

Тиреоидиты



Тиреоидит

- термин ,объединяющий гетерогенную группу воспалительных заболеваний ЩЖ

Наиболее часто встречаются различные варианты аутоиммунного тиреоидита

Классификация

1. Острый

- гнойный
- негнойный

2. Подострый(вирусный, де Кервена)

3. Хронический

- аутоиммунный
- инвазивный фиброзный (Риделя)
- безболезной, послеродовой, цитокин-индуцированный

Острый гнойный тиреоидит

Этиология

- стафилококк
- пневмококк
- стрептококк
- кишечная палочка

(вследствие бакт.инфекции или у ослабленных больных гематогенное или лимфогенное обсеменение)

Клиническая картина

- **sd интоксикационно-воспалительный** (температура фебрильная выше 38.5 С, общая слабость, лабораторно лейкоцитоз нейтрофильный со сдвигом влево, увеличение СОЭ, увеличение регионарных лимфатических узлов)
- **sd болевой** (боли в области шеи, затруднение глотания, боли поднимаются вверх до уха, гиперемия кожи над щитовидной железой с участком флюктуации)
 - щитовидная железа увеличена, кожа над ней гиперемирована, болезненна, увеличены лимфатические узлы.





Критерии диагноза :

- болевой синдром с локальными признаками воспаления и абсцедирования
- лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, увеличение СОЭ
- гипоэхогенный узел по УЗИ, "холодный" при сцинтиграфии участок воспаления (не обязательный критерий)
- при наличии флюктуации (гнойное отделяемое при пробной пункции очага)

Лечение

антибактериальная терапия (пенициллины,
макролиды, циклоспорины)
при абсцедировании (дренирование)



Острый негнойный тиреоидит

- исключительно редко
- по типу асептического воспаления вследствие травм или кровоизлияния в ЩЖ
- клиническая картина неспецифична
(признаки ОРВИ, неприятные ощущения в области шеи)

Лечение

- анальгетики
- НПВП

Подострый тиреоидит

- воспалительное заболевание ЩЖ вирусной этиологии
- гранулематозный тиреоидит
- де Кервена
- вирусный
- гигантоклеточный

Классификация

Стадии :

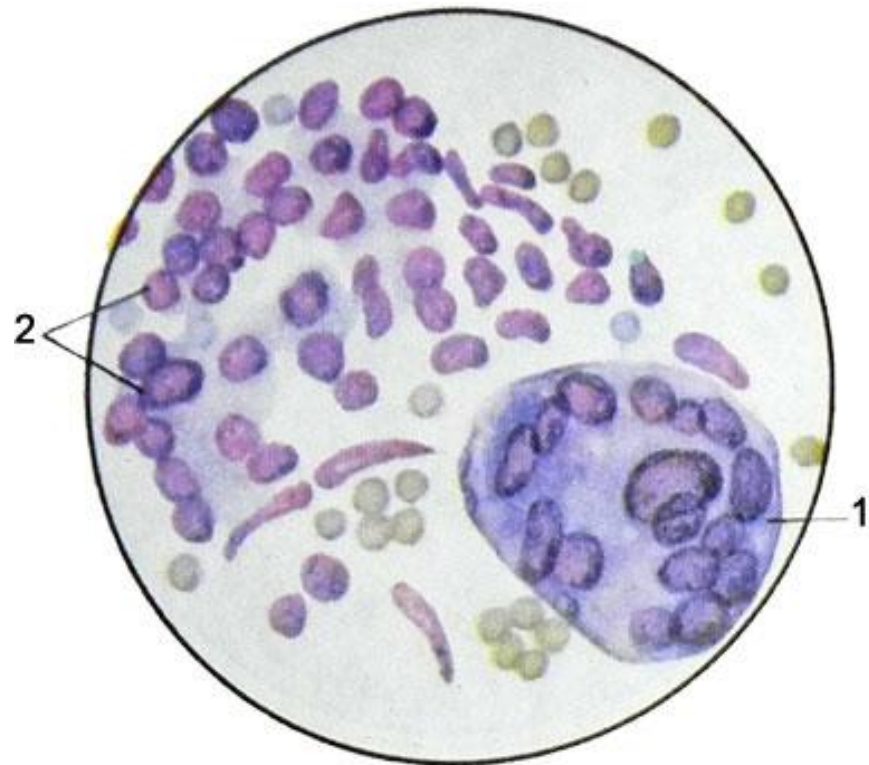
1. Тиреотоксическая (4-10 недель)
2. Эутиреоидная (1 -3 недели)
3. Гипотиреоидная (2-6 месяцев)
4. Выздоровление

