

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава
России
Институт последипломного образования
Кафедра лучевой диагностики ИПО

ТИМОМЕГАЛИЯ У ДЕТЕЙ

Выполнила: ординатор 1-го года по специальности
«Рентгенология» Барковская А.С.

Содержание

- Определение
- Этиология
- Варианты нормы
- Степени гиперплазии
- Клиника
- Прогноз
- Выводы
- Список литературы

Определение

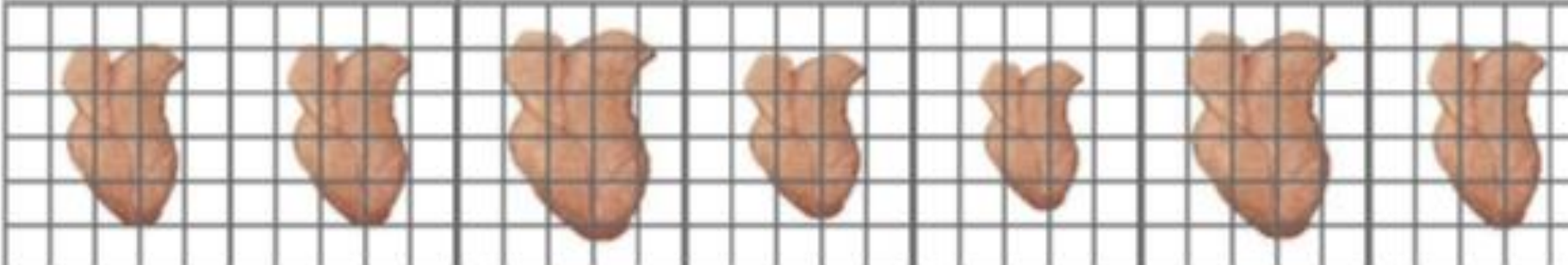
- Тимомегалия – превышение массы и объёма вилочковой железы у детей с сохранением нормальной гистологической структуры органа. Тимомегалия обнаруживается примерно у 13-34% детей раннего возраста и 3-12% детей старше 3-х лет. После 5-6 лет количество детей с тимомегалией существенно уменьшается. У мальчиков тимомегалия диагностируется в 1,5-2 раза чаще, чем у девочек.

ЭТИОЛОГИЯ

- К развитию тимомегалии могут приводить различные эндогенные и экзогенные факторы, а также их сочетание. Доказана генетическая детерминированность тимомегалии и ее связь с HLA-антигенами B15, B18, B27. Определённую роль в формировании тимомегалии у ребёнка играет отягощённый акушерский анамнез матери (аборты и выкидыши в анамнезе, токсикозы беременности, резус-конфликт, поздняя беременность и др.); вредное влияние на плод лекарств, алкоголя, рентгеновского облучения; патология периода новорожденности и раннего возраста (асфиксия, недоношенность, родовые травмы, синдром дыхательных расстройств, конъюгационная желтуха, сепсис новорождённых) и др.

Норма

Возраст	0-3 мес	4-6 мес	7-12 мес	1 год	2 года	3 года	4-7 лет
Масса (грамм)	15	17	25	14,5	13	22	15,7



Размеры вилочковой железы у детей (норма)

