



ISSN: 2181-3426
Journal DOI: 10.26739/2181-3426



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 6

ISSUE 2

2026

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

6 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 6, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 6, ISSUE 2

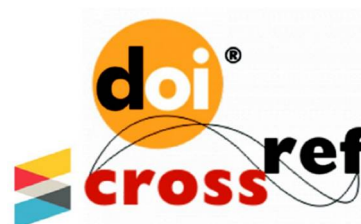
Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2026



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
№2 (2026) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2026-2>

Бош мухаррир:
Главный редактор:
Chief Editor:

Хайдарова Ф. А.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по лечебной работе, главный
эндокринолог РУз, д.м.н., профессор

Бош мухаррир ўринбосари:
Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Халимова З. Ю.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по науке, д.м.н.,
профессор

Маъсул котиб:
Ответственный секретарь:
Executive Secretary:

Каланходжаева Ш. Б.
Заведующая Учебного центра при
РСНПМЦ Эндокринологии, к.м.н.

Техник котиб:
Технический секретарь:
Technical Secretary:

Сиддиқов А.А.
РСНПМЦ Эндокринологии

ТАХРИРИЙ МАСЛАХАТ КЕНГАШИ | РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ | EDITORIAL BOARD

Т. Камалов

Заведующий Отделением гнойные осложнения
сахарного диабета, Республиканского
Специализированного Научно-Практического
Медицинского Центра Эндокринологии имени
академика Ё. Х. Туракулова
д.м.н.

М. Каримов

ГУ “РСНПМЦТ и МР”, руководитель
отдела гастроэнтерологии, д.м.н.,
Профессор

Д. Набиева

Ташкентская медицинская академия,
заведующая кафедрой факультетской и
госпитальной терапии №1 с курсом
профессиональных заболеваний, д.м.н.,
доцент

Н. Алиханова

Заведующая научного отдела Диабетологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Г. Наримова

Заведующая отделением Тиреоидной патологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Н. Юлдашева

Руководитель отдела патологии сетчатки и
зрительного нерва РСНПМЦ
Эндокринологии, д.м.н.

Л. Аббосхужаева - старший научный
сотрудник, к.м.н. РСНПМЦЭ Председатель
Эндокринологической и Диабетической
Ассоциации Узбекистана

Ю. Урманова

Доцент кафедры эндокринологии с детской
эндокринологией ТашПМИ, д.м.н.

Н. Алимова

С.н.с. Отдела детской эндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии. Главный педиатр
эндокринолог МЗ РУз к.м.н

А. Садыкова

Учёный секретарь, к.м.н.

А. Холикова

Заведующая отделением нейроэндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

А. Алиева

Заместитель главного врача по стационару
Республиканского специализированного научно-
практического медицинского центра
эндокринологии МЗ РУз имени академика
Я.Х.Туракулова, к.м.н.

Н. Садикова

Ташкентская медицинская академия,
доцент кафедры Внутренние болезни
№2, к.м.н.

А. Каримов

Руководитель отделения нейрохирургии
РСНПМЦ Эндокринологии, директор РСНПМЦ
Неврологии и Инсульта, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. Алимов - Заместитель министра здравоохранения начальник Главного управления здравоохранения, д.м.н., профессор

Д. Нажмутдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Внутренние болезни №2, д.м.н., профессор

Ж. Аканов - ОФ “Казахстанское общество по изучению диабета”, Президент, к.м.н., главный внештатный эндокринолог г. Алматы, главный врач Центра Диабета МК “AAA”, член AASD, ISE

Ф. Бахритдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Офтальмологии, д.м.н., профессор

М. Каттаходжаева - Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, профессор кафедры акушерства-гинекологии, д.м.н., профессор

В. Мирзаде - Председатель Азербайджанской Ассоциации Эндокринологии, Диабетологии и Терапевтического Обучения, Заведующий кафедрой терапии Азербайджанского государственного Института совершенствования врачей им. А. Алиева, Председатель Научного Общества Эндокринологов Азербайджана, Пожизненный член Международной Диабетической Федерации, д.м.н., профессор

З. Камалов - Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, заместитель директора по научной работе, заведующий лабораторией иммунорегуляции, д.м.н., профессор;

Э. Гроссман - Член академии медицинских наук Великобритании, Заслуженный профессор эндокринологии Оксфордского университета, Старший научный сотрудник Колледжа Грин Темплтон, профессор нейроэндокринологии Барт и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

А. Шек - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМЦ Кардиологии МЗ РУз, д.м.н., профессор

Ф. Тураев - директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, д.м.н.