Этиология

- возраст 30-60 лет, женщины в 5 раз чаще
- сезонное (осень и зима) увеличение заболеваемости
- вирус Коксаки, аденовирус, вирус гриппа, ЕСНО-вирусы и др.
- генетическая предрасположенность (HLA-BW35)

Патогенез

внедрение вируса в тироцит => разрушение клетки =>
тиреотоксикоз без гиперфункции ЩЖ



Цитологическая картина подострого тиреоидита
1 - гигантская многоядерная клетка; 2 - кубические
фолликулярные клетки

Клиническая картина

-через 5-6 недель

-симптомы тиреотоксикоза(потливость, похудание, раздражительность, тахикардия и др.)

-боль на одной стороне шеи с иррадиацией в ухо или нижнюю челюсть с той же стороны

-субфебрилитет

Диагностика

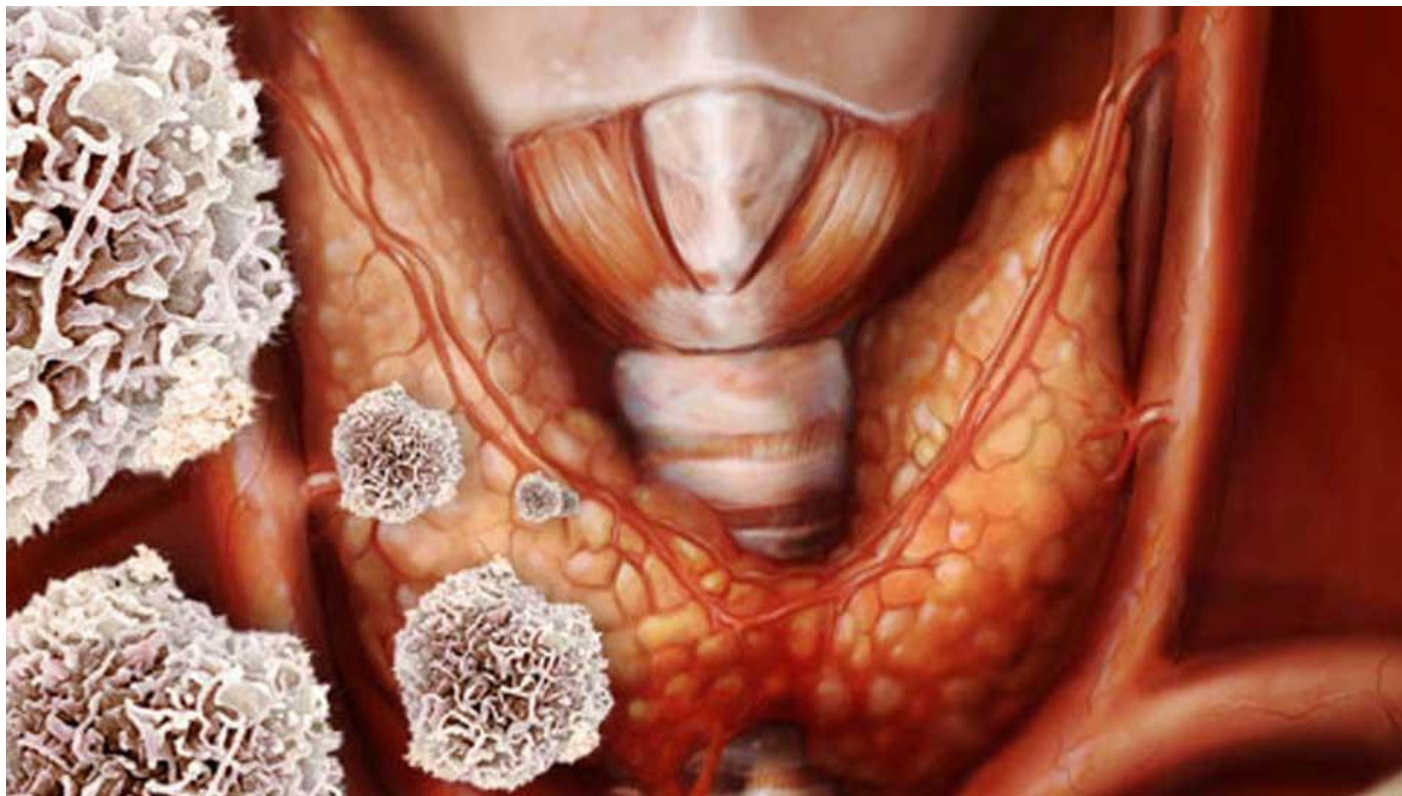
- Клиническая картина
 - Лабораторно (тиреотоксикоз не всегда, высокая СОЭ, часто лимфоцитоз)
 - Инструментально(снижение или отсутствие захвата радиофармпрепарата, по УЗИ-нечетко ограниченные гипоэхогенные участки)
- Тест Крайля (через 12-48 часов после назначения 30 г преднизолона купирование болевого синдрома, улучшение самочувствия)

