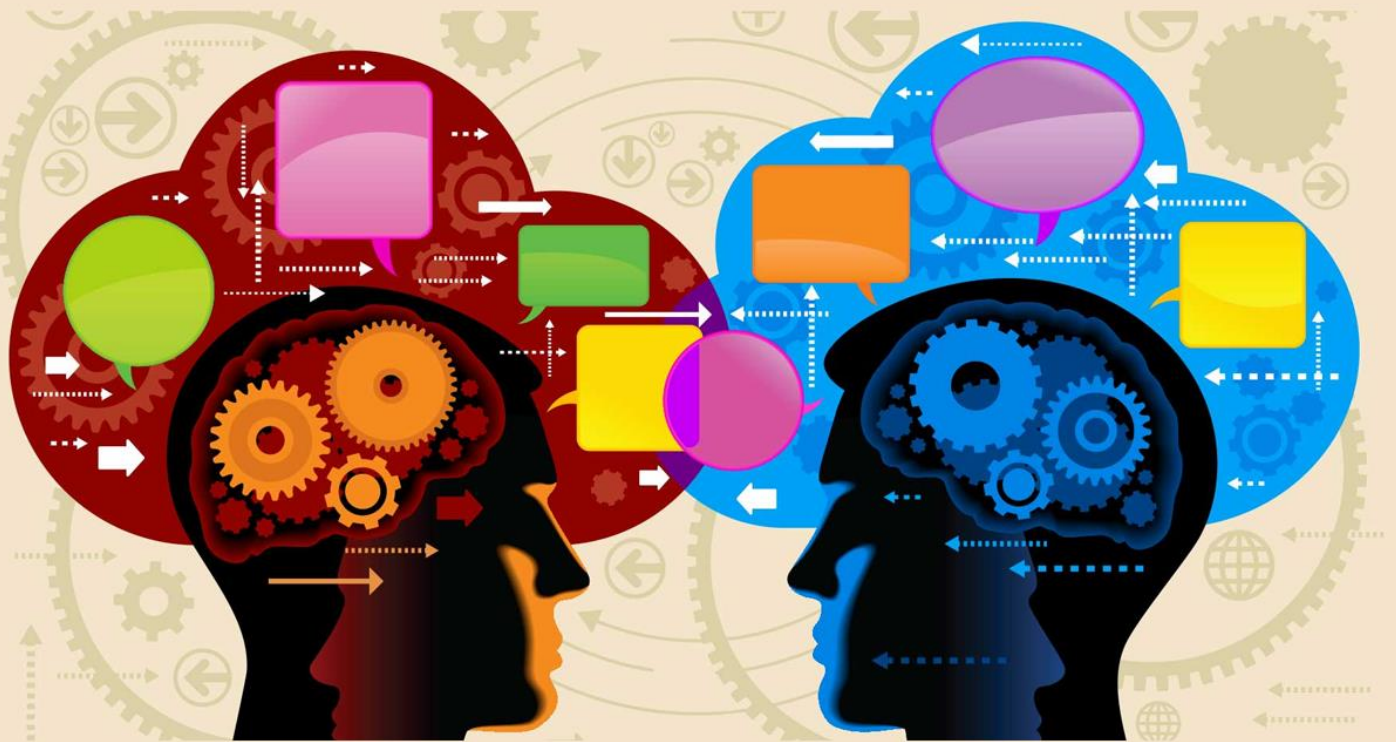


**SCI-CONF.COM.UA**

**SCIENCE, SOCIETY, EDUCATION:  
TOPICAL ISSUES AND  
DEVELOPMENT PROSPECTS**



**ABSTRACTS OF VII INTERNATIONAL  
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE  
JUNE 7-9, 2020**

**KHARKIV  
2020**

## МЕДИЦИНСКІЕ НАУКИ

- 14 **Березовский В. Н.** 94  
ЛЕЧЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ
- 15 **Бойко О. В., Нирка І. Є.** 101  
ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА МЕМБРАННА ОКСИГЕНАЦІЯ ПРИ  
ТЯЖКИХ ГОСТРИХ ПНЕВМОНІЯХ У ДІТЕЙ
- 16 **Букало О. О.** 103  
УЛЬТРАЗВУКОВА КАРТИНА ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У  
ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОЛОГІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ТРИВОГИ
- 17 **Воробець В. В., Макарчук В. С., Ярошовець Є. С.** 108  
СЕЗОННІ ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ ТА  
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЗБУДНИКІВ ГОСТРИХ  
ТОНЗИЛІТІВ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ЗА 2019 РІК
- 18 **Герасименко О. І., Герасименко К. О., Герасименко В. В.** 110  
КОМОРБІДНІСТЬ У СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ
- 19 **Губар В. О., Мещерякова О. П.** 116  
ЗНАЧЕННЯ ОПТИКИ ЯК РОЗДІЛУ БІОФІЗИКИ У МЕДИЧНІЙ  
ДІЯЛЬНОСТІ
- 20 **Жогіна О. О.** 120  
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З  
ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЄЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ
- 21 **Жулавский И. А.** 127  
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С  
САРКОПЕНИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕФЕРЕНСНЫХ  
ЗНАЧЕНИЯХ ТЕСТОСТЕРОНА
- 22 **Исмоилов Р. А., Индиаминов С. И., Шопулатов И. Б.** 130  
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ  
НИЖНЕГО ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ  
ТУПОЙ ТРАВМЕ