Б. Шагазатова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры внутренних болезней №2, д.м.н.

М. Пауэлл - Старший консультант нейрохирург Национальной больницы неврологии и нейрохирургии, Директор по образованию нейрохирургии в Великобритании, член комитета и экзаменатор Межвузовского совета по нейрохирургии Королевского хирургического колледжа

В. Панькив - Заведующий отделом профилактики, лечения сахарного диабета и его осложнений Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, эксперт МЗ Украины по эндокринологии, Заслуженный врач Украины д.м.н., профессор

Б. Даминов - Ректор Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, д.м.н., Профессор

Т. Хегай - Заведующая лабораторией геномно-клеточных технологий Института иммунологии и геномики человека АН РУз, д.м.н.

Е. Георгадзе - Профессор Национального института эндокринологии Тбилиси MD, PhD

Т. Саатов - Институт Биофизики и биохимии при НУ Уз, заведующий лабораторией Метаболимики, доктор биологических наук, профессор, академик АН РУз.

Р. Базарбекова - Председатель РОО «Ассоциация врачей-эндокринологов Казахстана», заведующий кафедрой эндокринологии КазМУНО, д.м.н., профессор

Л. Туйчиев - Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н., профессор

А. Гадаев - Профессор кафедры внутренних болезней 3 Ташкентской медицинской академии, д.м.н.

Г. Рахимова - Заведующая кафедрой эндокринологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, д.м.н., профессор

Ш. Зуфарова - директор Республиканского центра репродуктивного здоровья населения, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии

1. Teshayev Oktyabr Ruxillayevich, O'ktamova Dinora Zafar qizi, Eshnazarov Shoxzodbek Odil o'g'li 2-TOIFA QANDLI DIABET BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA IKKI YO'LLI TRANZIT BILAN SLEEVE GASTREKTOMIYA OPERATSIYASINING GLYUKEMIK NAZORATGA TA'SIRI.....	6
2. Муратова Шахло Тахиржановна, Алимов Анвар Валиевич, Сулайманкулова Бибихожар Эркиновна, Иминов Исмаил Шухратович РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МЕТИЛИРОВАНИЯ ДНК В ПАТОГЕНЕЗЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА.....	13
3. Юсупова Ирода Мухаммадрахимовна, Нарбутаева Дилдора Абдусаматовна, Арипова Салима Фазыловна, Артикова Дилфуза Махаматовна, Исламова Жаннат Икромовна МОДУЛИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА <i>SRAMBE KOTSCHYANA</i> НА МЕТАБОЛИЧЕСКИ-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ.....	23
4. Тожиева Ирода Мирсоли кизи ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ.....	31
5. Муратова Шахло Тахиржановна, Турсунов Хусан Фуркат огли, Умарова Хушноза Сардор кизи, Холмуродова Гулноза Арзимурод кизи ТИРЕОИДИТ РИДЕЛЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РЕДКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	38
6. Муратова Шахло Тахиржановна, Алимов Анвар Валиевич, Чекманов Владимир Николаевич, Ли Виктория Афанасьевна ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ.....	46
7. Файзуллаев Бахром Рустамович, Исломов Иномжон Исломович, Хусайнов Адхам Шухратович, Норматова Умида Юлдашевна ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ПРЕПАРАТОМ САКУБИТРИЛ/ВАЛСАРТАН (САВЕСТО) НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	53
8. Наджимитдинова Зухра Зокировна, Хакназарова Азиза Абдусамад кизи, Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ 6–12 ЛЕТ, РОЖДЁННЫХ ОТ БЕРЕМЕННОСТЕЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ АГОНИСТАМИ ДОПАМИНА.....	64
9. Тригулова Раиса Хусайновна, Мухтарова Шахноза Шокиржоновна, Ходжаева Феруза Садыковна, Ганижоннова Мохларойим Алишер кизи ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ.....	74
10. Надырханова Наталья Суратовна, Каримова Лutfия Азизовна, Нишанова Фируза Пулатовна, Тожиева Ирода Мирсоли кизи ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: АССОЦИАЦИЯ С РАЗВИТИЕМ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	82
11. Халимова Замира Юсуфовна, Дадаханова Марямхон Бахтиер кизи УЗЛЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ГЛОБАЛЬНОЕ, ЭКОНОМИЧЕСКОЕ И ЛИЧНОЕ БРЕМЯ.....	91



