

ТИРЕОИДИТТЕР

«Тиреоидит» термині ҚБ қабынуымен өтетін гетерогенді аурулар тобын біріктіреді. Ең жиі кездесетіндері аутоиммунды тиреоидиттің әртүрлі варианттары, сирек кездесетін босанудан кейінгі, ауырсынусыз және цитокин-индуцирлеген тиреоидит, жедел тиреоидит (іріңді немесе іріңді емес), жеделдеу тиреоидит, Фиброздаушы Ридель тиреоидиті, Спецификалық тиреоидиттер .

Жедел тиреоидит

- Жедел тиреоидит - бактериялық инфекциядан болған қалқанша безінің қабыну аурулары, жиі жедел тонзиллит, отит, синусит немесе пневмония кейін. Инфекция гемоторгенді немесе лимфогенді жолдар арқылы жедел қабыну орын алады. қабыну процесі жиі қалқанша безінің ғана фракцияланады.

Қабыну процесі барлық сипаттама кезеңдерінен өтеді: пролиферация, экссудация, өзгерістер.

- Жіктеу

Жедел тиреоидит(диффузиялық немесе фокалды) іріңді және іріңді емес болып бөлінеді .

Жедел іріңді тиреоидит

- Себебі басқа инфекция ошақтарынан гематогенді немесе лимфогенді жолмен (жақ-бет аймағы, өкпе) немесе операциядан кейінгі жарадан инфицирлену болып табылады. Жиі алтынды стафилококк және ішек инфекциясы қоздырады. Клиникалық көрінісі: локальді көріністермен (ҚБ аймағындағы ауыру сезімі, абсцесстің түзілуі) жедел бактериялы инфекция симптомдарымен

Іріңді емес тиреоидит

- жарақаттануға байланысты асептикалық қабыну, радиациялық терапиядан кейінгі Қалқанша безінің қан кетуі, диффузды токсикалық склерге арналған үлкен мөлшерде радиоактивті йодпен емдеу.

Клиникалық көрініс және диагностикасы

- қабынудың барлық белгілері бар:
- Температураның 39-40 градусқа дейін көтерілуі
- ісіну;
- жергілікті температураның жоғарылауы;
- пальпациялау кезінде көлемі ұлғаю, ауру сезімен;
- анамнезінде (инфекцияның, жарақаттанудың, радиациялық фактордың негізгі фокусының болуы);
- антибиотикалық емдеудің оң әсері;
- нейтрофильный лейкоцитоз,
- ЭТЖ жоғарылауы. 20-30 мм / сағ
- Қалқанша бездің функциясы өзгермейді. Т3, Т4, TTG, at-TG, at-TPO - нормада.
- УДЗ: Қалқанша безінің аурысыну аймағында - эхогенділігі азайған, сканерлегенде - «суық түйін» немесе изотоптың сіңірілуін азайған ошақ.



Асқынулар

- - свищ (жылан көз ,фистула)
- - өткір респираторлы медиастинит;
- - жақын веналардың тромбозы;
- - кейінгі радиалды тиреоидит (постлучевые тиреоидиты);
- -компрессия органов средостения при загрудинном расположении ЩЖ вследствие ее воспаления. .