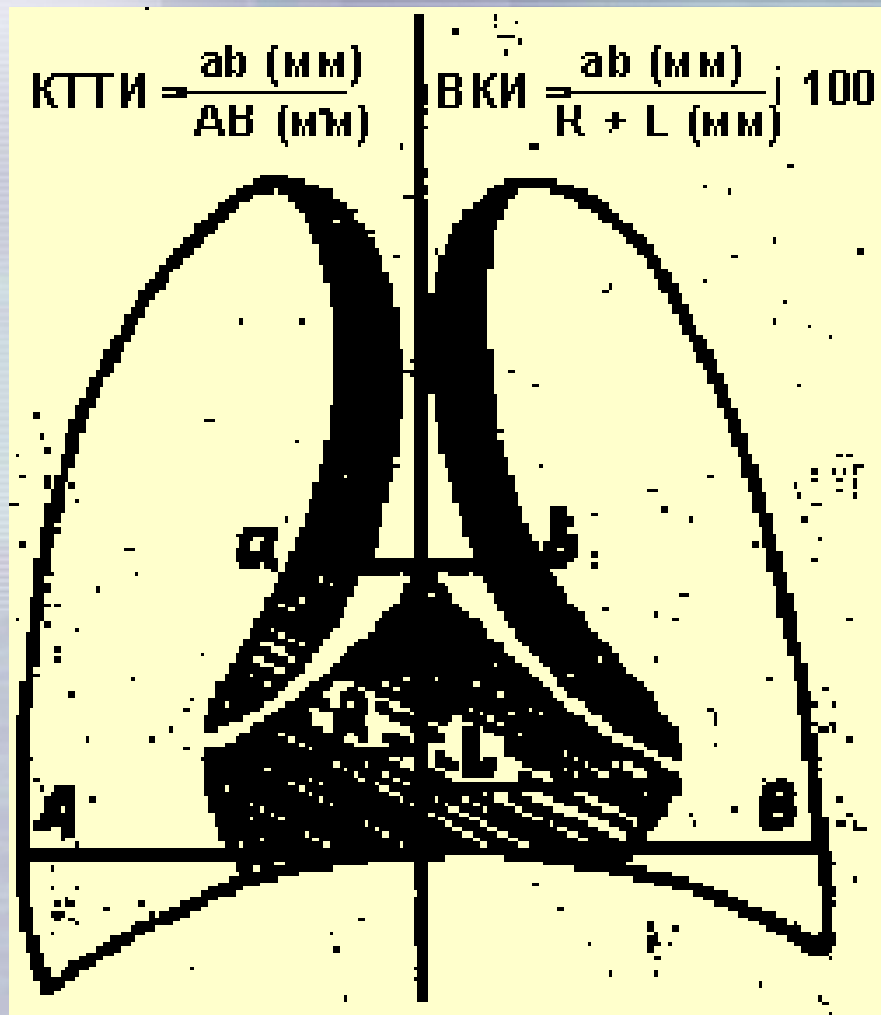
<https://prolimfouzel.ru>

Степени увеличения

У здоровых детей всех возрастных групп, включая новорождённых и детей грудного возраста, на стандартных рентгенограммах грудной клетки в прямой проекции тень вилочковой железы не должна выходить за пределы тени сосудистого пучка и сердца. За I (малую) степень увеличения вилочковой железы принимается состояние, при котором тень органа располагается во внутренней трети лёгочного поля. При увеличении II (средней) степени тень располагается в средней трети лёгочного поля и при увеличении III степени тень тимуса занимает более двух третей лёгочного поля.



<https://radiomed.ru>



Размеры увеличенной вилочковой железы также можно определить на основании подсчёта кардио-тимикоторакального индекса (КТИ-индекса) на рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции. КТИ-индекс определяется как частное от деления ширины кардиотимической тени (в мм) у места бифуркации трахеи на поперечный размер грудной клетки на уровне купола диафрагмы (в мм).