Муратова Шахло Тахиржановна,

доктор медицинских наук, старший научный сотрудник

Турсунов Хусан Фуркат огли

Клинический ординатор

Умарова Хушноза Сардор кизи


Клинический ординатор

Холмуродова Гулноза Арзимурод кизи

Клинический ординатор

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии имени академика Ё. Х. Туракулова

ТИРЕОИДИТ РИДЕЛЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА РЕДКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.20848426>

АННОТАЦИЯ

Тиреоидит Риделя представляет собой одну из наиболее загадочных форм воспалительных заболеваний щитовидной железы. Это крайне редкое состояние, при котором нормальная ткань железы замещается плотной фиброзной тканью, что может приводить к серьезным осложнениям. За последние два десятилетия наше понимание этого заболевания значительно изменилось благодаря открытию его связи с IgG4-ассоциированными системными заболеваниями. В данном обзоре мы рассматриваем современные представления об этиологии, диагностических подходах и методах лечения тиреоидита Риделя.

Ключевые слова: тиреоидит Риделя, фиброзный тиреоидит, щитовидная железа, редкие эндокринные заболевания.

Muratova Shakhlo Takhirjanovna

Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher

Tursunov Khusan Furkat ogli

Clinical Resident

Umarova Khushnoza Sardor qizi

Clinical Resident

Kholmurodova Gulnoza Arzimurod qizi

Clinical Resident

Republican Specialised Scientific and Practical Medical Centre of Endocrinology named after Academician Yo. Kh. Turaqulov

RIEDEL'S THYROIDITIS: A CONTEMPORARY PERSPECTIVE ON A R THYROID DISEASE

ABSTRACT

Riedel's thyroiditis is one of the most enigmatic forms of inflammatory disorders of the thyroid gland. It is an extremely rare condition characterized by the replacement of normal thyroid

parenchyma with dense fibrous tissue, which may lead to severe local and systemic complications. Over the past two decades, the understanding of this disease has evolved substantially following the recognition of its association with IgG4-related systemic disease. This review aims to summarize current insights into the etiology, diagnostic strategies, and therapeutic approaches for Riedel's thyroiditis.

Keywords: Riedel's thyroiditis, fibrous thyroiditis, thyroid gland, rare endocrine disorders.

Muratova Shahlo Tohirjonovna

Tibbiyot fanlari doktori, katta ilmiy xodim

Tursunov Xusan Furqat o'g'li

Klinik ordinator

Umarova Xushnoza Sardor qizi

Klinik ordinator

Xolmuradova Gulnoza Arzimurod qizi

Klinik ordinator

Akademik Yo. X. To'raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan
ilmiy-amaliy endokrinologiya tibbiyot markazi

RIDEL TIREOIDITI: QALQONSIMON BEZNING KAM UCHRAYDIGAN KASALLIGIGA ZAMONAVIY QARASHLAR

ANNOTATSIYA

Ridel tireoiditi qalqonsimon bezning yallig'lanishli kasalliklari orasidagi eng sirli va kam uchraydigan shakllardan biri hisoblanadi. Ushbu nihoyatda nodir holatda bezning normal to'qimasi zich fibroz to'qima bilan almashinadi, bu esa og'ir klinik asoratlarga olib kelishi mumkin. So'nggi yigirma yil davomida ushbu kasallik haqidagi ilmiy tasavvurlar uning IgG4 bilan bog'liq tizimli kasalliklar bilan uzviy aloqasi aniqlangach, sezilarli darajada kengaydi. Ushbu sharhda Ridel tireoiditining etiologiyasi, diagnostik yondashuvlari hamda davolash usullari bo'yicha zamonaviy qarashlar bayon etiladi.

Kalit so'zlar: Ridel tireoiditi, fibroz tireoidit, qalqonsimon bez, kam uchraydigan endokrin kasalliklar.

