

ТИРЕОИДИТЫ

Выполнила: Катыва Ю.М.

МЛ-605

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Тиреоидиты - группа заболеваний щитовидной железы, различных по этиологии и патогенезу, обязательным компонентом которых является воспаление.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Острый тиреоидит (диффузный и очаговый):
 - Гнойный;
 - Негнойный.
- Подострый тиреоидит:
 - Диффузный;
 - Очаговый.
- Хронический тиреоидит:
 - Фиброзно-инвазивный (тиреоидит Риделя);
 - Лимфоцитарный (тиреоидит Хашимото);
- Послеродовой;
- Специфический:
 - туберкулёзный;
 - сифилитический
 - септикомикозный.

ОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ



Здоровая



Воспаление

- Возбудители: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus hemolytica*, *Streptococcus pneumoniae*.
- Инфекция распространяется гематогенным или лимфогенным путем либо в результате прямого попадания возбудителя в ткань щитовидной железы при травме.
- Острый тиреоидит наблюдали и при пороках развития щитовидно-язычного протока -- щитовидно-язычной кисте или щитовидно-язычном свище.



ПАТОГЕНЕЗ

- В воспалительный процесс вовлекается часть доли либо вся доля щитовидной железы. Характерно последовательное развитие всех стадий воспаления:
 - Альтерации
 - Экссудации
 - Пролиферации
- *Гнойный тиреоидит* характеризуется формированием абсцесса или флегмоны щитовидной железы.
- *Острый серозный тиреоидит* возникает как осложнение некоторых вирусных инфекций, например, эпидемического паротита.

ОСЛОЖНЕНИЕ

- Абсцедирование со вскрытием гнойника
- Медиастенит
- Аспирационная пневмония
- Флегмона шеи
- Менингит, энцефалит

ЛЕЧЕНИЕ

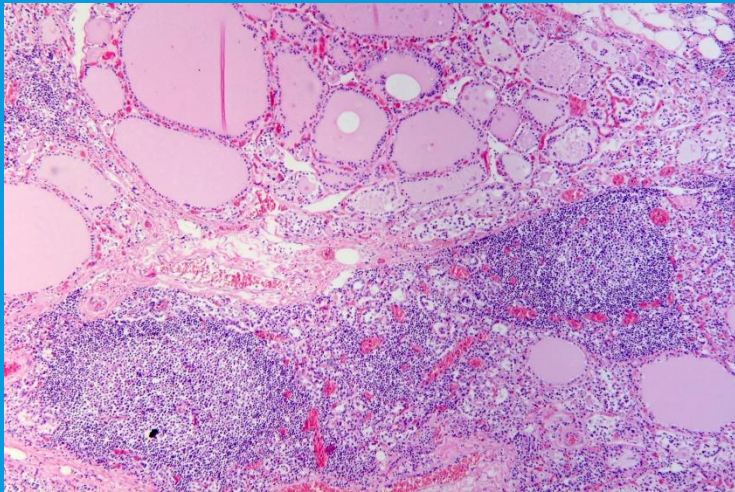
- При остром гнойном тиреоидите проводится госпитализация пациента в отделение хирургии.
- Назначается активная антибактериальная терапия (пенициллины, цефалоспорины), витамины В и С, антигистаминные препараты (мебгидролин, хлоропирамин, клемастин, ципрогептадин), массивная внутривенная дезинтоксикационная терапия (солевые растворы, реополиглюкин).
- При формировании абсцесса в щитовидной железе проводится его хирургическое вскрытие и дренирование.

ТИРЕОИДИТ ХАШИМОТО

- Хроническое аутоиммунное поражение щитовидной железы. Заболевание в основном встречается у женщин. Выделяют две стадии:
- **гиперпластическая (гипертрофическую):**
 - Железа при этом несколько увеличена, бугристая с поверхности и дольчатая на разрезе.
 - Лимфоидная гиперплазия (образования факультативных лимфоидных структур) и нодулярная гиперплазия тиреоидной ткани в участках аутоиммунной деструкции паренхимы органа.
- **атрофическая**
 - Выраженная аутоиммунная деструкция тиреоидной ткани. В этой стадии хронический лимфоцитарный тиреоидит проявляется признаками гипотиреоза вплоть до микседемы.