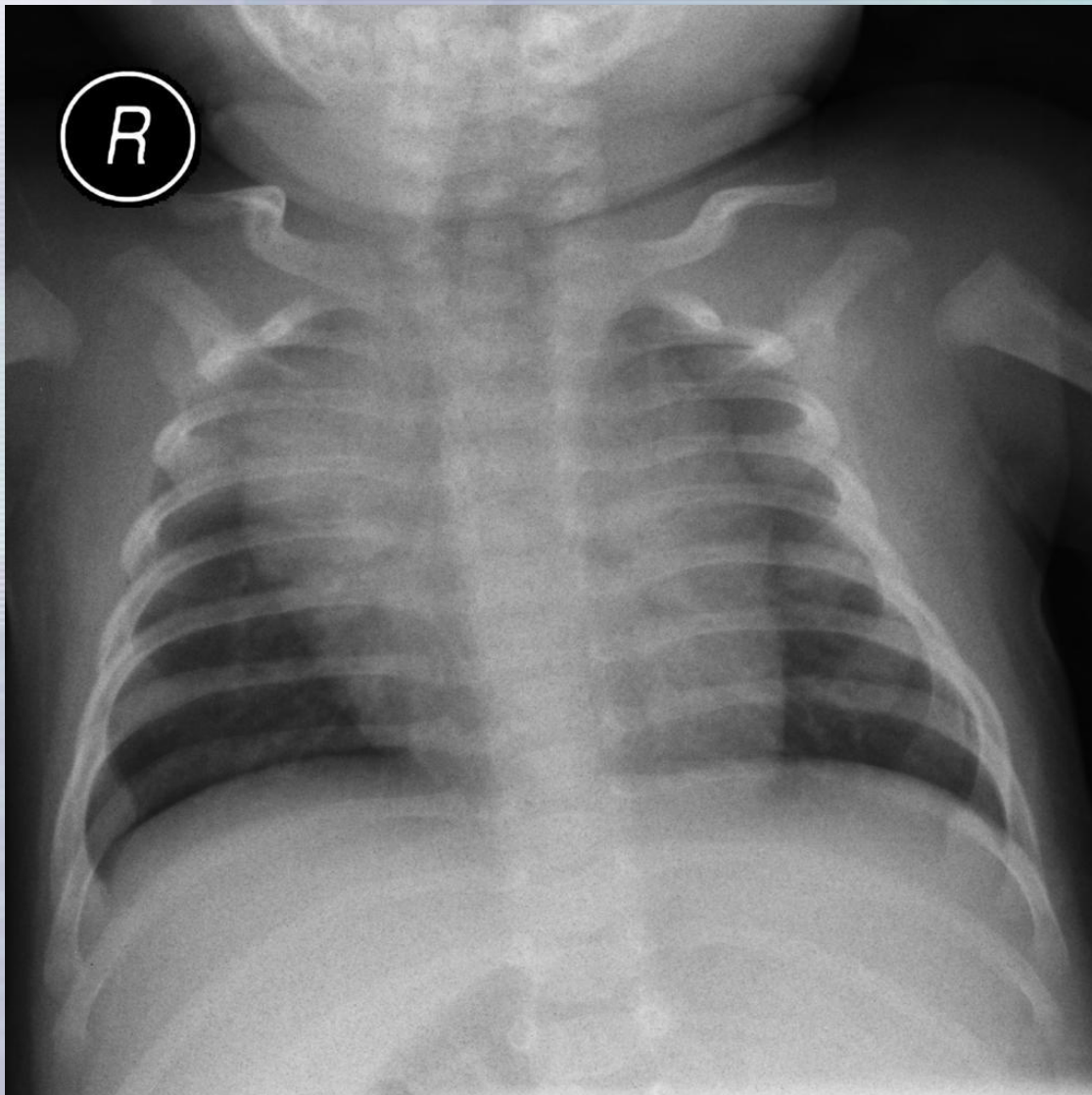
Степени гиперплазии

- ККТИ на уровне 0,33-0,37 – I степень.
- ККТИ на уровне 0,37-0,42 – II степень.
- ККТИ превышающий 0,42 – III степень.