Тиреоидит Риделя часто называют "железным воротником" из-за характерной каменистой плотности пораженной щитовидной железы. Впервые данное заболевание описал австрийский хирург Бернхард Ридель в 1896 году [5,11]. Революционным открытием последних лет стало понимание связи этого заболевания с системными IgG4-ассоциированными процессами, что предложило новые терапевтические возможности [8].

Частота патологии составляет примерно 1 случай на 100 000 населения, что делает его в сотни раз реже, чем аутоиммунный тиреоидит Хашимото. Заболевание имеет выраженную гендерную предрасположенность — женщины болеют в 3-4 раза чаще мужчин. Типичный возраст дебюта — 40-50 лет, хотя описаны случаи как у молодых людей, так и у пожилых пациентов [4]. Географическое распределение случаев неравномерно, что может объясняться как генетическими факторами, так и различиями в диагностических возможностях разных регионов. Большинство описанных случаев приходится на развитые страны, где доступны современные методы визуализации и гистологической диагностики [2,16].

В начале 2000-х годов с открытием группы IgG4-ассоциированных заболеваний доказан этиологический фактор тиреоидита Риделя. Оказалось, что многие случаи тиреоидита Риделя являются локальным проявлением системного процесса, характеризующегося:

- Инфильтрацией тканей IgG4-позитивными плазматическими клетками
- Специфическим типом фиброза (так называемый "storiform" фиброз)
- Облитерирующим васкулитом
- Хорошим ответом на кортикостероидную терапию [6]

На молекулярном уровне ключевую роль играют медиаторы фиброза, особенно трансформирующий фактор роста β (TGF- β) и интерлейкин-4. Эти цитокины стимулируют пролиферацию фибробластов и избыточное образование коллагена, что приводит к замещению нормальной ткани щитовидной железы плотной соединительной тканью [17].

Основной жалобой пациентов является появление плотного, постепенно увеличивающегося образования в проекции щитовидной железы. При пальпации орган имеет выражено «каменистую» или «деревянистую» консистенцию, практически неподвижен, не смещается при глотании, контуры его неровные, часто определяется фиксация к окружающим тканям (4). Ограничение подвижности щитовидной железы является одним из наиболее характерных клинических признаков тиреоидита Риделя.

В отличие от подострого тиреоидита де Кервена, заболевание, как правило, протекает без болевого синдрома, что нередко приводит к поздней диагностике. Вместо боли пациенты чаще предъявляют жалобы на ощущение давления или «инородного тела» в горле (2).

По мере прогрессирования фиброзного процесса формируется клиническая картина компрессии органов шеи:

- Респираторные нарушения являются наиболее угрожающим осложнением. Развиваются инспираторная одышка, ощущение нехватки воздуха, усиливающиеся в положении лёжа. В тяжёлых случаях возможно развитие стридора вследствие выраженного сдавления трахеи, что представляет непосредственную угрозу жизни пациента (4,5).
- Дисфагия обусловлена компрессией пищевода и проявляется затруднением при глотании твёрдой пищи, а в дальнейшем и жидкостей. Пациенты описывают чувство «застревания» пищи в области шеи (2).
- Дисфония и афония развиваются при вовлечении возвратного гортанного нерва. Голос становится осиплым, хриплым, возможно его полное исчезновение, что в ряде случаев носит необратимый характер (5).

Степень выраженности компрессионных симптомов коррелирует с объёмом фиброзной инфильтрации и экстракапсулярным распространением процесса.

По мере замещения функциональной паренхимы фиброзной тканью у большинства пациентов развивается гипотиреоз различной степени выраженности — от субклинического до манифестного (4,13). Гормональная недостаточность формируется медленно и отражает необратимую утрату тиреоцитов.

При вовлечении паращитовидных желез в редких случаях может развиваться гипопаратиреоз, сопровождающийся гипокальциемией, нейромышечной возбудимостью и нарушениями фосфорно-кальциевого обмена (13).

В настоящее время тиреоидит Риделя рассматривается как локальное проявление IgG4-ассоциированного системного фиброзирующего процесса (2,16). У части пациентов выявляется полиорганное поражение, наиболее часто включающее:

- ретроперитонеальный фиброз с развитием обструктивной уропатии;
- IgG4-ассоциированный аутоиммунный панкреатит;
- поражение орбит с развитием экзофтальма;
- генерализованную лимфаденопатию;
- склерозирующий сиалоаденит.

Наличие системного фиброза существенно ухудшает прогноз и требует участия эндокринолога, нефролога, гастроэнтеролога и хирурга.

