

Xəstəlik sinifi (XBT-10)	Endokrin sistemin xəstəlikləri, maddələr mübadiləsi və qidalanma pozğunluqları (E00-E90)
---------------------------------	---

İlkin versiyanın tərtibatçı (İSİM)	Kazımova Z.
---	--------------------

XBT-10 rubrikası	Xəstəliklər
E06.0	Kəskin tireoidit Qalxanabənzər vəzinin absesi Tireoidit: • piogen • irinli İnfeksiyon amili müəyyənləşdirmək zərurəti yaranarsa, əlavə koddan (B95-B97) istifadə edilir.
E06.1	Yarımkəskin tireoidit Tireoidit: • de-Kerven • nəhəng hüceyrəli • qranulamatoz • yarımkəskin <i>Çıxarılıb:</i> autoimmun tireoidit (E06.3)
E06.2	Keçici tireotoksikozla müşayiət olunan xroniki tireoidit <i>Çıxarılıb:</i> autoimmun tireoidit (E06.3)
E06.4	Medikamentoz tireoidit Dərman preparatını müəyyənləşdirmək lazım gələrsə, xarici təsirlərin əlavə kodundan (XX sinif) istifadə edilir
E06.5	Digər xroniki tireoidit Tireoidit: • xroniki: - ƏGO - fibroz • ağacabənzər • Ridel
E06.9	Dəqiqləşdirilməmiş tireoidit

Müalicə

Kəskin tiroidit

Kəskin irinli tiroiditin müalicəsi məcburi antibakterial müalicə, simptomatik terapiya, ultrasəs ilə ponksiyon drenajı və cərrahi müalicəni əhatə edir.

Konservativ müalicə:

Kəskin tiroiditi olan xəstələrin 24 saatlıq xəstəxana şəraitində müalicəsi tövsiyə olunur .

Yarımkəskin tiroidit

Konservativ müalicə:

Yarımkəskin tiroiditin (YKT) müalicəsi üçün klassik dərmanlar qeyri-steroid iltihabəleyhinə dərmanlar (QSİƏP) və qlükokortikosteroidlərdir . Lazım gələrsə, beta-blokerlər tirotoksik fazada simptomatik vasitələr kimi istifadə olunur.

Birinci mərhələdə yüngül simptomatik YKT olan xəstələrə əsas təzahürləri (taxikardiya, ağrı, qızdırma) aradan qaldırmaq üçün beta-blokerlər və QSİƏP-lər təyin etmək tövsiyə olunur.

Simptomatik tirotoksikozu olan xəstələrdə, xüsusilə yaşlılarda və istirahətdə ürək dərəcəsi >90 döyüntü/dəqiqədə olan xəstələrdə, eləcə də ürək-damar xəstəlikləri olan xəstələrdə (kontrendikasyonlar istisna olmaqla; bronxial astmada ehtiyatla) beta-blokerlər ehtiyac olduqda tövsiyə olunur.). Doza fərdidir, ən çox gündə 40-120 mq **Propranolol (propranolol) və ya** 25-50 mq/gün **Atenolol (atenolol)** istifadə olunur. QSİƏP-lər yüngül simptomları olan xəstələrdə ağrıları azaldır və birinci sıra terapiya hesab edilməlidir. QSİƏP-lər ilə ağrının aradan qaldırılması üçün orta vaxt 5 həftədir (mümkün diapazon 1-20 həftə). Tarixən, Asetilsalisil turşusu QSİƏP kimi istifadə edilmişdir, lakin onun T4-ü zülal birləşməsindən sıxışdırmaq qabiliyyətinə dair sübutlar mövcuddur və buna görə də digər dərmanlardan istifadə etmək üstünlük təşkil edir. **İbuprofen (ibuprofen)** istifadə etmək mümkündür, lakin ən çox üstünlük verilən uzunmüddətli təsir göstərən dərmanlardır: **naproksen (naproxen)**. Naproksenin dozası və tətbiqi: 500-1000 mq/gün 2 bölünmüş dozada (səhər və axşam) yeməklə, 1 və ya 2 bölünmüş dozada 500 mq/gün saxlama dozası rejiminə mümkün keçidlə .