Емі

Жедел іріңді тиреоидит

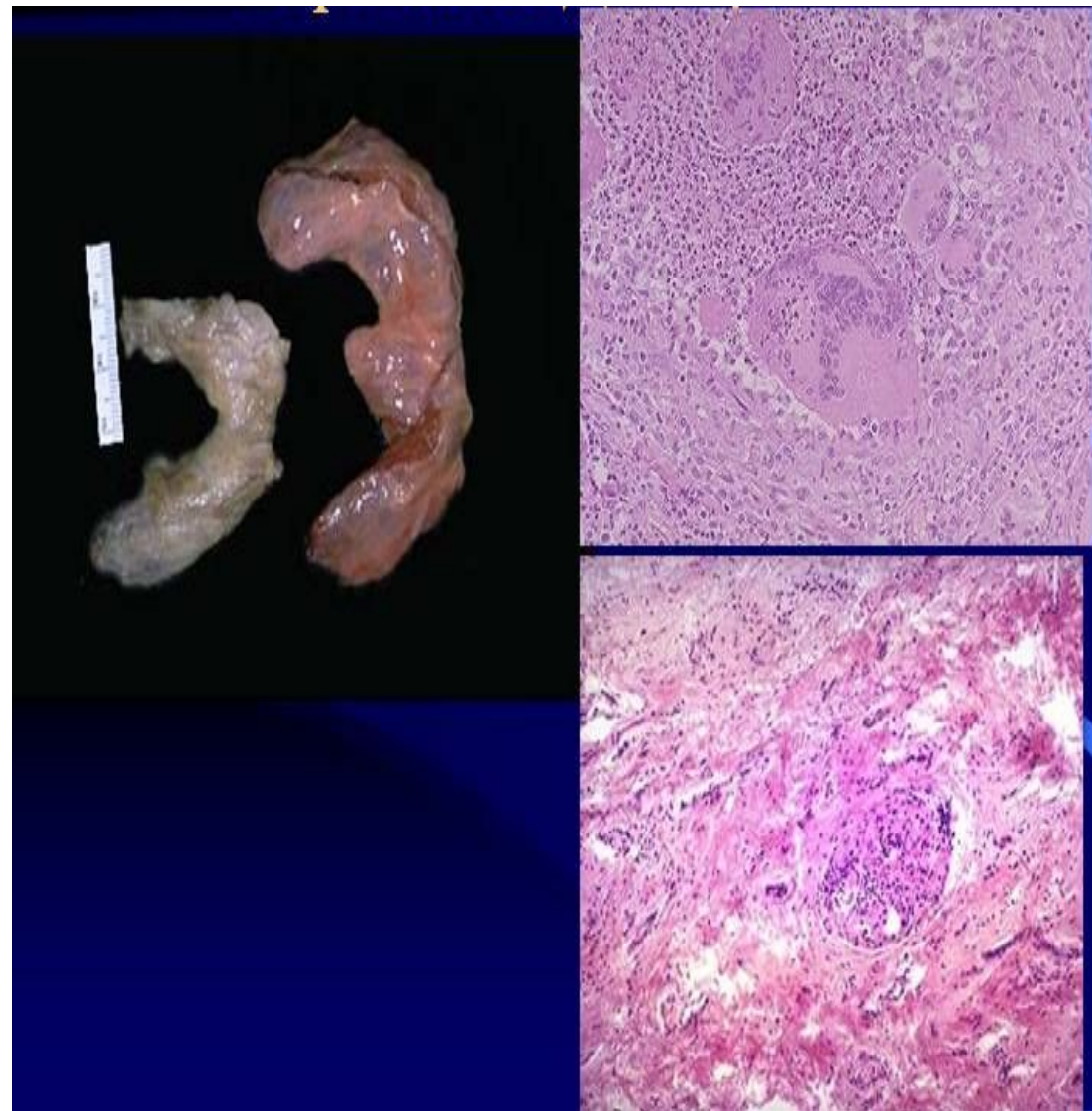
1. Антибактерияльды терапия .анықталған патогендердің сезімталдықты ескере отырып, парентеральді: амоксицилин / клавуланат. 1000 мг 3 г / кг 5 күн ;немесе цефазолин б/і ,к/і 1000 мг 3 р / тәул. 5 күн.
2. Абсцессді ашу және дренаждау .

Жедел іріңді емес тиреоидит

1. Клиникалық көріністерді жоюға дейін β -адреноблокаторлермен (пропанолаол 20-40 мг 3-4 сағ / күн) симптоматикалық терапия.
2. Анальгетиктер.
3. Стероидтық емес қабынуға қарсы препараттар.