Диагностика тиреоидита Риделя включает клиничко-инструментальный и морфологический подход. При этом диагностический алгоритм при тиреоидите Риделя начинается с тщательного сбора анамнестических данных и комплексного физикального обследования пациента. Особое внимание уделяется темпам прогрессирования симптомов, наличию или отсутствию болевого синдрома, эпизодам компрессионных нарушений, а также семейному анамнезу по заболеваниям щитовидной железы [5].

При пальпации выявляется резко выраженная «каменистая» плотность щитовидной железы, её неподвижность, отсутствие смещения при глотании, неровность поверхности и

спаянность с окружающими структурами. Регионарные шейные лимфатические узлы при тиреоидите Риделя, в отличие от злокачественных процессов, чаще всего не увеличены [12].

Гормональное обследование включает определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободных фракций тироксина (св. Т4) и трийодтиронина (св. Т3). У большинства пациентов выявляется повышение концентрации ТТГ в сочетании со снижением тиреоидных гормонов, что отражает формирование первичного гипотиреоза вследствие замещения паренхимы железы фиброзной тканью [4].

Антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) и тиреоглобулину (АТ-ТГ) могут быть умеренно повышены, однако данный признак не является специфическим и не обладает самостоятельной диагностической значимостью [10]. В рамках концепции IgG4-ассоциированного заболевания рекомендуется определение уровня IgG4 в сыворотке крови. Повышение концентрации IgG4 поддерживает диагноз, однако нормальный уровень не исключает тиреоидит Риделя, что требует обязательного морфологического подтверждения [3,16].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) выявляет выраженные структурные изменения: неоднородную гипэхогенную паренхиму, нечеткость контуров железы, утрату капсулярной дифференцировки и признаки инфильтрации окружающих мягких тканей. Часто отмечается снижение васкуляризации по данным цветового доплеровского картирования [8]. Магнитно-резонансная томография (МРТ) обеспечивает дополнительную тканевую характеристику фиброзного инфильтрата, высоко информативна для дифференциации фибротического процесса и опухолевого поражения, а также для оценки экстрастиреоидного распространения.

Компьютерная томография (КТ) с контрастированием является ключевым методом оценки распространенности процесса (Рисунок 1). Она позволяет объективно определить степень компрессии трахеи, пищевода, сосудисто-нервных пучков, а также вовлечение средостения и состояние лимфатических узлов.

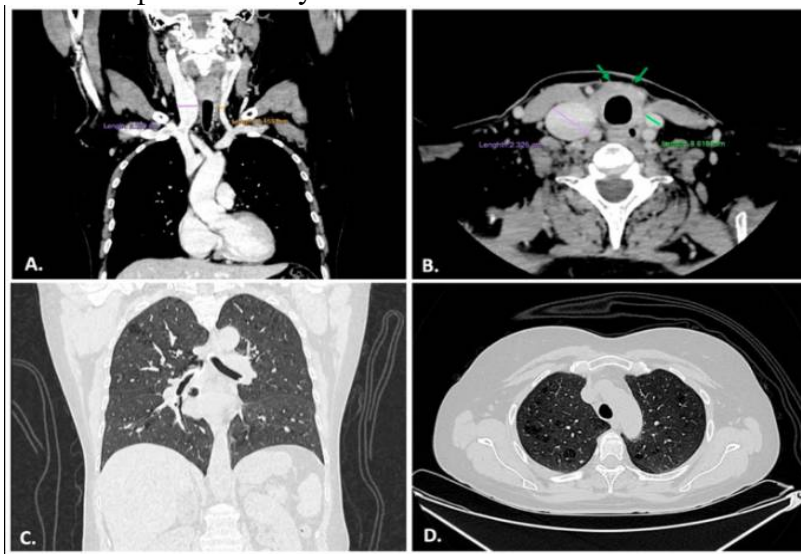


Рисунок 1. Компьютерная томография с контрастированием тиреоидита Риделя.

(А) Венозная фаза контрастирования демонстрирует эктазию правой внутренней яремной вены — фронтальная проекция грудной клетки и шеи.

(В) В отсроченную фазу выявляется эктазия правой внутренней яремной вены и перитрахеальный фиброз (зелёные стрелки), заполняющий ложу щитовидной железы — поперечное сечение шеи.