QSİƏP-lərin bir neçə gün (orta hesabla 5-7 gün) qəbulu effekti olmayan YKT olan xəstələrə və ya xəstələrə qlükokortikosteroid (QKS) terapiyasının (**Prednizolon (prednisolone)** 2-3 dozada 20-30 mq/gün) ağır və ya orta YKT

şiddəti ilə təyin edilməsi tövsiyə olunur (boyunda orta və ya şiddətli ağrıdan şikayətlənmə, həmçinin tirotoksikozun ağır və ya orta dərəcəli simptomları) . Bir neçə gün ərzində QSIƏP -lərin tam dozası ilə müalicəyə cavab verməyən xəstələrə kortikosteroidlər təyin edilməlidir. Standart tövsiyələr Prednizolonun 20-30 mq/gün dozada istifadə edilməsidir və QKS-nin dozasının azaldılması meyarı tiroid ağrıların azalması və ya yox olması (24-72 saatdan sonra), EÇS-nin normallaşmasıdır (monitorinq müalicənin başlanmasından 2 həftə sonra həyata keçirilir). 2 həftə ərzində QKS-nin istifadəsindən klinik təsirin olmaması tiroid bezində patoloji prosesin fərqli bir təbiətinin diaqnostik əlaməti ola bilər. Bununla belə, simptomlar şiddətli olarsa, 1-2 həftə ərzində gündəlik 40 mq, klinik reaksiyadan asılı olaraq 2-4 həftə və ya daha uzun müddət ərzində tədricən dozanın azaldılması da təyin oluna bilər.

Bir araşdırma göstərdi ki, hər 2 həftədən bir 5 mq azaldılmış 15 mq Prednizolonun aşağı ilkin gündəlik dozası effektivdir. Bununla belə, xəstələrin 20%-i kortikosteroid qəbulunu dayandırmaq üçün 8 həftədən çox vaxt çəkdi. Bu tip terapiya xüsusi hallarda alternativ rejim kimi tövsiyə oluna bilər. QKS ilə müalicə zamanı qalxanabənzər vəzin həcmində azalma və müsbət ekoqrafik dinamika müşahidə olunur. Xəstələrdə tiroid vəzinin exoqrafik mənzərəsinin normallaşdırılması klinik və laboratoriya məlumatlarının normallaşması ilə müqayisədə gecikir.

Tireotoksikozu korreksiya etmək məqsədilə YKT olan xəstələrə antitiroid preparatların (tireostatiklər) təyin edilməsi tövsiyə edilmir .

Müalicə məqsədi ilə YKT olan xəstələrə antibiotik terapiyasının təyin edilməsi tövsiyə edilmir . Antibiotik terapiyası təsirsizdir, çünki xəstəliyin etiologiyası, ehtimal ki, virusdur.

Hipotiroid mərhələsində YKT olan xəstələrə **Levotiroksin natrium (levothyroxine sodium)** təyin etmək tövsiyə olunur, 3-6 ay müddətində, sonra onun çıxarılması və tiroid funksiyasının qiymətləndirilməsi.

Amiodaronun səbəb olduğu tiroidit

Konservativ müalicə:

Amiodaron qəbul edən xəstələrə, aşkar hipotiroidizm aşkar edilərsə, müalicə rejiminə **Levotiroksin natrium (levothyroxine sodium)** əlavə etməklə preparatın qəbulunu davam etdirmək və eutiroid statusunun saxlanmasına nəzarət etmək tövsiyə olunur .