Жеделдеу тиреоидит

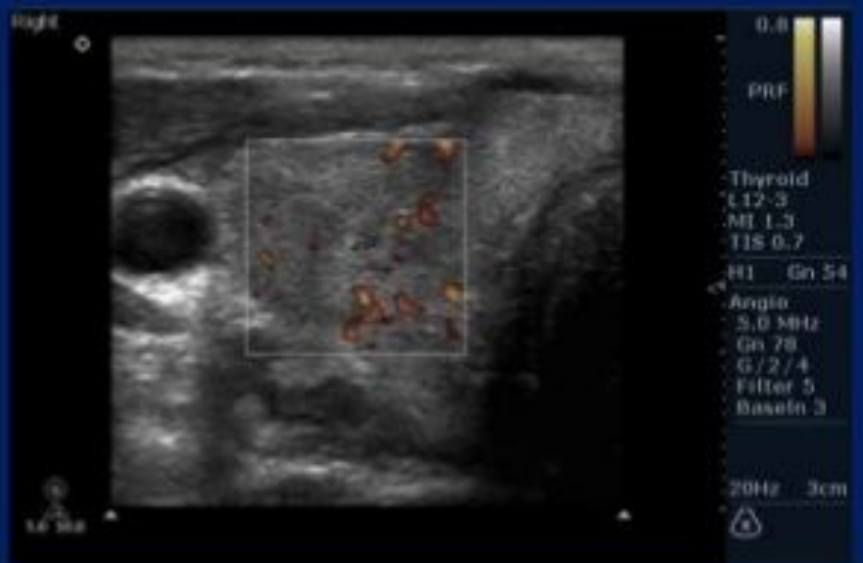
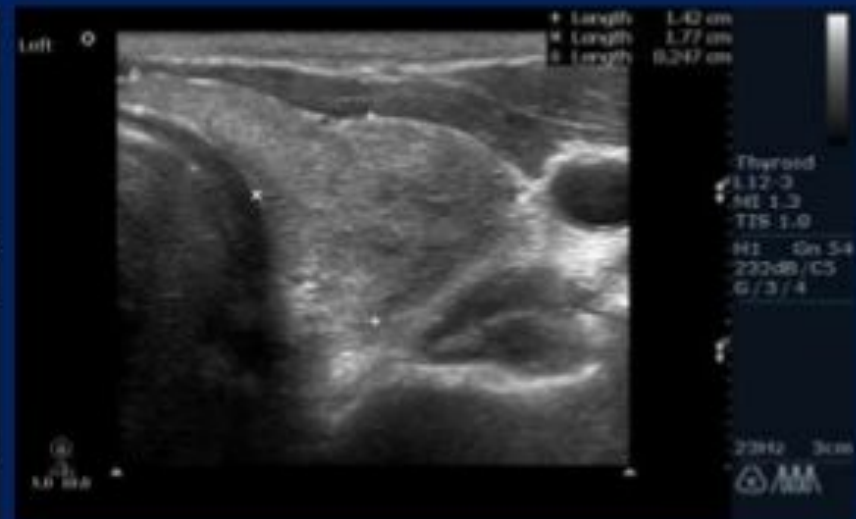
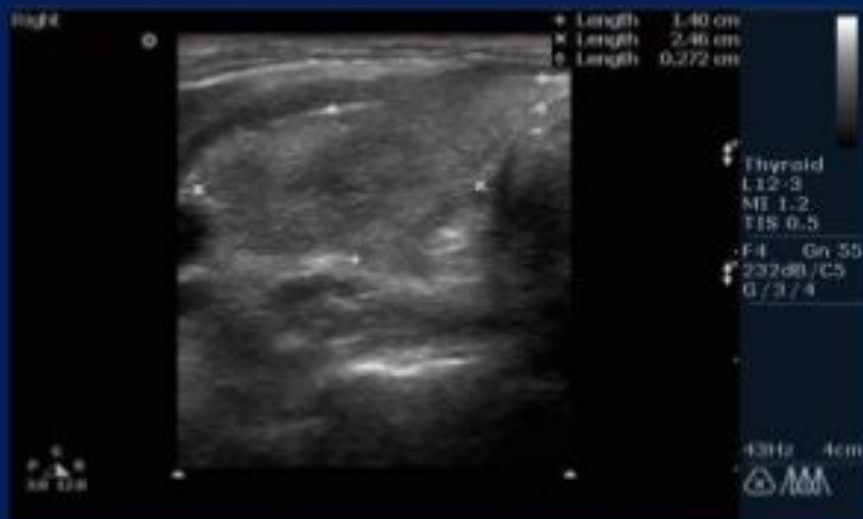
- Жеделдеу тиреоидит (Де Кервен тиреоидиті, гранулематозды тиреоидит) — деструктивті тиреотоксикоздың жедел инфекциялық аурудың симптоматикасы мен мойын аймағындағы ауыру сезімі синдромының тіркесімделуімен сипатталатын, вирусты этиологиялы ҚБ-дің қабыну ауруы



Этиологиясы

- Вирусты этиологиялы, себебі сырқат кезінде науқастардың басым көпшілігінде тұмау, эпидемиялық паротит, аденовирустарға қарсы антидене титрі жоғарылауы байқалады. Сонымен қатар, жеделдеу тиреоидит жоғары тыныс жолдары инфекциясы, тұмау, эпидемиялық паротит, қызамықтан кейін дамиды.
- Сырқаттың дамуына генетикалық бейімділіктің әсер етуі дәлелденген.
- Жеделдеу тиреоидитпен сырқаттанған науқастардың ішінде HLA-Bw35 антигенінің тасымалдаушылары 30 есе жиі кездесед