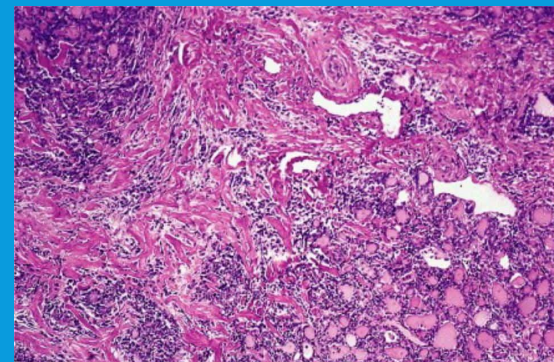
ПАТОГЕНЕЗ

- Аутоиммунизация связана с появлением аутоантител к микросомальному антигену и поверхностным антигенам тиреоцитов, а также тиреоглобулину.
- Аутоиммунный процесс ведет к диффузной инфильтрации ткани железы лимфоцитами и плазматическими клетками, образованию в ней лимфатических фолликулов. Паренхима вследствие воздействия иммунных клеток погибает, замещается соединительной тканью.



ТИРЕОИДИТ РИДЕЛЯ

- Характеризуется первичным разрастанием в железе грубоволокнистой соединительной ткани, что ведет к атрофии фолликулярного эпителия (фиброзный зоб).
- Макроскопические признаки: железа плотная («железный», «каменный» зоб), фиброзная ткань из щитовидной железы может распространяться на окружающие ее ткани, имитируя злокачественную опухоль.



ПОСЛЕРОДОВОЙ ТИРЕОИДИТ

- Развивается в послеродовом периоде у женщин, ранее не отмечавших нарушений со стороны щитовидной железы;
- Этиология и патогенез:

Во время беременности материнский иммунный ответ подавляется, увеличивается число Т-супрессоров и снижается количество Т-хелперов. ТТГ-блокирующие антитела способны проникать через плацентарный барьер к плоду и вызывать неонатальный гипотиреоз. Спонтанное выздоровление ребёнка наступает через 1,5–2 месяца (когда элиминируются из крови ребёнка материнские антитела).

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ТИРЕОИДИТЫ

- Встречаются редко и являются локальными проявлениями туберкулеза (Туберкулёз), Сифилиса, Актиномикоза и др.
- При туберкулезном Т. щитовидная железа имеет плотную консистенцию, иногда бугристую поверхность. Характерно увеличение ретонарных лимфатических узлов.
- При сифилитическом Т. щитовидная железа увеличена незначительно, но мало подвижна из-за сращения с окружающими тканями.
- При актиномикозном Т. железа сначала уплотнена, затем размягчается.

Гастроэнтерологические:

обстипация, дискинезия желчных путей, желчно-каменная болезнь, хронический гепатит («желтуха» в сочетании с повышением уровня трансаминаз)

Ревматологические:

полиартрит, полисиновит, прогрессирующий остеоартроз

Дерматологические:

алопеция, гиперкератоз, онихолиз

«Маски» гипотиреоза

Психиатрические:

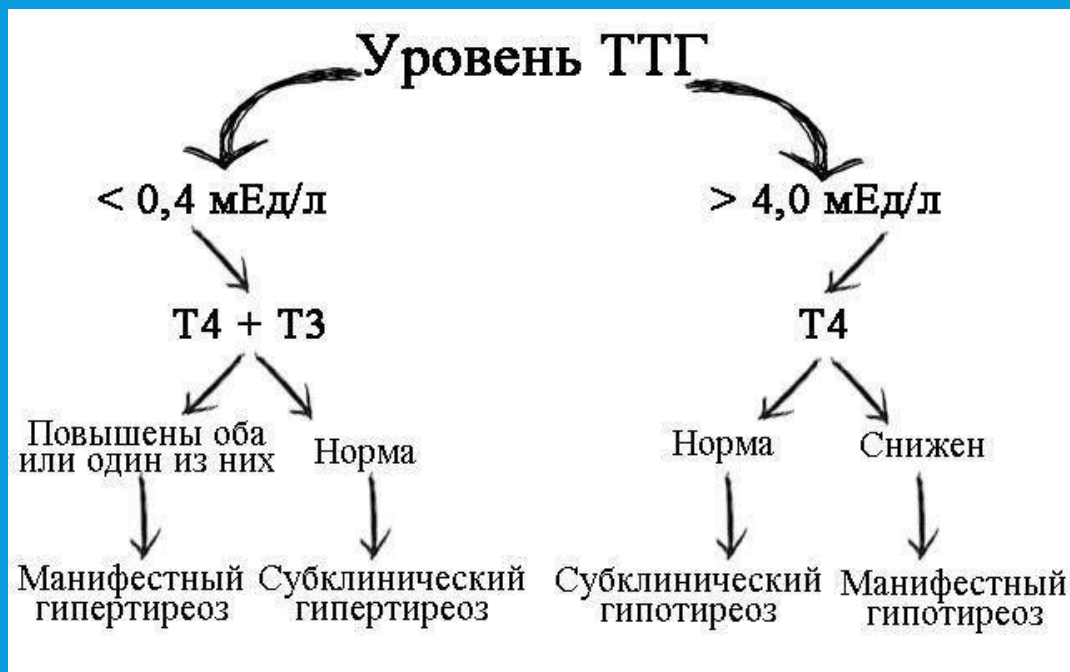
депрессия, деменция

Гинекологические:

дисфункциональные маточные кровотечения, бесплодие

Кардиологические:

диастолическая гипертензия, дислипидемия, гидроперикард

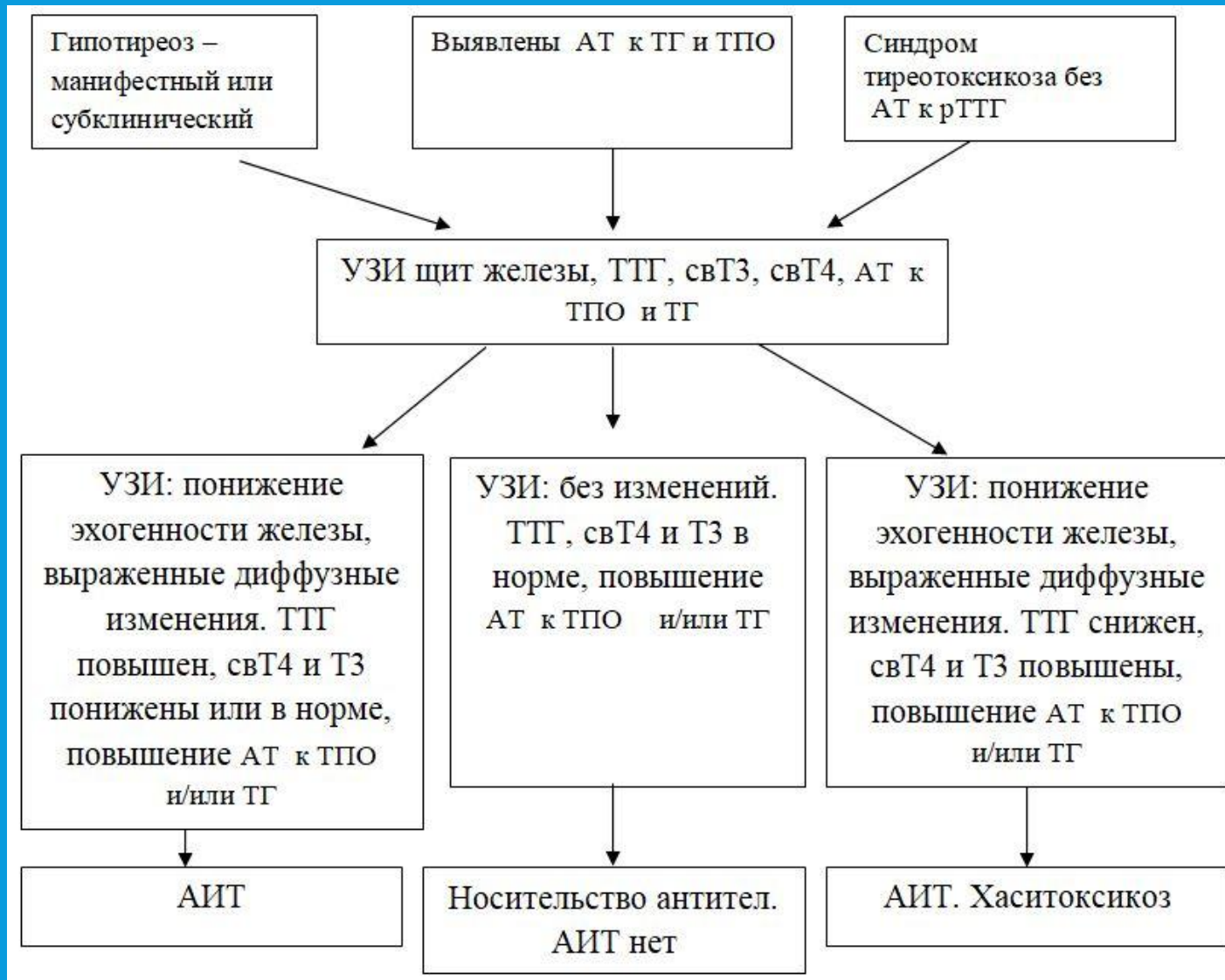


Код	Наименование	Единицы измерения	Референсные значения
Иммунологические исследования			
Тиреоидная группа			
3.1	ТТГ	мкМЕ/мл	0,4 — 4,0 Беременные 0,2-3,5
3.2	Т3 общий	нмоль/л	1,3-2,7
3.3	Т3 свободный	пмоль/л	2,3-6,3
3.4	Т4 общий	нмоль/л	54-156
			Беремен 1 тр 100-209 Беременные 2,3 тр 117-236
3.5	Т4 свободный	пмоль/л	10,3-24,5
			Беремен 1тр 10,3-24,5 Беремен 2,3тр 8,2-24,7
3.6	Тиреоглобулин	нг/мл	<56
3.7	Тироксинсвязывающий глобулин	нмоль/л	259-575,5
3.8	А/т к тиреоглобулину	мкМЕ/мл	<65
3.9	А/т к тиреоидной пероксидазе	мкМЕ/мл	<35
3.10	А/т к рецептору ТТГ	МЕ/л	<1,8 отрицательный
			1,8 — 2,0 пограничный
			>2,0 положительный

Диагностика гипотиреоза

ТТГ, мкМЕ/мл	Св. Т4	АТ-ТПО	УЗИ ЩЖ	Диагноз
0,4-4	N	N	N	Нет патологии
0,4-4	N	↑	N	Нет патологии
0,4-4	N	↑	Признаки АиТ	Нет патологии
0,4-4	↓	N	N	Вторичный гипотиреоз
Более 4	N	N	N	Субклинический гипотиреоз
Более 4	N	↑	N	Субклинический гипотиреоз
Более 4 длительно	N	↑	Признаки АиТ	Субклинический гипотиреоз в исходе аутоиммунного тиреоидита
Более 4	↓	N	N	Первичный (если впервые-Манифестный) гипотиреоз
Более 4	↓	↑	N	Первичный (если впервые-Манифестный) гипотиреоз
Более 4	↓	↑	Признаки АиТ	Первичный (если впервые-Манифестный) гипотиреоз в исходе аутоиммунного тиреоидита

Диагностика гипотиреоза



Показания для определения уровня ТТГ с целью диагностики гипотиреоза

1. Симптомы и/или проявления гипотиреоза особенно в группах риска
2. Вероятность гипотиреоза выше у женщин после 45 лет, минимальна у молодых мужчин и детей
3. Группы риска:
 1. Носительство антител к щитовидной железе (10% всех женщин)
 2. Увеличение щитовидной железы
 3. Патология щитовидной железы у ближайших родственников
 4. Аутоиммунные заболевания
 5. У женщин - любые репродуктивные нарушения
 6. Прием ряда лекарственных препаратов (литий, амиодарон, интерфероны)

Заместительная терапия первичного гипотиреоза

1. L-тироксин – 1,6 мкг на килограмм массы тела, ежедневно.
2. У пожилых пациентов начальная доза 25 мкг/сут, с постепенным повышением под контролем показателей гемодинамики.
3. Адекватной дозе соответствует поддержание нормального уровня ТТГ.
4. Контроль уровня ТТГ: через 3 месяца после начала терапии, ежегодно после подбора дозы.



Показание		Доза (микрограммов левотироксина-натрия в сутки)
Гипотиреоз Взрослые (увеличение на 25 - 50 мкг с интервалами в 2 - 4 недели)	В начале Затем	25 - 50 100 - 200
Профилактика рецидива зоба		75 - 200
Эутиреоидный доброкачественный зоб		75 - 200
Адъювантная терапия на фоне проведения тиреостатической терапии при гипертиреозе		50 - 100
После тиреоэктомии по причине злокачественного новообразования щитовидной железы		150 - 300

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Дедов, И. И. Российские клинические рекомендации. Эндокринология / Дедова И. И. , Мельниченко Г. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.