



Клинический случай «Подострый тиреоидит»

Выполнила: студентка 39 группы
6 курса лечебного факультета
Попова Ирина Юрьевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры
эндокринологии Моргунова Татьяна Борисовна

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Кафедра эндокринологии
Москва, 2016

Подострый тиреоидит

(тиреоидит Де Кервена, гранулематозный тиреоидит) – **воспалительное** заболевание ЩЖ, **предположительно вирусной** этиологии, при котором деструктивный тиреотоксикоз сочетается с болевым синдромом в области шеи и симптомами острого инфекционного заболевания



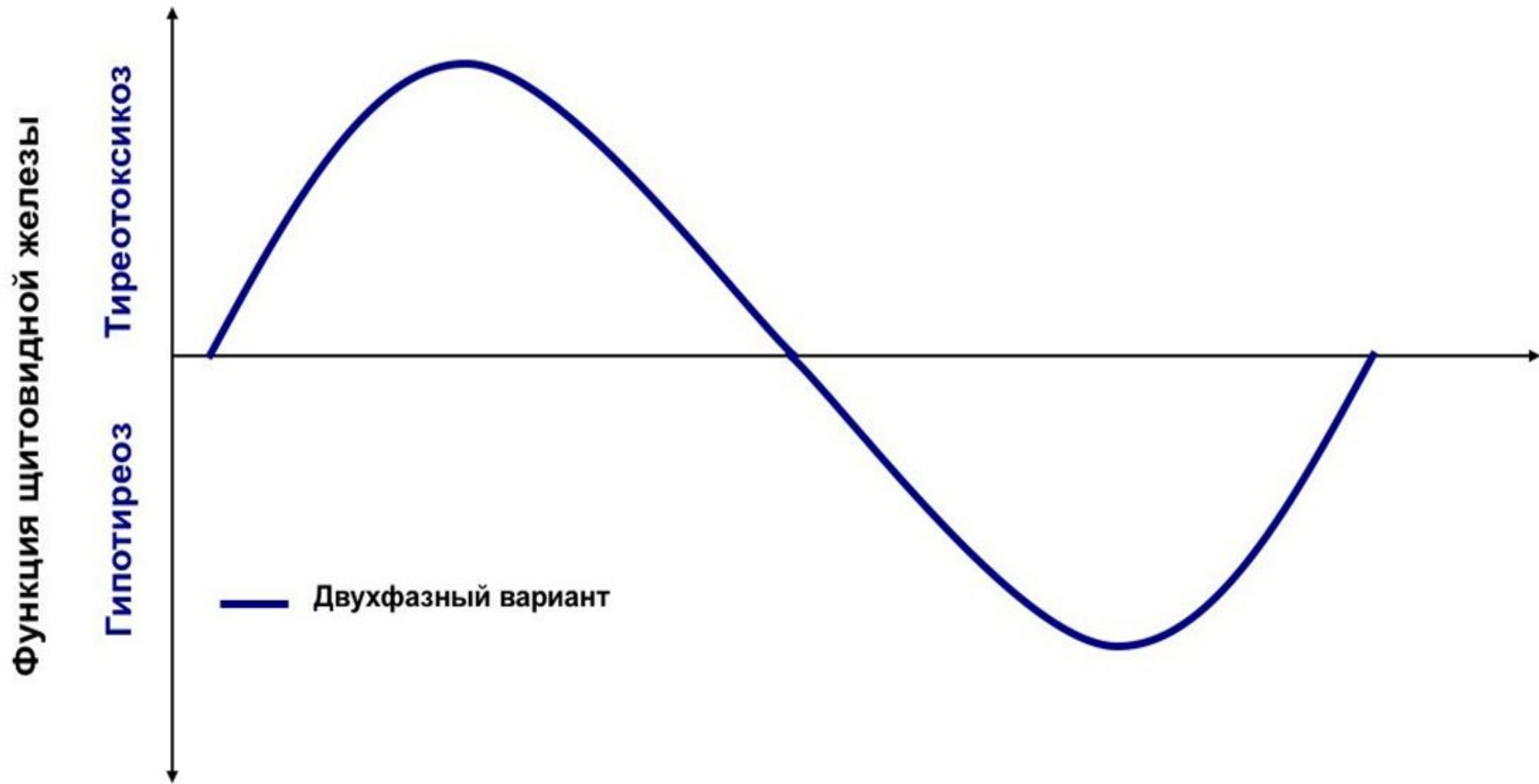
Распространенность

Как правило, развивается

- в возрасте 30-60 лет
- чаще у женщин
- **в весенние и осенне-зимние месяцы**
- у носителей **антигена HLA-Bw35**