(С) При исследовании по лёгочному протоколу отмечаются тонкие интерстициальные утолщения, микронодулярные образования, редкие ретикулярные помутнения и лёгкие эмфизематозные изменения — фронтальная проекция грудной клетки.

(D) В верхних долях лёгких наблюдаются аналогичные изменения и умеренно выраженные эмфизематозные признаки — поперечное сечение грудной клетки.

Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) при тиреоидите Риделя нередко оказывается малоинформативной вследствие крайне высокой плотности ткани и невозможности получить репрезентативный клеточный материал. Отрицательный результат ТАБ не исключает диагноз [5,15]. Трепан-биопсия или открытая хирургическая биопсия являются эталонным методом диагностики (Рисунок 2 и 3). Гистологически определяются:

- массивные поля зрелого коллагенового фиброза с разрушением тиреоидной архитектуры;
- плотная лимфоплазмоцитарная инфильтрация;
- большое количество IgG4-позитивных плазматических клеток при иммуногистохимическом окрашивании;
- признаки облитерирующего флебита и васкулита.

Указанные изменения полностью соответствуют морфологическим критериям IgG4-ассоциированного фиброзирующего заболевания [3].

Клинико-морфологическая иллюстрация редкого случая тиреоидита Риделя, описанного у 55-летнего мужчины, имитирующего местно-инвазивную злокачественную опухоль, демонстрирует выраженную деструкцию паренхимы щитовидной железы с тотальным замещением её фиброзной тканью, распространение процесса на окружающие мягкие ткани и ременные мышцы шеи, а также признаки облитерирующего флебита, что полностью соответствует классическим морфологическим критериям тиреоидита Риделя [14].

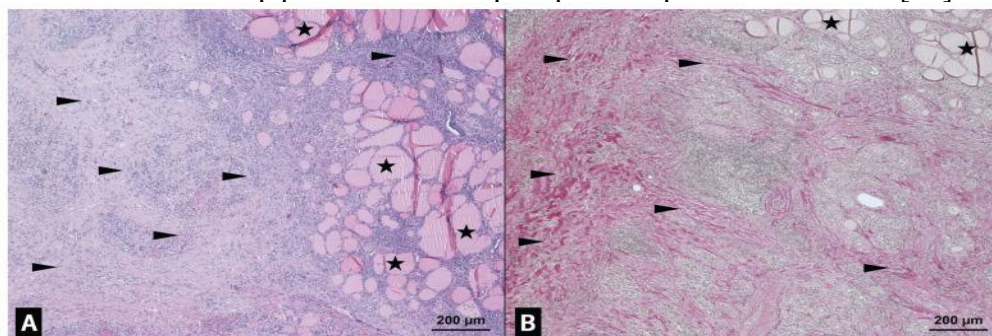


Рисунок 2. Гистологические изображения низкого увеличения у 55-летнего пациента с тиреоидитом Риделя.

(А) Окраска гематоксилином и эозином: разрушение паренхимы щитовидной железы с замещением хроническим фиброзирующим воспалительным процессом с преобладанием лимфоплазмоцитарной инфильтрации (стрелки). Частично сохранённые тиреоидные фолликулы обозначены звёздочками.

(В) Окраска по Эластика–Ван Гизону: плотный, богатый коллагеном келоидоподобный фиброз (бордово-красный цвет, стрелки); в правом верхнем углу сохраняются отдельные фолликулы (звёздочки).

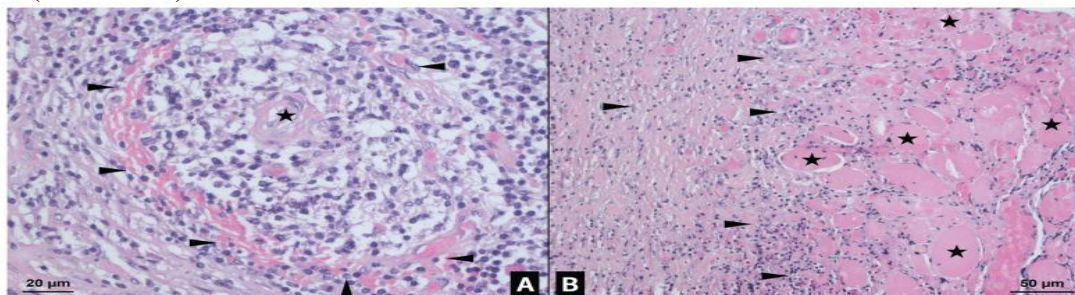


Рисунок 3. Гистологические изображения высокого увеличения.