Лечение

- госпитализация при выраженном болевом синдроме и тиреотоксикозе
- при легких формах НПВП в максимальных дозах (кроме ацетилсалициловой кислоты)
- ГКС : 30-40 мг преднизолона от 1-3 недель с уменьшение дозы на 5 мг в неделю(всего 2-3 месяца)
- В-адреноблокаторы (пропранолол 20-40 мг 3-4 раза в сутки)
- при развитии гипотиреоза заместительная терапия левотироксином

Послеродовой, безболевогой и цитокин-индуцированный тиреоидит

- варианты аутоиммунных тиреоидитов

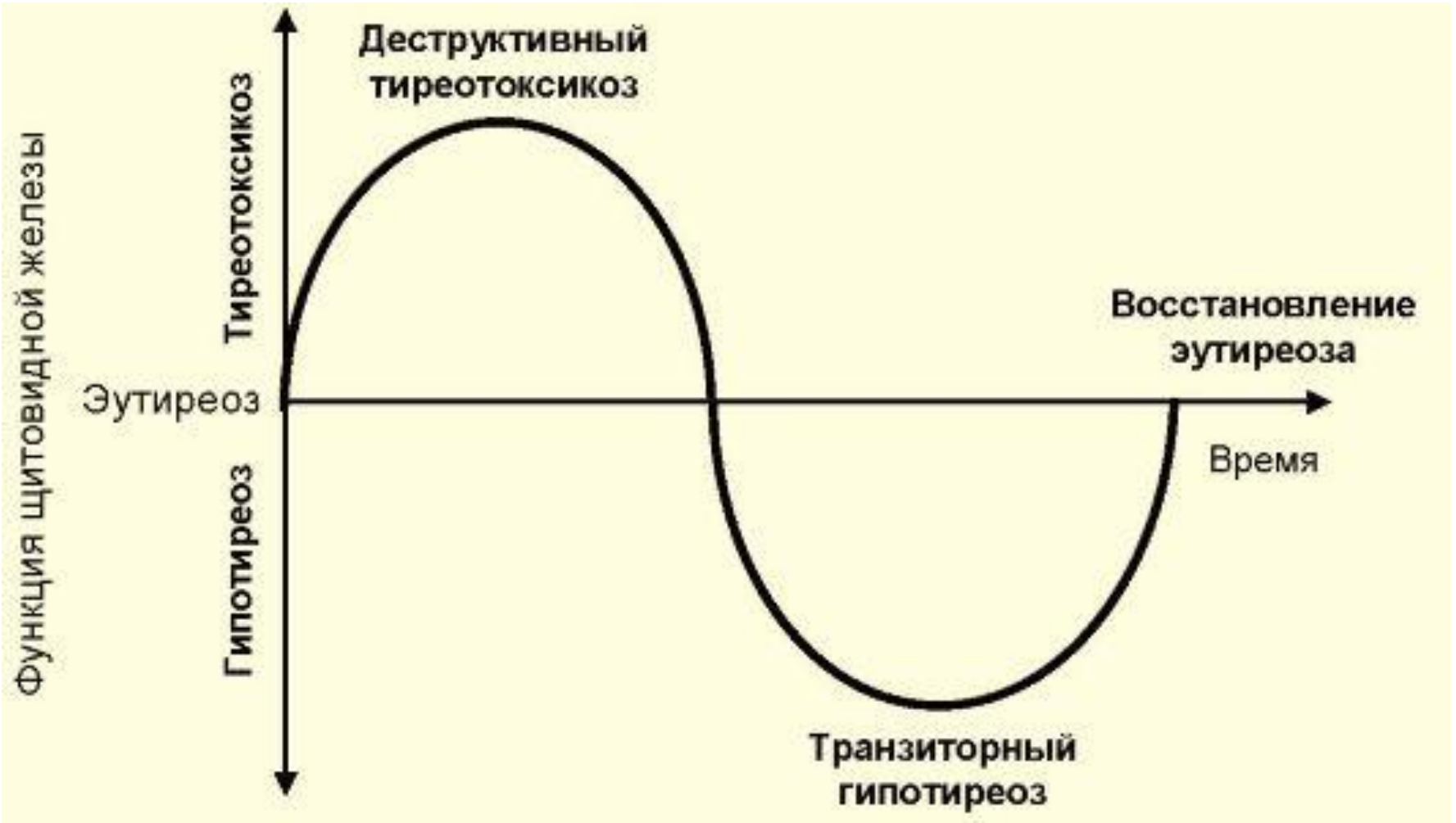


Этиология

-избыточная реактивация иммунной системы после естественной гестационной иммуносупрессии (феномен рикошета), которая у предрасположенных лиц (носительницы АТТПО) приводит к деструктивному АИТ

- назначение пациенту по поводу различных заболеваний (гепатит С, заболевания крови) препаратов интерферона, при этом четкой временной связи между развитием тиреоидита и продолжительностью терапии интерферонами не прослеживается

Патогенез



Клиническая картина

Послеродовой

- через 14 недель после родов
- легкий тиреотоксикоз
- утомляемость, слабость

Безболевой

- нет связи с родами
- субклинический тиреотоксикоз, выявленный случайно

Цитокин-индуцированный

- нет тяжелого тиреотоксикоза
- выявляется при плановом обследовании

Диагностика

Для тиреотоксической фазы всех трех тиреоидитов характерно **снижение накопления радиофармпрепарата** по данным сцинтиграфии ЩЖ

При УЗИ выявляются неспецифическая для всех аутоиммунных заболеваний **сниженная эхогенность паренхимы.**

Диагностика

Критерии диагноза послеродового тиреоидита :

- связь с родами
- умеренно увеличенная, уплотненная, б/б ЩЖ
- транзиторный тиреотоксикоз деструктивного характера (низкое поглощение радиофармпрепарат на фоне повышения Т3, Т4, отсутствие тиреостимулирующих АТ
- высокий титр антимикросомальных АТ
- УЗИ ЩЖ (гипоэхогенные участки)
- лимфоидная инфильтрация при гистологическом исследовании