Amiodaron terapiyası kəsildikdə hipotiroidizmin öz başına remissiyası baş verə bilər, lakin induksiya (və ya əsas) otoimmün xəstəliyin olması halında bu mümkün deyil. Hipotireozun inkişafının levotiroksin natrium qəbulu ilə

əhəmiyyətli çətinliklər olmadan kompensasiya oluna biləcəyini nəzərə alaraq, bir çox hallarda həyati əhəmiyyət kəsb edən **Amiodaron (Amiodarone)** terapiyasını dayandırmamağı tövsiyə edirik. Levotiroksin natrium ilə müalicənin effektivliyi üçün meyarlar: TSH səviyyəsinin istinad diapazonunda saxlanması, onun yuxarı həddinə yaxın və ya bir qədər artıq olması və azad T4 və sərbəst T3 səviyyələrinin istinad diapazonunda olması. Levotiroksin natriumun dozaları adi haldan yüksək ola bilər, çünki Amiodaron T4-ün T3-ə çevrilməsinin inhibitorudur. Amiodaron qəbul edən xəstələr ağır ürək xəstəliyi olan xəstələr olduğundan, Levotiroksin natrium ilə terapiya kiçik dozalarla (səhər acqarına 12,5-25 mkq) başlayır və doza 4-6 həftəlik fasilələrlə artırılır. Gələcəkdə TSH səviyyəsinin monitorinqi 3 ayda bir dəfə aparılmalıdır .

Amiodaron qəbul edən xəstələrə, subklinik hipotireoz aşkar edilərsə, levotiroksin natrium terapiyasını təyin etməkdən imtina edərək, preparatın qəbulunu davam etdirmələri, aşkar hipotireozun mümkün irəliləmə riski ilə əlaqədar olaraq TSH və sərbəst T4 səviyyələrinə mütəmadi olaraq nəzarət etmələri tövsiyə olunur.

Amiodaronun yaratdığı tirotoksikozun inkişafı halında amiodaron ilə müalicənin dayandırılması və ya davam etdirilməsi məsələsinə vəziyyətin şiddətini və vəziyyətinin ağırlığını nəzərə alaraq, endokrinoloq və kardioloqla birlikdə hər bir xəstə üçün fərdi olaraq qərar vermək tövsiyə olunur alternativ antiaritmik terapiyaya keçmək imkanı.

Amiodaronun yaratdığı tiroiditin inkişafı ilə amiodaron** ilə müalicənin davam etdirilməsinin mümkünlüyü məsələsi mübahisəlidir, çünki: tez-tez onsuz aritmiya nəzarəti mümkün deyil, lipofillik dayandırıldıqdan sonra yaxşılaşmaya səbəb olmur, çünki dərman dayandırıldıqdan sonra aylar ərzində bədəndə qalır və bundan əlavə, amiodaron ürək toxuması da daxil olmaqla T4-ün T3-ə çevrilməsini maneə törədir və buna görə də onun çıxarılması tirotoksikozun artmasına səbəb ola bilər. Amiodaronun səbəb olduğu tirotoksikozu olan xəstələrdə amiodaronun müalicəsi dayandırıldıqdan sonra ölüm halları bildirilmişdir. II tipin özünü məhdudlaşdıran xəstəlik olduğunu nəzərə alaraq, amiodaronun dayandırılması daha sürətli yaxşılaşmaya səbəb ola bilər, lakin belə xəstələr istənilən halda kortikosteroid terapiyasına effektiv cavab verə bilərlər. Xəstəliyin dayandırılmasından sonra amiodaron ilə terapiyanın bərpasının mümkünlüyü məsələsi ayrıca müzakirə olunur. Amiodaronun səbəb olduğu tirotoksikoz tip 2 aradan qaldırıldıqdan sonra amiodaronun qəbulu bərpa oluna bilər. Göstərilmişdir ki, antitiroid preparatları profilaktik terapiya aparılmasa, amiodaronun səbəb olduğu 1-ci tip tirotoksikozun residivi halların 70%-də baş verir və buna görə də amiodaronun qəbulunu bərpa etməzdən əvvəl radikal müalicə aparılmalıdır. II tip üçün residiv haqqında belə məlumat yoxdur və amiodaronun bərpası mümkündür.