Этиологиясы	Вирустарға қатысты
Патогенезі	Фолликулярлы эпителий бұзылыстарының дамитын деструктивті тиреотоксикоздың ҚБ-дің қабынулық өзгерістерімен бірге ұштасуы
Эпидемиологиясы	Таралу жиілігі белгісіз. Әдетте, жиі әйелдерде 30–60 жас аралығында дамиды. Жас балаларда — казуистика
Басты клиникалық белгілері	Желкеге, құлаққа, төменгі жаққа беріледі, басты бұрғанда және безді пальпациялағанда күшейетін мойын аймағындағы қатты ауыру сезімі. дисфагияТиреотоксикоз симптомдары, субфебрилитет
Диагностикасы	ЭТЖ жоғарылауы (жиі айқын емес), лейкоцитоздың болмауы,нормохромды анемия, тиреотоксикоз (жиі жеңіл), УДЗ бойынша «бұлт тәрізді» гипозхогенді аймақтар, сцинтиграфия мәліметтері бойынша 99mTc сіңірілуінің төмендеуі немесе болмауы, оң нәтижелі Крайл тесті (преднизолонмен терапияның айқын және жылдам әсері)
Салыстырмалы диагностикасы	Грейвс ауруы, көптүйінді уытты жемсау, жедел ірінді тиреоидит, ҚБ-дің инфильтративті аурулары
Емі	Жеңіл түрлерінде-аспирин (300–600 мг әрбір 6 сағат сайын), айқын ауыру сезімі мен интоксикация синдромында — преднизолон 30 мг/тәу. 1–3 ай бойы
Болжамы	Әдетте науқас толығымен сауығады; сырқат қандай да бір емдік шара жүргізілмесе де, өздігінен ремиссияға ұшырайды



Сирек кездесетін тиреоидиттер

- Сирек кездесетін тиреоидиттерге жедел іріңді тиреоидит, фиброздаушы Ридель тиреоидиті, сонымен бірге спецификалық тиреоидиттер (туберкулезді, сифилисті, саңырауқұлақты, актиномикозды және т.б.) жатады. Олардың ішінде кейбір түрлері казуистикалық сирек көрініс беред

Тиреоидиттер	Клиникалық көріністерінің, диагностикасының және емінің ерекшеліктері
Жедел іріңді тиреоидит	Себебі басқа инфекция ошақтарынан гематогенді немесе лимфогенді жолмен (жақ-бет аймағы, өкпе) немесе операциядан кейінгі жарадан инфицирлену болып табылады. Жиі алтынды стафилококк және ішек инфекциясы қоздырады. Клиникалық көрінісі: локальді көріністермен (ҚБ аймағындағы ауыру сезімі, абсцесстің түзілуі) жедел бактериялы инфекция симптомдарымен (қызба, ЭТЖ мен лейкоциттер жоғаралауы) ұштасады. Ауыр асқынуларына іріңді медиастенит жатады. Емі: антибиотикотерапия, абсцессті дренаждау
Фиброздаушы Ридель тиреоидиті	Себебі белгісіз, бұрын оны АИТ немесе фиброздаушы аурудың (Ормонд синдромы) түрі ретінде қарастырған, өйткені оның медиастенальды және ретроперитонеальды фиброзбен тіркескен жағдайлары сипатталған. Морфологиялық ірі талшықты дәнекер тінінің без капсуласынан мойын бұлшықеттеріне дейін өтуімен сипатталатын ҚБ-дің жайылмалы фиброзы анықталады. Пальпациялағанда- ҚБ ағаш сияқты қатты, көрші ағза мен тіндерді жаншуы мүмкін. Емі: компрессионды синдром кезінде- хирургиялық (жиі ҚБ қатерлі ісігіне күмән туғанда орындалады; хирургиялық емнен кейін ремиссия дамуы мүмкін
Спецификалық тиреоидиттер (туберкулезді, сифилисті, саңырауқұлақты, актиномикозды және т.б.)	Диагноз негізгі ауру белгілері мен пункциялы биопсия мәліметтеріне негізделіп қойылады. Әдетте, басты сырқатты емдеу спецификалық тиреоидитті жоюға әкеледі. Гумма, туберкулома, актиномикотикалық жыланкөздер дамығанда зақымданған ҚБ бөлігін алып тастау жөніндегі сұрақ қойылады