- 23 **Квітанова Н. Г., Почерніна В. В.** 136  
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСОРІАЗУ У ВАГІТНИХ
- 24 **Козейчук П. О., Самченко К. В., Райлян М. В.** 138  
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЕПІДЕМІОЛОГІЮ НОВОЇ  
КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ COVID-2019
- 25 **Колесніченко О. А., Древаль М. В.** 140  
ВПЛИВ ПЛАСТИКОВИХ ПЛЯШОК НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ  
ТА ЗОВНІШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ
- 26 **Кулітка Е. Ф., Хайрулліна В. Р., Прокопчук Я. М.** 143  
СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ
- 27 **Лакно О. В., Свентозельська Т. В.** 145  
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПІДГОСТРОГО ЛІМФОЦИТАРНОГО  
(«ПІСЛЯПОЛОГОВОГО») ТИРЕОЇДИТУ, ОСОБЛИВОСТІ  
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

# КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПІДГОСТРОГО ЛІМФОЦИТАРНОГО («ПІСЛЯПОЛОГОВОГО») ТИРЕОЇДИТУ, ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

**Лахно Ольга Вікторівна**

к.м.н., доцент

**Свентозельська Тетяна Володимирівна**

студентка

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

**Вступ.** Підгострий лімфоцитарний тиреоїдит (ПЛТ) – це аутоімунне запалення щитовидної залози, яке характеризується початком з раптовими проявами тиреотоксикозу. Згідно з епідеміологічними даними приблизно 35 % від загальних випадків тиреоїдиту складає підгострий лімфоцитарний тиреоїдит. Найчастіше хвороба зустрічається у жінок від 30 до 50 років, та у жінок дітородного віку. Також, підгострий лімфоцитарний тиреоїдит виникає у 5-10% жінок в післяпологовому періоді, зазвичай від 6 тижнів до 3 місяців після пологів, тому даний тип тиреоїдиту ще називають післяродовим.

**Мета роботи.** На прикладі клінічного випадку підгострого лімфоцитарного тиреоїдиту виявити особливості діагностики та лікування даної патології.