Amiodaronun səbəb olduğu tip I tirotoksikoz təsdiqləndikdən sonra xəstələrə tiroid funksiyasını normallaşdırmaq üçün antitiroid dərmanlarla müalicəyə başlamaq tövsiyə olunur .

Amiodaronun səbəb olduğu tirotoksikoz tip 1-də tiroid hormonlarının sintezini boğmaq üçün antitiroid dərmanların istifadəsi tövsiyə olunur. Tərkibində yüksək yod olan qalxanabənzər vəzi toxumasına təsirinin effektivliyinin azalması səbəbindən daha yüksək dozalar tələb olunur (**Tiamazol (Thiamazole)- 40-60 mq/gün, Propiltiourasil (propylthiouracil)- 600-800 mq/gün**) və dərmanın müddəti kompensasiya müddəti uzadılır. Eutiroidizm adətən 6-12 həftədən sonra bərpa olunur. Antitiroid dərmanın dozası la sonra azaldılmalıdır tirotoksikozun borator kompensasiyası (fT4 və fT3 səviyyələrinin normallaşdırılması).

Amiodaronun səbəb olduğu II tip tirotoksikoz təsdiq edildikdə, xəstələrə tiroid funksiyasını normallaşdırmaq üçün qlükokortikosteroid terapiyasına başlamaq tövsiyə olunur .

Yüngül tirotoksikoz ilə dinamik müşahidə mümkündür. Ağır hallarda QKS 7-12 həftə ərzində təyin edilir (Prednizolon gündə 20-80 mq). QKS-nin daha erkən ləğvi (2-3 həftədən sonra) tirotoksikozun residivinə səbəb olur.

Amiodaronun səbəb olduğu tirotoksikozlu xəstələrə aşağıdakı hallarda qlükokortikosteroidlər və antitiroid dərmanlarla kombinasiyalı terapiya təyin etmək tövsiyə olunur: xəstəliyin növünü ayırd etmək çətinlikdir, xəstənin vəziyyəti qeyri-sabitdir və monoterapiya ilə mümkün yaxşılaşmaya nail olmaq çox riskli ola bilər və ya xəstə monoterapiyaya cavab vermədikdə .

Amiodaronun səbəb olduğu tirotoksikoz tip I və ya II tip kimi təsnif edildikdə, xəstələr həm differensial diaqnostikada çətinliklər, həm də qarışıq patogenezi olan formaların mövcudluğu səbəbindən bu alt tipə xüsusi olaraq yönəldilmiş terapiyaya cavab vermirlər. Ağır ürək patologiyası olan xəstələrdə tirotoksikoz təhlükəsini və onun sürətli relyef ehtiyacını nəzərə alaraq, kombinasiya terapiyasının təyin edilməsi əsaslandırılır.

Cərrahiyyə

Amiodaronun səbəb olduğu tirotoksikozu olan xəstələrdə konservativ müalicə səmərəsiz olduqda və ürək-damar patologiyası pisləşərsə, tiroidektomiya da daxil olmaqla cərrahi müalicənin nəzərdən keçirilməsi tövsiyə olunur.

amiodaronun səbəb olduğu tiroiditi olan xəstələrdə bir neçə cərrahi seriya nəşr edilmişdir və ümumiyyətlə əlverişli nəticələr əldə edilmişdir.

Sitokinin səbəb olduğu tiroidit

Konservativ müalicə:

Destruktiv tiroiditin tirotoksik fazasında antitiroid dərmanlar təyin etmədən xəstələrin monitorinqi tövsiyə olunur .

Sitokinin səbəb olduğu tirotoksikoz çox vaxt keçici və özünü məhdudlaşdıran olur. Beta-blokerlər simptomatik müalicə olaraq istifadə edilə bilər. Antitiroid dərmanlar hepatotoksik təsirə səbəb ola bilər ki, bu da terapiyanın interferon qrupundan olan dərmanlarla aparıldığı əsas xəstəliyi ağırlaşdırmağa bilər və patogenetik cəhətdən əsaslandırılır.