Лечение

- не требует тиреостатиков
- при развитии гипотиреоза заместительная терапия левотироксином на непродолжительный период



Фиброзный инвазивный тиреоидит Риделя

- редкое заболевание ЩЖ неясной этиологии характеризующееся замещением ткани ЩЖ фиброзной с инвазией в окружающие ткани

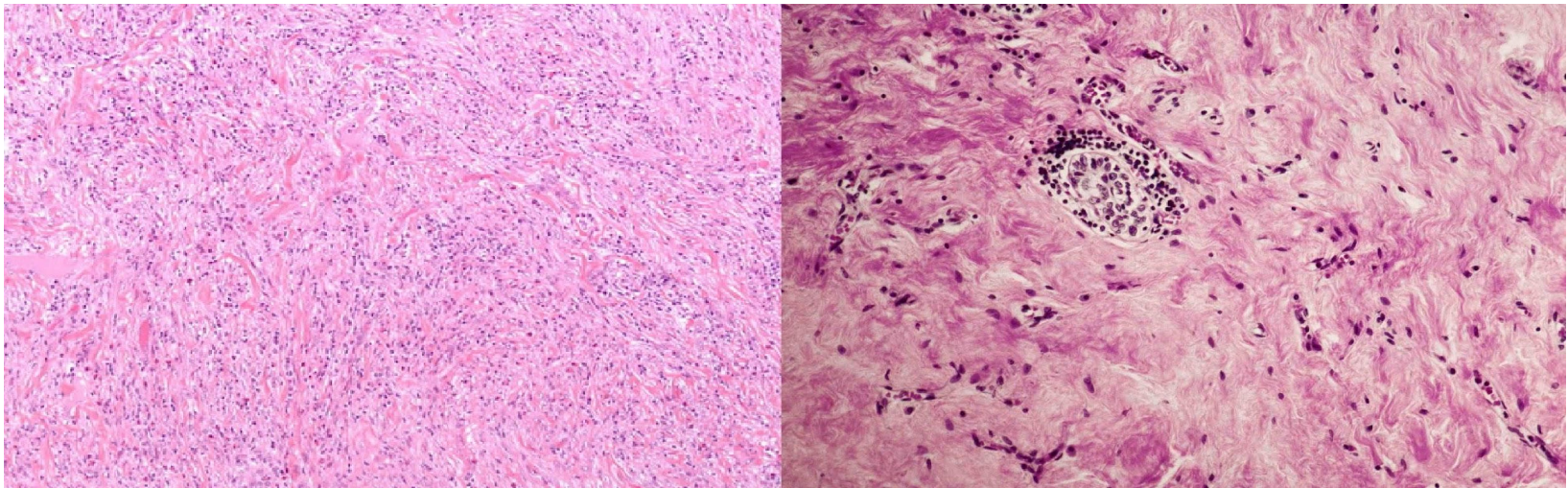
часто сочетается с медиастиальным и ретроперитонеальным фиброзом и артериитом Такаясу (системный фиброзирующий Sd Ормонда)

Диагностика

- чаще обращаются к онкологу с жалобами на симптом сдавления

При пункционной биопсии :

- распространенный фиброз
- атрофия паренхимы



Диагностика

- При зобе Риделя на УЗИ ЩЖ диффузно увеличена, гипоэхогенная, контур плохо прослеживается; паренхима неоднородная за счет очагов фиброза, могут присутствовать коллоидные узлы с мощной капсулой.

-отсутствуют АТ к клеткам ЩЖ

Лечение

При симптомах сдавления окружающих тканей, прогрессирующей инвазии и подозрении на злокачественность - тиреоидэктомия.

В связи с большой опасностью повреждения окружающих анатомических образований, часто ограничиваются декомпрессионным рассечением перешейка щитовидной железы.

При невозможности оперативного лечения ряд авторов указывает на эффективность длительной терапии кортикостероидами

при развитии гипотиреоза заместительная терапия

Благодарю за внимание

