысты эндемиялық аймақта тұзды йодтау ұсынылады. Арнайы емс ретінде алдын алу шаралары жүйесіне ұтымды тамақтану, созылмалы инфекция ошағын жою да жатады.

- **Диффузды токсикалық зоб** – органспецификалық аутоиммунды аурулар қатарына жатады. Ол негізінен тиреоидты гармондардың жоғарылауымен көрініс береді. Науқас балалар арасында 5-8% жуығы осы аурумен ауырады. Қыз балалар ұлдарға қарағанда 6-8% рет жиі ауырады.
- **Этиологиясы толық анықталмаған:** балаларға әсер етуші факторларға инфекциялар, әсіресе мұрынжұтқыншақ (тонзилит), стресс, химиялық, токсикалық заттар. ДТЗ ауруы HLA-гаплотипіне де тәуелді. Бұл жүйенің В8 антигені табылса, ауру қаупі 2,6 артып, DR3, DRW3 антигендері болса, бұл көрсеткіш типі 5-бесеге көбейеді. Сонымен қатар генетикалық орайласқан тұқымқуалушылық фон қажет.

- **Потогенезі:**
- Этиологиялық факторлардың әсерінен қалқанша без аутоиммунды қабыну басталады
- Қалқанша бе гипертрофиясы, гиперплазиясы, лимфоидты инфильтрация
- Тиреоидты гормондардың артық өндірілуі
- Жүйке-бұлшықет қозғыштығы артады, жылу бқлу, глюкоза утилизациясы жоғарылайды, тіндерде оттегіні пайдалану, липолиз, глюконеогенез күшейеді.

- **Клиникасы:** клиникалық көріністе негізгі 3 сипмтомдар комплексі көрініс береді:
- Қалқанша без үлкеюі (зоб)
- Гипертиреоз
- Аутоиммунды аурулар
- Гипертиреоз көрінісі баяу дамиды. Бала эмоциональді тұрақсыз болады, қозғыш, тітіркенгіш болады. Мектептегі оқуы төмендейді, ұйқысы бұзылады. Бала тәбеті жоғарылаған, бірақ әрдайым арықтап, жүдей түседі. Балалар жиі бұлшықет әлсіздігіне шағымданады. Терісі ыстық, ылғалды, бархат тәрізді күйде болады. Терлегіш келеді. Клиникасы күрт басталып, кеселдің барлық белгілерінің күшнюі, ашушуңық, мазасыздық, дене қызуының жоғарылауы, лоқсу, құсу, үдемелі жүрек-қантамыр жетіспеушілігі коллапс дамуымен ерекшеленеді. Психикалық қозу сана тежелуіне алмасып, соңында комаға ауысуы мүмкін.

- **Диагностикасы:** Диагностика үшін қан құрамындағы қалқанша безі гормондарының деңгейін тексеру қажет. Келесідей көріністердің болуы, диффузды токсикалық зобқа көрсеткіш+
- Т3 3 нмоль/мл жоғары
- Т4 200 нмоль/мл жоғары
- ТТГ 0,1 мкЕД/мл төмен

- Емі: ең алдымен қалқанша без функциясын тежеуге байланысты болып, тиреостатиктер қолдануды қажет етеді. Ең жиі қолданылатын — мерказолил. Емдік мөлшерін күніне 20-40мг-нан бастайды. Ем нәтижесі білінісімен дәрінің мөлшерін азайтады (аптасына 5мг-ға) да, оны сүйемелдеу деңгейіне түсіреді (тәулігіне 5-15мг) осы мөлшерді үзбей ұзақ уақытқа (байдан 2жылға дейін) тағайындайды. Тек осыдан кейін ғана дәріні беруді доғаруға болады.

- Дәрілердің тобына жатаындар: пропилтиоурацил, тиамезол, метимазол. ДТЗ-ның жеңіл ағымы кезінде иод дәрілерін қолдануға болады. Iodi puri 0,01, kalii iodati 0,1, extr.valeriane 2,0, massae pilularum q.s. 7 жасқа дейінгілерге күніне 2 рет, мектеп жасындағыларға -3-4 пилюля.
- Егер тиреостатикалық ем бойынша қалқанша бездер көлемі кішіреймесе, қол жеткен компенсацияда тиреоидтық дәрілер беріледі: тиреоидин, тироксин (1рет таңертең, 50-100мг мөлшерінде). Дәрілерден әсері білінбей, бездегі түйіндер тарқамай, бездің көлемі үлкейіп, асқынулар көрінгенде операция жасалған жөн.