(А) Облитерирующий флебит с резко суженным просветом сосуда (звёздочка), плотным воспалительным инфильтратом и фибриноидным некрозом сосудистой стенки (стрелки).

(В) Распространение воспалительно-фиброзного процесса на околощитовидные мягкие ткани и поперечнополосатые ременные мышцы шеи (звёздочки).

Дифференциальная диагностика тиреоидита Риделя проводится с анапластическим раком щитовидной железы, лимфомой щитовидной железы и фиброзным вариантом тиреоидита Хашимото.

Исключение анапластической карциномы является принципиальной задачей диагностического этапа. Для неё характерны:

- молниеносный рост опухоли (недели–месяцы);
- выраженный болевой синдром;
- ранняя метастатическая лимфаденопатия;
- признаки системной интоксикации;
- высокоанаплазированная гистологическая структура.

В отличие от тиреоидита Риделя, анапластическая карцинома не сопровождается диффузным зрелым коллагеновым фиброзом [1, 7,9].

Первичная лимфома щитовидной железы может клинически имитировать плотный фиброзирующий процесс [5,8]. Диагноз устанавливается на основании:

- иммуногистохимической верификации В- или Т-клеточной природы опухоли;
- определения моноклональности лимфоцитов;
- отсутствия диффузного келоидоподобного фиброза.

Фиброзный вариант тиреоидита Хашимото является наиболее трудным в дифференциальной диагностике вариантом [7,10]. Для него характерны:

- отсутствие инвазии окружающих тканей;
- сохранный подвижность железы;
- лимфоидная инфильтрация без массивного коллагенового фиброза при гистологическом исследовании.

Лечение тиреоидита Риделя остаётся сложной клинической задачей (Рисунок 4) и в настоящее время сводится от эмпирических подходов к таргетной терапии. В настоящее время основу медикаментозной терапии составляют системные глюкокортикостероиды, преимущественно преднизолон, назначаемый в стартовой дозе около 1 мг/кг массы тела с последующим постепенным снижением дозы. Клинический эффект нередко развивается в первые недели терапии и проявляется уменьшением объёма железы и регрессом компрессионных симптомов [4,5]. Лечение носит длительный характер и требует динамического контроля возможных побочных эффектов.

Альтернативной патогенетически обоснованной терапией является применение тамоксифена, обладающего антифиброзным действием. Препарат может использоваться как в виде монотерапии, так и в комбинации с кортикостероидами, особенно у пациентов с противопоказаниями к стероидам [4,12]. В рефрактерных случаях применяется иммуносупрессивная терапия второго ряда (микофенолата мофетил, азатиоприн, ритуксимаб), особенно при IgG4-ассоциированном варианте заболевания [3,16].

Хирургическое лечение используется строго по показаниям: при критической компрессии дыхательных путей, неэффективности консервативной терапии или необходимости исключения злокачественного процесса. Оперативные вмешательства при тиреоидите Риделя технически сложны и сопровождаются высоким риском повреждения возвратных гортанных нервов и паращитовидных желёз, в связи с чем чаще выполняются органосохраняющие декомпрессионные вмешательства [4,5].

При развитии гипотиреоза проводится заместительная терапия левотироксином с коррекцией по уровню ТТГ. В случае гипопаратиреоза показано назначение препаратов кальция и активных форм витамина D [13].



Рисунок 4. Схема ведения пациентов с тиреоидитом Риделя

Тиреоидит Риделя характеризуется хроническим прогрессирующим течением, однако при своевременной диагностике и адекватной терапии у 70–80% пациентов достигается стабилизация заболевания, рецидивы развиваются у 10–15% больных. К благоприятным прогностическим факторам относятся изолированное поражение щитовидной железы, хороший ответ на кортикостероиды и молодой возраст пациента, тогда как системные проявления IgG4-ассоциированного заболевания, выраженная компрессия дыхательных путей и резистентность к терапии ухудшают прогноз [4,5,11].

Современный этап изучения тиреоидита Риделя связан с развитием молекулярной диагностики, внедрением принципов персонализированной медицины и поиском новых таргетных терапевтических мишеней, направленных на ключевые звенья фиброзного процесса [3, 17].