Destruktiv tiroiditin hipotiroid fazasında 1 il müddətində **Levotiroksin natrium (levothyroxine sodium)** ilə əvəzedici terapiya aparmaq, sonra isə dərmanı dayandırmaq cəhdi tövsiyə olunur .

Əksər xəstələrdə hipotiroidizm keçici olduğundan, bir ildən sonra levotiroksin natrium qəbulunu dayandırmaya cəhd edilir.

Litium tərkibli məhsulların istifadəsi nəticəsində yaranan tiroidit

Konservativ müalicə:

Litiumun səbəb olduğu tiroiditin inkişafını litium preparatlarının dayandırılması üçün bir göstərici kimi nəzərdən keçirməmək tövsiyə olunur, çünki sonuncular psixi xəstəliklərin müalicəsinin əsas komponentidir .

Litiumla əlaqəli hipotiroidizmi olan xəstələrin əksəriyyəti müalicənin dayandırılmasından sonra eutiroid statusunu bərpa edir. Bununla belə, litium preparatları bipolyar pozğunluğun hərtərəfli müalicəsində əsas komponentdir. Dərmanla kifayət qədər kompensasiya olunan və tez-tez keçici xarakter daşıyan inkişaf etmiş tiroid patologiyası səbəbindən ondan imtina əsaslandırılır.

Litium qəbulu ilə əlaqəli tiropatiyaların idarə edilməsi taktikası əsaslı şəkildə fərqlənir və xəstəliyin etiopatogenetik variantından asılıdır. Hipotiroidizm üçün Levotiroksin natrium ilə əvəzedici terapiya göstərilir. Ağrısız tiroidit inkişaf edərsə, simptomları aradan qaldırmaq üçün beta-blokerlərlə müalicə tövsiyə olunur. Bəzi hallarda qlükokortikosteroidlərin istifadəsi nəzərə alınmalıdır, lakin yalnız ağır tirotoksikoz hallarında. Qlükokortikosteroidlər onların psixi vəziyyətə mümkün mənfi təsirini (bipolyar pozğunluğu olan xəstələrdə manik epizodların inkişafı) nəzərə alaraq ehtiyatla istifadə edilməlidir.

Riedel tiroiditi

RT-də xəstəliyin nadir olması ilə əlaqədar olan tədqiqat nəticələrinin olmaması səbəbindən həm konservativ terapiyanın, həm də əməliyyatın optimal həcmnin seçilməsi ilə bağlı konsensus yoxdur.

TR müalicəsi daxildir:

- QKS;
- antiestrogenlər;
- cərrahiyyə;

Konservativ müalicə:

RT olan xəstələrə kortikosteroidlərin təyin edilməsi tövsiyə olunur. QKS konservativ terapiyanın əsası hesab olunur, iltihabəleyhinə təsiri xəstəliyin erkən mərhələlərində istifadə edildikdə ən təsirli olur. Hazırda effektiv doza yoxdur.

Tamoksifen (tamoxifen) RT olan xəstələr üçün tövsiyə olunur.

Tamoksifen RT və sistemik fibrozun digər təzahürlərini müalicə etmək üçün istifadə edilən selektiv estrogen reseptor modulyatorudur . Fibröz toxuma böyüməsinin güclü inhibitoru olan şış böyümə faktoru beta (TGF-β) induksiya edir.

Cərrahiyyə

Minimum cərrahi müdaxilə yalnız sıxılma sindromunun əlamətləri üçün tövsiyə olunur .

Ədəbiyyat

Острые и хронические тиреоидиты

Клинические рекомендации РФ 2018-2020 (Россия)

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B5-%D0%B8-%D1%85%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5-%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BE%D0%B8%D0%B4%D0%B8%D1%82%D1%8B-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D1%84-2020/16673>