تقييم الدلالات الحيوية الجديدة كمؤشر للتخثر في المرضى الذين يعانون ـ من خلل الغدة الدرقية

رسالة توطئة للحصول على درجة الدكتوراة فى الباطنة العامة

مقدمة من:

طبيبة /امل رمضان عويس عبد المقصود

ماجستير الباطنة العامة

تحت اشراف

الاستاذ الدكتور/ محمد عبدالهادي مشاحيت

استاذ الباطنة العامة

كلية الطب- جامعة الفيوم

الاستاذ الدكتورة/ شهيرة مرسي الشافعي

استاذ البايولوجيا الاكلينيكية

كلية الطب- جامعة الفيوم

الدكتور/ رجب عدلي علي

مدرس الباطنة العامة

كلية الطب- جامعة الفيوم

جامعة الفيوم

2022

الملخص العربي

الغده الرقيه تعتبر اكبر الغدد ف جسم الانسان حيث يبلغ حجمها ف الانسان البالغ 20جرام وتصل الي هذا الحجم عند بلوغ الانسان سن 15، حجم الفص الايمن من الغدة غالبا يكون اكبر من الايسر

يتطلب التكوين الطبيعي لهرمون الغدة الدرقية مستويات طبيعية من TSH وإمدادات كافية ولكن ليس مفرطة من اليود. كمية اليود الأمثل هي 150 إلى 300 ميكرون / يوم. في بعض المناطق الجبلية من العالم ، يمكن أن تصل إمدادات اليود اليومية إلى 20 إلى 30 ميكرون

معظم تأثيرات هرمون الغدة الدرقية تتم عن طريق ارتباط T3 ببروتينات مستقبلات هرمون الغدة الدرقية ف النواه . يمتلك T3انجذابا أعلى بمقدار 10 أضعاف لهذا المستقبل من T4 ، وهو ما يمثل النشاط البيولوجي العالي لـ T3 الذي يؤثر على كل خلية في الجسم من خلال تعديلات استهلاك الأكسجين ، ومعدل النمو ، والنضج ، وتمايز الخلايا ، وتحول الفيتامينات ، والهرمونات ، والبروتينات ، الدهون والكربوهيدرات

الدم سائل يدور تحت الضغط عبر الأوعية الدموية. الإرقاء هو الآلية التي تؤدي إلى وقف النزيف من الأوعية الدموية. تحافظ البطانة في الأوعية الدموية على سطح مضاد للتخثر يعمل على الحفاظ على الدم في حالته السائلة

يمكّن الإرقاء الكائن الحي من 1) إغلاق الأوعية الدموية التالفة ، 2) إبقاء الدم في حالة سائلة ، و 3) إزالة جلطات الدم بعد استعادة سلامة الأوعية الدموية. هناك نوعان من المكونات الرئيسية للإرقاء. يحدث الإرقاء الأولي نتيجة التفاعلات المعقدة بين جدار الأوعية الدموية والصفائح الدموية والبروتينات اللاصقة ، ويشير إلى تراكم الصفائح الدموية وتكوين سدادة الصفائح الدموية

العلاقة السريرية بين اضطرابات الغدة الدرقية ونظام الإرقاء قد تم التعريف عنها لأول مرة في بداية القرن الماضي. تم رصد العديد من التشوهات المكتسبة في نظام التخثر والفيبرين في المرضى الذين يعانون من اختلال وظيفي في الغدة الدرقية. قد تتراوح هذه التشوهات من تغييرات بسيطه لا توثر ع المريض اكلينيكيا إلى اضطرابات الإرقاء المهمة سريريًا

الهدف من دراستنا هو تقييم المؤشرات الحيوية الجديدة كمؤشر للتخثر في المرضى الذين يعانون من اختلال وظيفي في الغدة الدرقية

دراستنا عبارة عن دراسة حالة وشواهد تشمل التالي :

1. المجموعة (أ): عشرين مريضًا يعانون من زيادة وظائف الغدة الدرقية (مجموعة فرط نشاط الغدة الدرقية).

2. المجموعة ب: عشرون مريضا يعانون من قصور في وظائف الغدة الدرقية (مجموعة قصور الغدة الدرقية).

3. المجموعة ج: عشرون شخصًا لديهم وظائف درقية طبيعية (المجموعة الضابطة)

أظهرت دراستنا أنه لا يوجد فرق كبير بين مجموعات الدراسة فيما يتعلق بمكونات CBC ومستوى PT-INR و PTT و D-dimer

كما أظهر أنp-selectin ف مرضي فرط نشاط الغدة الدرقية أكثر من مجموعة قصور الغدة الدرقية. كما ان هناك عامل تنبؤ مهم لمستوى تعداد PTT و PLT فيما يتعلق بمستوى p-selectin

يمكننا أن نستنتج أنه لا يوجد فرق كبير بين مجموعات الدراسة فيما يتعلق بمكونات CBC ومستوى PT-INR و PTT و D-dimer. أيضا مستوي p-selectin في مرضي فرط نشاط الغدة الدرقية أكثر من مجموعة قصور الغدة الدرقية