С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ

ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Выполнила:Омарбек Г.Ж.
Факультет:ОМ
Группа:005-1

РОЛЬ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Влияют на все виды обмена веществ, усиливая процессы метаболизма
- Необходимы для нормальных роста и дифференциации тканей плода
- Влияют на половые железы, повышая лютеинизирующую и понижая фолликулостимулирующую функции гипофиза

РОЛЬ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Увеличивают чувствительность яичников к ГТГ
- Увеличивают чувствительность эндометрия к эстрогенам
- В пубертатном периоде способствуют установлению в женском организме нормального двухфазного цикла

ГОРМОНЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Трииодтиронин Т3, тироксин Т4
- Т3 в 3-5 раз активнее Т4
- Т4 синтезируется в 10-20 раз больше Т3
- Гормоны находятся в связанном состоянии с белком тиреоглобулином
- В свободном виде содержится Т3 0,15-0,3% Т4 0,03-0,05%, которые и обеспечивают метаболическую и биологическую активность гормонов
- Регулирует функцию щитовидной железы ТТГ

ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Уже с первых недель высокий уровень эстрогенов обуславливает увеличение концентрации тироксинсвязывающих глобулинов
- В течение первой половины беременности возрастает содержание в крови связанных форм тиреоидных гормонов и достигает плато к 20 неделе, но свободных, активных фракций гормонов не становится больше. Такой уровень сохраняется до конца беременности «гипертиреоз без тиреотоксикоза»
- Отсутствие повышенного уровня общего тироксина и тироксинсвязывающих глобулинов является прогностическим признаком прерывания беременности

ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Уровень ТТГ гипофиза в сыворотке практически не меняется
- Его повышение свидетельствует о гипотиреозе, а понижение – о гипертиреозе, нормальный уровень исключает эти два состояния
- Т3 и Т4 проникают через плаценту в обоих направлениях
- ТТГ через плаценту не проникает

ФАКТОРЫ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ ФУНКЦИЮ ЖЕЛЕЗЫ

- Увеличение степени связывания тиреоидных гормонов с белками плазмы
- Повышение уровня ХГЧ
- Недостаточное снабжение щитовидной железы йодом, в связи с повышенной экскрецией йода с мочой

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Зоб (увеличение железы)
- Гипертиреоз (гиперфункция)
- Гипотиреоз (гипофункция)
- Тиреоидит (воспаление железы)
- Злокачественные новообразования

ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ (БАЗЕДОВА БОЛЕЗНЬ, Б-НЬ ГРЕЙВСА)

- В I триместре ХГ действует как аналог ТТГ→Небольшое повышение уровня свободных Т3 и Т4→снижение ТТГ→клиника тиреотоксикоза, синдром гестационного транзиторного тиреотоксикоза (ГТТ), сопровождается неукротимой рвотой→разрешается ко II триместру→→

КЛИНИКА

- 4 основных симптома:

1. Зоб
2. Тремор
3. Экзофтальм
4. Тахикардия (мерцательная аритмия)

КЛИНИКА

- Напоминает проявления самой беременности, но более тяжелые: одышка, связанная с легким алкалозом, ОЦК и ЧСС возрастают, утомляемость, слабость, нарушение сна, эмоциональная лабильность, потливость, но при этом сухость кожи, характерны теплые влажные ладони, субфебрилитет

СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

1. Легкая степень. Повышенная нервная возбудимость, потливость, такикардия до 100 уд/мин, похудание на 3-5 кг (15% массы), глазные симптомы отсутствуют, трудоспособность сохранена
2. Средняя степень. Тахикардия до 120 уд/мин, похудание на 8-10 кг (20%), слабость, гипергидроз, выраженный тремор, повышение САД и снижение ДАД, снижение трудоспособности
3. Тяжелая степень. Тахикардия до 140 уд/мин, мерцательная аритмия, похудание выше 50% (кахексия), изменения печени, снижение функции надпочечников, нетрудоспособны

ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ

- После психического стресса, операции, травмы, инфекции, родов
- Возбуждение, дезориентация, гипертермия, АГ, желтуха, аритмии, влажность кожи, остро возникший экзофтальм, сердечная недостаточность

ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При легкой форме болезни состояние со второй половины беременности обычно улучшается, зоб становится эутиреоидным (повышается гормонсвязывающая способность крови)
- При средней форме у большинства с 28-30 нед. Развиваются явления сердечной недостаточности

ДИАГНОСТИКА

- ↑ уровня свободных Т3 и Т4 при ↓ТТГ
- ↑ содержание белковосвязанного йода (N 394-709 нмоль/л)
- Повышение уровня основного обмена более 25%
- АТ к тиреоглобулину
- УЗИ

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Невынашивание
- Прерывание на ранних сроках
- Ранний
- Токсикоз беременных
- Гестоз (преобладает АГ)
- Нарушения в системе гемостаза – возможные кровотечения в послеродовом периоде

ЛЕЧЕНИЕ

- Тиреостатическое медикаментозное (мерказолил)
- Хирургическое
- Радиоактивным I-131 (не приемлем для беременных)