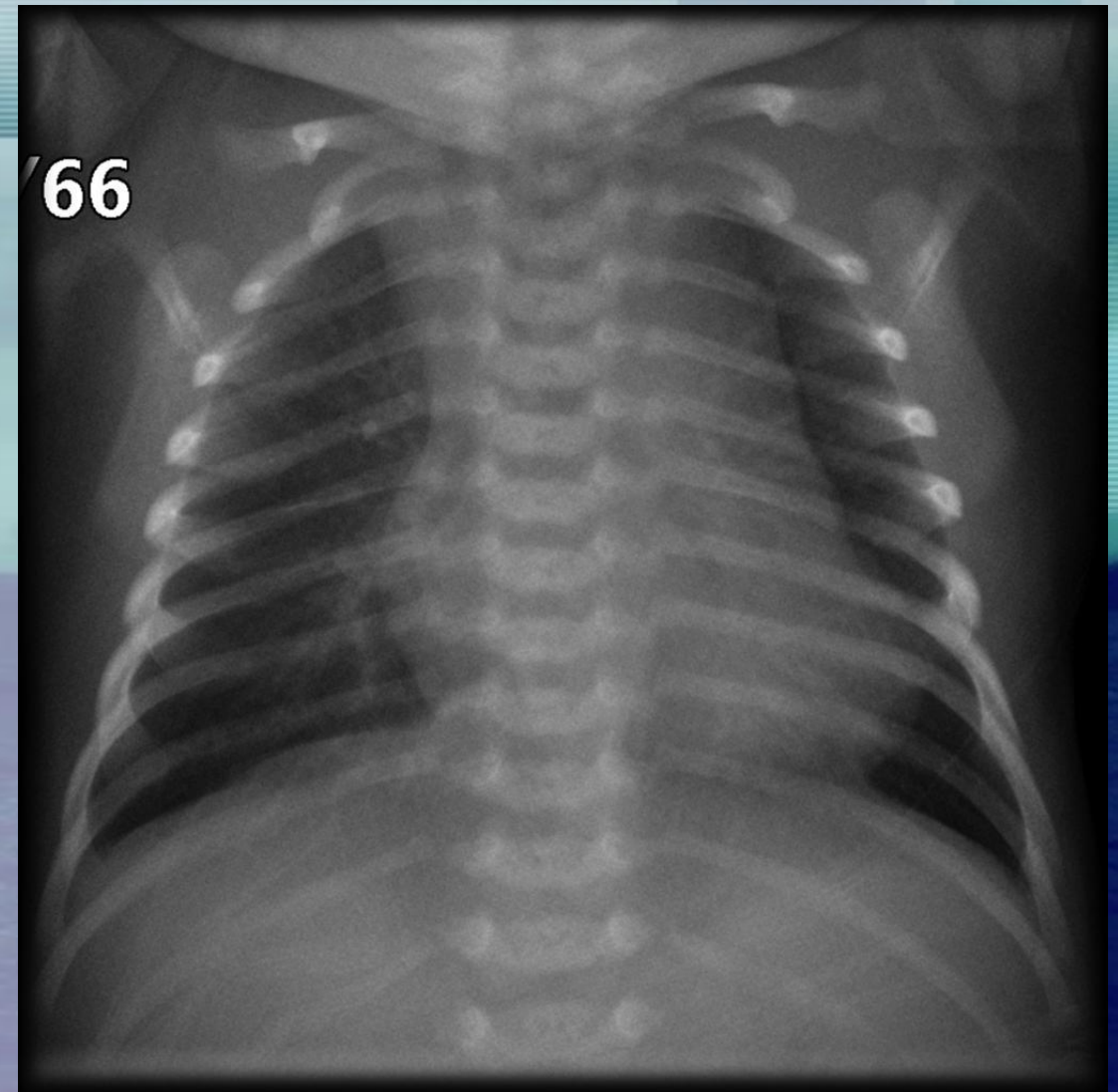
Клиника

Незначительная тимомегалия протекает бессимптомно; выраженное увеличение тимуса может проявляться синдромом сдавления жизненно важных органов, синдромом лимфопролиферации, иммунными и эндокрино-обменными нарушениями. Диагностика тимомегалии требует участия детского иммунолога, проведения УЗИ вилочковой железы, рентгенографии грудной клетки, исследования показателей Т-звена иммунной системы и гормонального статуса, а также гистологическое исследование.