Течение подострого тиреоидита

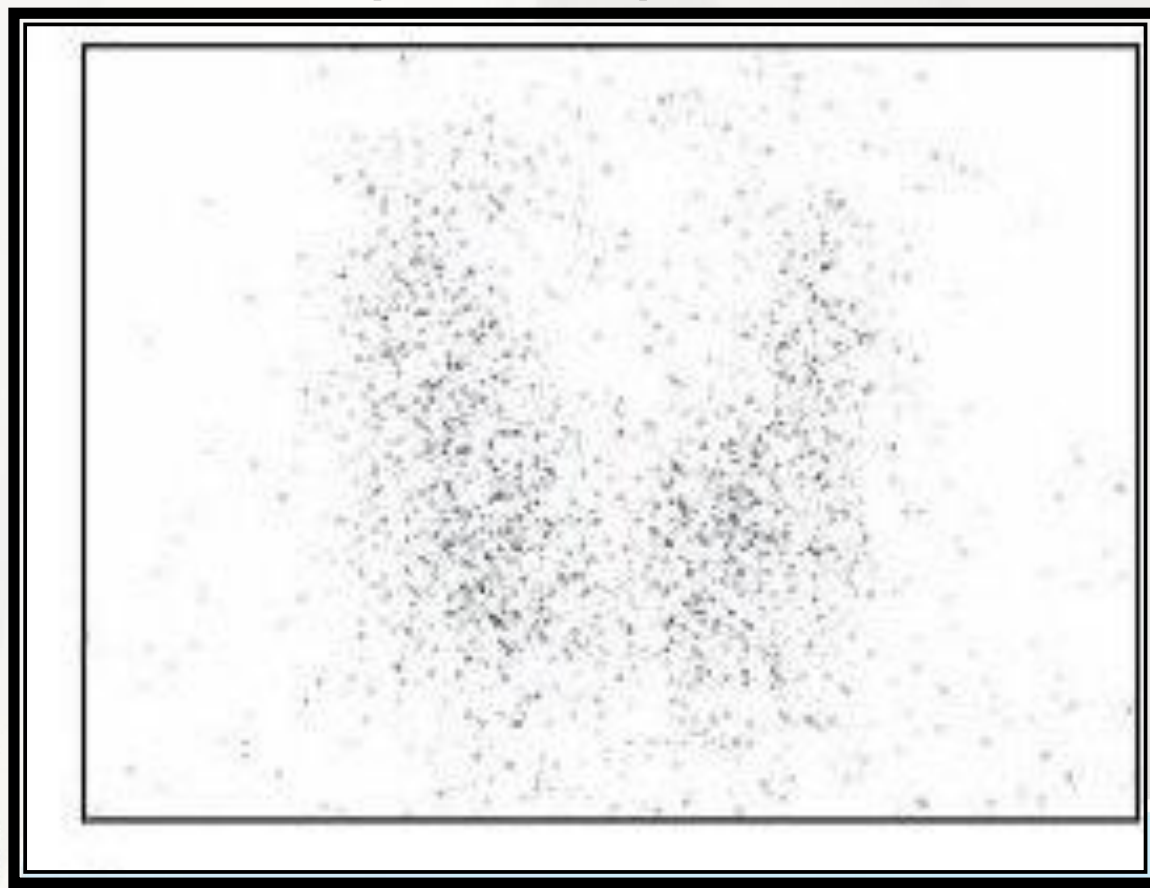


Клиническая картина

- Болевой синдром в области шеи
- Тиреотоксикоз(легкий или умеренной выраженности)
- Симптомы острого инфекционного заболевания



Диффузное снижение захвата ^{99m}Tc при деструктивном тиреотоксикозе (подострый тиреоидит)



Лечение

- **В случае легкого подострого тиреоидита с болезненностью в области шеи и отсутствием интоксикации лечение вообще может не потребоваться и заболевание заканчивается самопроизвольно, без какого-либо вмешательства.**
- **При легком болевом синдроме- нестероидные противовоспалительные препараты (ацетилсалициловая кислота по 300-600 мг каждые 6 ч, ибупрофен)**
- **При выраженном болевом синдроме- преднизолон в суточной дозе 30 мг с постепенным уменьшением и отменой на протяжении 2-3 мес в зависимости от тяжести заболевания.**
 - В случае достаточно редко встречающегося **транзиторного гипотиреоза** показана **временная заместительная терапия леворотироксином**





Клинический случай

Пациентка С., 32 года



Жалобы при поступлении:

- Слабость,
- Боль в проекции щитовидной железе, усиливающуюся при пальпации,
- Боль в горле,
- Субфебрильная лихорадка,
- Тахикардия,
- Эмоциональная лабильность



Анамнез

Семейный анамнез по эндокринным заболеваниям не отягощен.

