

Тиреоидиты - болезни щитовидной железы, различные по этиологии и патогенезу. Воспаление диффузно увеличенной щитовидной железы называют струмитом.

Острый тиреоидит - гнойный или негнойный. Может быть диффузным и очаговым. Острый гнойный тиреоидит развивается на фоне острой или хронической инфекции (тонзиллит, пневмония и др.). Симптомы: боль в области передней поверхности шеи, иррадиирующая в затылок, нижнюю и верхнюю челюсть, усиливающаяся при движении головы, глотании. Увеличение шейных лимфатических узлов. Повышение температуры, озноб. При пальпации - болезненное увеличение части или целой доли щитовидной железы, при сформировавшемся абсцессе - флюктуация. Высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ. При сканировании щитовидной железы определяется "холодная область", не поглощающая изотоп и соответствующая воспалительному очагу. Острый негнойный тиреоидит может развиваться после травмы, кровоизлияния в железу, лучевой терапии. Протекает по типу асептического воспаления. Симптоматика менее выражена, чем при остром гнойном воспалении щитовидной железы.

Подострый тиреоидит (тиреоидит де Кервена). Заболевают чаще женщины в возрасте 30-50 лет. Развивается после вирусных инфекций. Симптомы: боль в области шеи, иррадиирующая в затылочную область, нижнюю челюсть, уши, височную область. Головная боль, слабость, адинамия. Повышение температуры. Повышение СОЭ, лейкоцитоз. Может протекать без изменений со стороны крови. В начале заболевания (гипертиреодная, острая стадия) могут наблюдаться симптомы тиреотоксикоза: [тахикардия](#), потливость, похудание, тремор рук. В крови - повышенные уровни тиреоидных гормонов, при сканировании - снижение захвата изотопов [щитовидной железой](#).

При длительном течении могут развиваться симптомы гипотиреоза (гипотиреодная стадия), сонливость, вялость, заторможенность, зябкость, отечность лица, сухость кожи, брадикардия, запоры. Щитовидная железа увеличена (часто только правая доля), плотной консистенции, не спаяна с окружающими тканями, болезненна при пальпации. В крови - низкое содержание тироксина и трийодтиронина и высокое - тиреотропного гормона.

В стадии выздоровления исчезает болезненность щитовидной железы, нормализуются СОЭ, уровни тиреоидных гормонов и тиреотропина в крови.

Заболевание склонно к рецидивированию, особенно при повторных вирусных инфекциях, переохлаждении.

Хронический фиброзный тиреоидит (зоб Риделя)-заболевание неизвестной этиологии. Симптомы: диффузное, реже очаговое увеличение щитовидной железы. Железа очень плотная, неподвижная, не смещается при глотании, спаяна с окружающими тканями. Прогрессирование и распространение процесса на всю железу сопровождается развитием гипотиреоза. При больших размерах железы наблюдаются симптомы сдавления органов шеи: осиплость голоса, затруднение глотания, дыхания. Важный диагностический метод - пункционная биопсия.

Аутоиммунный хронический тиреоидит (тиреоидит Хашимото)-заболевание, в основе которого лежит аутоиммунное поражение щитовидной железы, образуются антитела к различным компонентам щитовидной железы - тиреоглобулину, микросомальной фракции, рецепторам к тиреотропину - с образованием комплекса антиген-антитело, развитием деструктивных изменений и лимфоидной инфильтрации щитовидной железы. Симптомы: диффузное, иногда неравномерное увеличение щитовидной железы, при пальпации железа плотно-эластической консистенции, подвижная. При больших размерах железы появляются симптомы сдавления органов шеи. По мере развития заболевания деструктивные изменения приводят к нарушению функции железы - вначале явлениям гипертиреоза вследствие поступления в кровь большого количества ранее синтезированных гормонов, в дальнейшем (или минуя гипертиреодную фазу) - к гипотиреозу. Содержание тиреоидных гормонов в крови снижено, тиреотропного гормона - превышает норму. В диагностике большое значение имеют определение титра антитиреоидных антител, данные

пункционной биопсии, сканирование (характерна неравномерность поглощения изотопа). Поглощение ¹³¹I щитовидной железой может быть снижено, нормально или повышено (за счет массы железы).

Лечение тиреоидита

При остром тиреоидите - антибиотики (пенициллин, олететрин и др.), симптоматические средства (седативные и др.), витамины С, группы В. При абсцедировании - хирургическое лечение. При подостром тиреоидите - длительное применение кортикостероидов (преднизолон, дексаметазон, триамцинолон), препаратов салицилового или пиразолонового ряда на фоне снижения кортикостероидов, при явлениях гипертиреоза - р-блокаторы, гипотиреоза - небольшие дозы тиреоидных гормонов.

При хроническом фиброзном тиреоидите - при наличии явлений гипотиреоза заместительная терапия тиреоидными гормонами, при симптомах сдавления органов шеи -оперативное лечение.

При хроническом аутоиммунном тиреоидите - лечение тиреоидными гормонами (трийодтиронин, тироксин, тиреотом, тиреотом-форте). При отсутствии уменьшения зоба на фоне адекватной заместительной терапии {3-4 мес) назначают кортикостероиды (преднизолон 30-40 мг с постепенным снижением дозы) на 2-3 мес. При быстрорастущих, болезненных формах зоба, больших размерах щитовидной железы с явлениями сдавления органов шеи-оперативное лечение.

Тиреоидит

Аутоиммунный тиреоидит (тиреоидит Хашимото)

Тиреоидит, или воспаление щитовидной железы, вызывается многими причинами. Наиболее частой причиной является аутоиммунный тиреоидит (тиреоидит Хашимото). Это хроническое воспалительное заболевание щитовидной железы вызывается присутствием аномального антитела в крови, и лейкоцитами, которые атакуют и повреждают клетки щитовидной железы. Конечным результатом так называемого "аутоиммунного" разрушения является гипотиреоз, обусловленный полным отсутствием клеток щитовидной железы. Однако у многих пациентов сохраняется резерв щитовидной железы, достаточный для предотвращения гипотиреоза.