7 недель

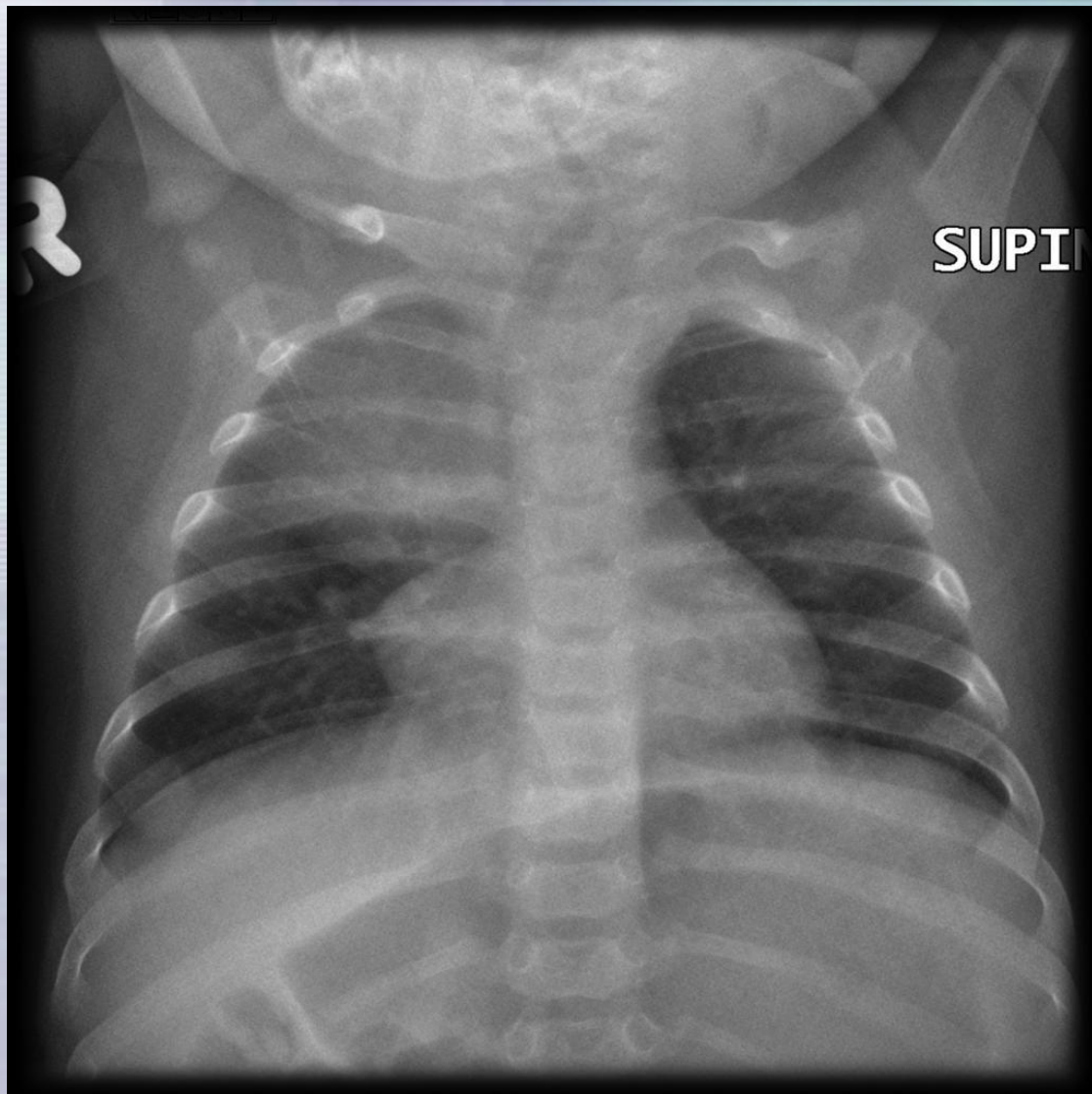


Новорождённый



<https://radiopaedia.org>

Новорождённый



<https://radiopaedia.org>

6 месяцев



<https://radiomed.ru/cases/47723-ogk-rebenok-6-mesyacev-na-pnevmoniyu-timomegaliya>

Прогноз

Обычно тимомегалия у детей сохраняется до 3-6 лет, после чего размеры вилочковой железы приходят в норму. Тем не менее, дети с тимомегалией более подвержены инфекционно-воспалительным и аллергическим заболеваниям, риску внезапной смерти от гипофункции коры надпочечников, сдавления увеличенным тимусом органов средостения.

Дети с тимомегалией должны состоять на диспансерном учёте у педиатра, детского аллерголога-иммунолога, эндокринолога; проходить ежегодное лабораторно-инструментальное обследование. К возможным мерам по предупреждению тимомегалии можно отнести исключение перинатальных вредностей. Детям с увеличенной вилочковой железой следует избегать стрессов, контактов с инфекционными больными, своевременно проходить профилактические курсы лечения.

Вывод

- Дети, страдающие тимомегалией, составляют группу риска по развитию аллергических, эндокринных, аутоиммунных и онкологических заболеваний, синдрома внезапной детской смерти, потому нуждаются в особом уходе и дополнительном наблюдении со стороны педиатра и детского аллерголога-иммунолога. Поэтому очень важным является умение специалиста правильно оценивать рентгенокартину органов грудной клетки у детей и дифференцировать норму от патологии с учётом возрастной группы ребёнка.

Список литературы

- Зайратьянц О.В. Клинико-морфологическая характеристика врождённой и приобретённой тимомегалии.
- Ивановская Т.Е., Зайратьянц О.В., Леонова Л.В., Волощук И.Н. Патология тимуса у детей.
- <https://radiopaedia.org>
- <https://radiomed.ru>

Спасибо за внимание!