С 24.09.16 отметила **дискомфорт при глотании**.
30.09.16 на фоне благополучия стали беспокоить **жалобы на слабость , боль в области проекции щитовидной железы при пальпации , без иррадиации , сердцебиение , повысилась температура тела до 37,4**



Анамнез

- По данным УЗИ щитовидная железа: объем 19,5 см³(<18). **УЗ-картина значительного увеличения правой доли ЩЖ и ее выраженных диффузных изменений.**
- По данным гормонального анализа крови:
 - ТТГ-0,023 мМЕ/мл(0,4-4,0),**
 - Т4св.-22,9пмоль/л(9,0-22,0),**
 - Т3св.-6,7пмоль/л(2,6-5,7)**



Status praesens

Общее состояние относительно удовлетворительное. Вес -50кг, рост-170, ИМТ 17кг/м². кожные покровы чистые, влажные, цвета загара. Подкожно-жировой слой развит слабо, распределение равномерное. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. АД 110/70 мм рт.ст. PS=85 уд. в мин, ритмичный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, во всех отделах.

Щитовидная железа увеличена, мягко-эластической консистенции, болезненная при пальпации, узловые образования не пальпируются. Тремор пальцев вытянутых рук отриц. Глазные симптомы: Штельвага, Мари, Грефе-отриц.

Лабораторные исследования

Общий анализ крови:

гемоглобин 118г/л(120-160),

эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}/л(3,9-5,6 \cdot 10^{12}/л)$,

ЦП 0,90(0,85-1,1),

лейкоциты $7,0 \cdot 10^9/л(4-9 \cdot 10^9/л)$,

гематокрит 34,5%(36-54%),

лимфоциты 29,3% (18-40%),

нейтрофилы 66,1% (45-72%),

моноциты 4,31%(2-9%),

эозинофилы 0,07%(0-5%),

базофилы- 0,21%(0-1,0%),

СОЭ 30мм/час(5-20),

тромбоциты $364,7 \cdot 10^9/л(180-320 \cdot 10^9/л)$



Лабораторные исследования

Биохимический анализ крови:

Общий белок 69,6 г/л (57-82);

альбумин 41,7 г/л (32-48);

глюкоза 6,4 ммоль/л (4,1-5,9);

креатинин 0,72 мг/дл (0,5-1,3);

общ. билирубин 9,2 мкмоль/л (5-21);

натрий 144 ммоль/л (132-150);

калий 5,1 ммоль/л (3,5-5,5);

кальций общий 2,37 ммоль/л(2,15-2,56);

общий холестерин 5,3 ммоль/л (3,2-5,6);

триглицериды 0,86 ммоль/л (0,41-1,7);

АСТ 16 ед/л(0-34);

АЛТ 13 ед/л (10-49);



Лабораторные исследования

- СКФ 111 мл/мин/ 1,73 м²
- Гормональный анализ крови:
Т4 св.-26,3 пмоль/л (11,5-23,2);
Т3 св.-7,8 пмоль/л (3,5-6,5);
ТТГ-менее 0,01 мкМЕ/мл (0,4-4);
АТ к рец. ТТГ-в работе.
- Общий анализ мочи: N.



Инструментальные методы

ЭКГ:

ЧСС 89 в мин.,

PQ-0,12

QRS-0,08

QT-0,40

Синусовый ритм

Вертикальное положение ЭОС



Клинический диагноз

Подострый тиреоидит,
тиреотоксическая фаза



Терапия

- Преднизолон 30 мг/сут, затем 25 мг/сут.



Заключение

На основании клинической картины (боль в области шеи, повышении температуры тела), лабораторных данных (СОЭ 30 мм/час, отсутствие лейкоцитоза, повышение уровня Т3св, Т4св, снижение ТТГ) положительного теста Крайля диагностирован подострый тиреоидит, тиреотоксическая фаза. Был назначен преднизолон, на фоне чего болевой синдром был купирован в течении суток. Далее терапия преднизолоном 20 мг/сут была продолжена с постепенным снижением дозы и последующим контролем общего анализа крови, Т4св и консультация эндокринолога через 1 месяц



Заключение

За время наблюдения в клинике АД в пределах 90-120/60-70 мм рт.ст. В связи с сохранением тахикардии ЧСС 90-120 уд.в мин, назначен прием метопролола 50 мг 1 раз/сут, контроль показателей АД (целевые значения < 130/80 мм рт.ст., ЧСС 60-80 уд. в мин). Боли / дискомфорт в области сердца не возникали.

Пациентка выписывается из отделения в удовлетворительном состоянии



Рекомендации

- Преднизолон 5 мг по 2 табл. 2 раза в сутки после еды (в завтрак и в ужин), затем снижение дозы препарата по схеме. Под контролем ЧСС, температуры тела.
- Метопролол (Беталок, Эгилек, Метокорд) 50 мг 1 табл. утром. Регулярный контроль артериального давления (целевые значения < 130/80 мм рт.ст., ЧСС 60-80 уд. в мин).
- Общий анализ крови, Т4св, биохимический анализ крови: глюкоза через 1 месяц с последующей консультацией эндокринолога.
- Наблюдение эндокринолога , гастроэнтеролога





**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**