Клинические особенности

Пациентами с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) являются обычно молодые или среднего возраста женщины. У них часто отсутствуют симптомы, за исключением легкого давления в щитовидной железе и утомляемости. На ранних стадиях имеется слегка неоднородный твердый зоб, иногда немного чувствительный. Боль встречается примерно в 10 % случаев.

Лабораторные анализы

Диагноз АИТ подтверждается специфической картиной обнаружением высоких уровней в крови антител, которые действуют против собственных белков щитовидной железы пациента. Диагноз может быть окончательно установлен с помощью биопсии щитовидной железы. Иглу вводят в щитовидную железу, отбирают некоторые клетки и делают мазок на предметном стекле. Врач увидит в мазке много лимфоцитов крови, что указывает на воспалительную природу реакции в щитовидной железе.

Лечение

Если диагноз уже установлен, то для лечения АИТ проводят заместительную терапию гормоном щитовидной железы (L-Тироксином), даже если функция щитовидной железы на данный момент нормальная. Гормон щитовидной железы назначают по следующим причинам:

- 1) он уменьшает зоб, подавляя выработку гипофизом тиреотропного гормона (ТТГ);
- 2) он предотвращает развитие недостаточности щитовидной железы и соответствующее снижение уровней гормонов щитовидной железы, поскольку эта болезнь может прогрессировать со временем;
- 3) по-видимому, он оказывает нейтрализующее действие на лимфоциты крови, которые вызывают повреждение и разрушение щитовидной железы.

Доза L-Тироксина такая же, как и при гипотиреозе, хотя могут потребоваться несколько большие дозы, чтобы уменьшить зоб. Многих пациентов, в особенности молодых людей, заботит сам зоб, который может оставаться в течение нескольких лет прежде, чем он исчезнет. У большинства пациентов зоб уменьшается за время от 6 до 18 месяцев. Когда железа уменьшается, она не функционирует, и у пациента может развиться гипотиреоз, если не назначено лечение. Поэтому лечение L-Тироксином АИТ должно продолжаться на протяжении всей жизни. Пациенты с АИТ должны встречаться с эндокринологом, по крайней мере, один раз в год, чтобы убедиться, что доза L-Тироксина подобрана правильно и что зоб уменьшился.

Подострый тиреоидит

Подострый тиреоидит встречается примерно в десять раз реже, чем аутоиммунный тиреоидит. Он является преходящей формой тиреоидита, вызывающей гипертиреоз, но не требующей лечения радиоактивным йодом или удаления щитовидной железы.

Имеются данные, что подострый тиреоидит вызывается вирусной инфекцией, поскольку большинство пациентов перенесли инфекцию верхних дыхательных путей за несколько недель до появления тиреоидита. Эта болезнь встречается в форме небольших эпидемий, обычно в связи с известными вирусными инфекциями.

Клинические особенности

Основными симптомами являются болезненное опухание щитовидной железы и симптомы гипертиреоза. Эти симптомы включают непереносимость жары, нервозность, сердцебиение и слабость. Гипертиреоз обусловлен утечкой гормонов щитовидной железы из клеток щитовидной железы, поврежденных вирусной инфекцией. Это временное состояние, поскольку после завершения вирусной инфекции клетки щитовидной железы возвращаются в нормальное состояние. При осмотре у пациента обнаруживается очень чувствительная, опухшая щитовидная железа и слабые признаки гипертиреоза.

Лабораторные анализы

Гипертиреоз развивается примерно у половины пациентов с подострым тиреоидитом. У таких пациентов диагноз может быть подтвержден установлением высоких уровней гормонов щитовидной железы в крови. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ), являющаяся очень полезным анализом при этом заболевании, очень высока (свыше 80). Анализ поглощения радиоактивного йода дает очень низкие результаты. Нормальные значения для этого анализа составляют 15 – 20 %. При подостром тиреоидите поглощение обычно составляет менее 1 %. Это связано с тем, что клетки, зараженные вирусом, "больны" и неспособны поглощать йод.

Лечение

Для лечения легких форм этого заболевания используют противовоспалительные препараты для снятия воспаления, отека и боли. Пациентам с тяжелыми симптомами можно назначить стероидные гормоны (кортизон). В большинстве случаев пациент выздоравливает за несколько дней. У некоторых людей болезнь продолжается дольше и иногда рецидивирует. Примерно у четверти пациентов в результате значительного повреждения клеток щитовидной железы встречается временная стадия гипотиреоза, которая может потребовать лечения L-Тироксином. В конечном итоге клетки восстанавливаются, и лечение L-Тироксином можно прекратить.

Бессимптомный тиреоидит

Другой причиной гипотиреоза, которая встречается почти также часто как подострый тиреоидит, является "бессимптомный" тиреоидит. Его назвали так потому, что отсутствуют симптомы или признаки воспаления щитовидной железы. У пациента развивается гипертиреоз, и могут быть такие же симптомы, как у пациентов с гипертиреозом Грейвса-Базедова.

Послеродовой тиреоидит

Послеродовой тиреоидит часто встречается у женщин, которые недавно родили ребенка и имеют в анамнезе заболевания щитовидной железы. Во многих отношениях бессимптомный и послеродовой тиреоидит сходны с аутоиммунным тиреоидитом, за исключением того, что железа обычно восстанавливается, и лечение гормоном щитовидной железы требуется всего в течение нескольких недель. Однако он отличается от подострого тиреоидита тем, что часто рецидивирует.