Литература

1. Are C., Shaha A.R. Anaplastic thyroid carcinoma: biology, pathogenesis, prognostic factors and treatment approaches // *Ann Surg Oncol.* - 2006. – Vol.13(4). – P.453-464.
2. Dahlgren M, Kharlip J, Kharlip J, et al. Riedel's thyroiditis and multifocal fibrosclerosis are part of IgG4-related systemic disease // *Thyroid.* – 2010. – Vol.20(10). – P.1207-1214.
3. Deshpande, V., Zen, Y., Chan, J. K. C., Yi, E. E., Sato, Y., Yoshino, T., Klöppel, G., Heathcote, J. G., Khosroshahi, A., Stone, J. H. Consensus statement on the pathology of IgG4-related disease. // *Modern Pathology.* - 2018 - Vol.31(7). - P.1332–1346. <https://doi.org/10.1038/modpathol.2018.52>
4. Falhammar, H., Jang, Y., Cameron, R., & Yang, J. -2018-. Riedel's thyroiditis: Clinical presentation, treatment and outcomes. // *Endocrine.* - Vol.62(3). - P.506–513. <https://doi.org/10.1007/s12020-018-1698-3>
5. Hennessey, J. V. Riedel's thyroiditis: A clinical review. // *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2011. – Vol.96(10). – P. 3031–3041. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-1393>
6. Ioachim D, Publik MA, Terzea D, Cristea CA, Ghemigian AM, Dumitrascu A, Petrova E, Voinea A, Smarandache R, Ceausu M. IgG4-Mediated Sclerosing Riedel Thyroiditis: A Multidisciplinary Case Study and Literature Review. // *Int J Mol Sci.* -2025 - Vol.12;26(16). - P.7786. doi: 10.3390/ijms26167786.
7. Katz A, Vickery AL. Riedel's struma: a clinicopathologic study. // *Am J Clin Pathol.* - 1974 - Vol.61(1). - P.86–95.
8. Li J, Wang Z, Zhang L, et al. Differential diagnosis of Riedel's thyroiditis and malignant thyroid tumors. // *Pathol Res Pract.* -2010. – Vol.206(2). – P.83–88.

9. Li Y, Nishihara E, Hirokawa M, et al. Distinct clinical, serological, and sonographic characteristics of hashimoto's thyroiditis based with and without IgG4-positive plasma cells. *J Clin //Endocrinol Metab.* -2010. – Vol.95(3). – P.1309-1317.
10. McLeod DS, Cooper DS. The incidence and prevalence of thyroid autoimmunity.// *Endocrine.* - 2012. – Vol.42(2). – P.252–265.
11. Papi G, Corrado S, Carani C, et al. Riedel's thyroiditis: clinical, diagnostic and therapeutic features.// *Thyroid.* -2003. – Vol 13(11). – P.1035–1040.
12. Papi G, Corrado S, Pomponi MG, et al. Riedel's thyroiditis and fibrous variant of Hashimoto's thyroiditis: a clinicopathological and immunohistochemical study.// *J Endocrinol Invest.* -2003. – Vol.26(5). – P.444-449.
13. Pearce, E. N., Farwell, A. P., & Braverman, L. E. (). Thyroiditis. *New England //Journal of Medicine.* - 2003– Vol. 348(26). – P. 2646–2655. <https://doi.org/10.1056/NEJMra021194>
14. Salinovic D, Pavlicek V, Fleischmann A, Renzulli P.// Riedel thyroiditis mimicking a locally invasive malignant tumour in a 55-year-old man. -2025- Oct 13.
15. Schwaegerle SM, Bauer TW, Esselstyn CB Jr.// Riedel's thyroiditis. *Am J Clin Pathol.* – 1988. – Vol.90(6) . – P.715-722.
16. Stone, J. H., Zen, Y., & Deshpande, V. --. //IgG4-related disease. *New England Journal of Medicine.* – 2012. – Vol. 366(6). – P. 539–551. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1104650>
17. Takahashi H, Yamamoto M, Suzuki C, et al. The birthday of a new syndrome: IgG4-related diseases constitute a clinical entity. *Autoimmun Rev.* -2010. – Vol.9(9). – P.591-594.



ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадқиқот город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000