**Результати і обговорення.** В ендокринологічному відділенні Харківської обласної клінічної лікарні, знаходилась на лікуванні жінка 33 років, яка відмічала протягом останніх двох місяців: загальну слабкість, незрозумілу втрату ваги, часті зміни настрою, дратівливість, підвищену втомлюваність та короткотривалі припливи відчуття жару. Пацієнтка, сім місяців назад народила дитину, після пологів перша менструація з'явилась через 3 тижні, але зараз цикл нерегулярний. Об'єктивно при пальпації щитовидної залози виявлено щільний дифузний зоб, невеликого розміру та безболісний при пальпації. Хворій було призначено наступний перелік аналізів: загальний аналіз крові,

визначення Т3, Т4 та тиреотропний гормон (ТТГ), визначення поглинання радіоактивного йоду щитовидною залозою, аналіз на антитиреоїдні аутоантитіла та антитіла до тиреопероксидази. В загальному аналізі крові показники у межах норми, окрім незначно підвищеної ШОЕ; загальний Т3 і Т4, вільний Т3 і Т4 –підвищені, Т3/Т4 – 19:1; рівень ТТГ – знижений; у крові спостерігаються антитиреоїдні аутоантитіла та антитіла до тиреопероксидази. На цьому етапі ми запідозрили можливий у хворої підгострий лімфоцитарний тиреоїдит (ПЛТ) та провели диференційну діагностику з дифузним токсичним зобом. Прояви тиреотоксикозу будуть приблизно однакові, але відрізнятимуться: за вираженістю (при ПЛТ – менш виражені), за тривалістю симптоматики (при ПЛТ – менше 3 місяців, при дифузному токсичному зобу – більше 3 місяців), за характером зобу (при ПЛТ – щільний, дифузний, невеликий та безболісний, при дифузному токсичному – дифузний, великий та болісний при пальпації), за відношенням Т3/Т4 (при ПЛТ – не більше ніж 20:1, при дифузному токсичному зобу - більше ніж 20:1). Також при ПЛТ будуть відсутні очні симптоми та мікседема, яка характерна для проявів дифузного токсичного зобу. На цьому етапі жінці були призначені бета-блокатори, а саме пропранолол по 1 таблетці 3 рази на день протягом 5 діб. Препарати які подавляють продукцію гормонів щитовидної залози, радіойодтерапія чи хірургічне втручання використовувати у даному випадку недоцільно.

Через два місяці хвора знову звернулась до лікарні з симптомами: непереносимість холоду, підвищену втомлюваність, головні болі, надмірну сухість шкіри та волосся, запор та безпричинне збільшення маси тіла. Також у ході розмови виявилось, що попередньо призначену терапію жінка не приймала. Враховуючи стадії та перебіг підгострого лімфоцитарного тиреоїдиту очевидно, що після фази гіпертиреозу, з якою зверталась хвора напередодні, наступила еутиреоїдна стадія, але в період «вдаваного благополуччя» резерви гормонів щитовидної залози зменшувались, до цього часу. При пальпації щитовидної залози, виявлено невеликий безболісний щільний зоб, як і при попередньому огляді два місяці назад. За результатами

аналізів, загальний Т3 і Т4, вільний Т3 і Т4 – знижені, рівень ТТГ – підвищений (12,0 мОд/л); у крові спостерігаються антитиреоїдні аутоантитіла та антитіла до тиреопероксидази. На УЗД спостерігається, гіпоехогенність щитовидної залози та незначне збільшення її розмірів та об'єму. Враховуючи виражену симптоматику та рівень ТТГ- 12,0 мОд/л, хворій призначена замісна терапія левотироксином. Перед контрольним оглядом через три місяці, після відмінивши замісної терапії, у хворої було виявлено: компенсацію гіпотиреозу, рівень ТТГ у межах норми та відсутність зобу при пальпації щитовидної залози.

**Висновки.** Підгострий лімфоцитарний тиреоїдит може протікати без виражених клінічних ознак, через це багато випадків захворювання залишаються не діагностованими. Транзиторний гіпертиреоз змінюється тривалим гіпотиреозом, який, або переходить в еутиреоїдну стадію, або гіпотиреоз набуває хронічного перебігу. Тому важлива вчасна діагностика даної патології та доцільне призначення терапії відповідно до стадії перебігу.