

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации Кафедра внутренних болезней и
иммунологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., профессор Демко И.В.

Руководитель ординатуры: к.м.н., доцент Осетрова Н.Б.

Реферат

Тема: **Многоузловой зоб: диагностика, лечение у взрослых.**

Выполнила: ординатор специальности

Эндокринология

Фирсова Олеся Ильинична

Красноярск 2019г.

Содержание:

1. Определение.
2. Методы диагностики.
3. Лечение: виды, характеристика.
4. Наблюдение и ведение пациентов.
5. Список используемой литературы.

Определение.

Узловой зоб — собирательное клиническое понятие, объединяющее различные по морфологии объемные образования щитовидной железы (ЩЖ), выявляемые с помощью пальпации и ультразвукового исследования (УЗИ) равные и превышающие 1 см. Термин «многоузловой зоб» используется при обнаружении в ЩЖ двух и более узловых образований.

Основные направления обследования пациентов с узловым зобом:

- ✓ исключение злокачественной природы образования ЩЖ,
- ✓ оценка принадлежности пациента к группе риска наличия агрессивных форм РЩЖ,
- ✓ диагностика состояний, снижающих качество жизни пациентов при доброкачественных образованиях ЩЖ (функциональная автономия, синдром компрессии трахеи, косметический дефект).

Диагностика узлового зоба.

Метод первичной диагностики – пальпация ЩЖ и регионарных лимфоузлов, сбор анамнеза для оценки принадлежности больного к группе риска развития РЩЖ.

Образования ЩЖ менее 1 см, случайно выявленные при УЗИ, не имеют клинического значения.

Исключение – признаки, характерные для агрессивных форм рака:

- уровень базального или стимулированного кальцитонина более 100 пг/мл;
- наличие увеличенных регионарных лимфоузлов;
- облучение головы и шеи в анамнезе;
- семейный анамнез МРЩЖ;
- паралич голосовой складки;
- узловые образования ЩЖ, случайно выявленные при ПЭТ;
- пациенты моложе 20 лет.

Лабораторная диагностика.

Определение базального уровня ТТГ и кальцитонина крови.

- ✓ Оценка базального уровня кальцитонина крови значительно превосходит ТАБ в диагностике МРЩЖ. Это исследование может повлиять на показания к ТАБ, поэтому должно проводиться на первичном этапе обследования.

При обнаружении сниженного уровня ТТГ, определяется:

- * уровень свободного Т4
- * уровень свободного Т3

При обнаружении повышенного ТТГ, определяется:

- * уровень свободного Т4

Уровень кальцитонина необходимо оценивать с учетом гендерных различий верхней границы референсных значений, что зависит от метода его определения в конкретной лаборатории.

- ✓ Если уровень ***базального кальцитонина выше 100 пг/мл***, это крайне подозрительно в отношении **МРЩЖ**.
- ✓ При повышенном базальном уровне кальцитонина, ***но менее 100 пг/мл***, показано проведение **стимуляционного теста**.

Методика проведения:

После забора крови из вены для определения уровня базального кальцитонина пациенту внутривенно болюсно в течение 30 секунд вводят глюконат кальция из расчета 2,5 мг (0,27 мл 10% раствора) на 1 кг массы тела. При весе пациента более 70 кг вводят 20 мл раствора. Стимулированный уровень кальцитонина определяется через **2 и 5 минут** после введения раствора:

- ✓ Уровень стимулированного кальцитонина менее 60 пг/мл считается нормальным,
- ✓ От 60 до 100 пг/мл требует повторного теста через 6 месяцев. Уровень стимулированного кальцитонина более 100 пг/мл также крайне подозрителен в отношении МРЩЖ.

!!! Определение уровня *тиреоглобулина*, а также *антител к ЩЖ* при узловом зобе на первичном этапе диагностики **не показано**.

УЗИ щитовидной железы.

Основная задача УЗИ – определение показаний к ТАБ и навигационный контроль за ее проведением.

Показания к УЗИ:

- пальпируемое образование на шее (в т.ч. в проекции ЩЖ);
- увеличенные шейные лимфоузлы;
- семейный анамнез МРЩЖ (семейные формы ПРЩЖ не протекают более агрессивно, чем спорадические);
- облучение головы и шеи в анамнезе;
- паралич голосовой складки;
- узловое образование ЩЖ, случайно выявленные при ПЭТ, КТ и МРТ.
- операции на ЩЖ в анамнезе (в т.ч. и при РЩЖ);
- изменение уровня ТТГ.

Содержание протокола УЗИ:

*локализация и размеры образования ЩЖ, лимфоузлов,

Подозрительные ультразвуковые признаки (оценивают только в солидных узлах или в солидных участках узлов):

- гипоехогенная солидная структура;
- неровный, нечеткий или полициклический контур;
- точечные гиперэхогенные включения (микрокальцинаты);
- преобладание высоты узла над шириной («выше/чем/шире»);
- ✓ При наличии подозрительных ультразвуковых признаков оценивают подвижность голосовых складок.
- ✓ При невозможности визуализации голосовых складок показана фиброларингоскопия.

Важнейшим диагностическим этапом УЗИ является исследование регионарных лимфоузлов, при котором оценивают следующие признаки:

- размер (диаметр или переднезадний размер, а не длину)
 - ✓ для всех шейных лимфоузлов, кроме II уровня, диаметр не более 6 мм, для II уровня не более 7 – 8 мм);
- соотношение длинной и короткой оси;
- наличие/отсутствие ворот;
- кистозные изменения;
- точечные гиперэхогенные включения (микрокальцинаты);
- характер васкуляризации (ворота или весь лимфоузел);
- повышение эхогенности лимфоузла (сходство с нормальной тканью ЩЖ).

Специфичные признаки, позволяющие заподозрить метастатическое поражение лимфоузла:

- ✓ микрокальцинаты,
- ✓ кистозный компонент,
- ✓ периферическая васкуляризация,
- ✓ сходство ткани лимфоузла с тканью ЩЖ;
- ✓ менее специфичными – увеличение размеров, закругленность контуров, отсутствие ворот.

Радиоизотопное сканирование.

Проводится при субклиническом или манифестном тиреотоксикозе: дифференциальная диагностика функциональной автономии и других причин тиреотоксикоза.

- ✓ Неинформативно для первичной диагностики узлового зоба (для обнаружения узлов и оценки их размеров), а также для первичной диагностики РЩЖ.

Компьютерная томография.

Для оценки синдрома компрессии трахеи при наличии соответствующих жалоб.

- ✓ Рентгенография органов шеи с контрастированием пищевода и МРТ являются малоинформативными методами.

ТАБ щитовидной железы.

Основной метод дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных поражений ЩЖ.

- ✓ Обязательно проводится под ультразвуковым контролем квалифицированным врачом любой специальности (эндокринолог, эндокринный хирург, онколог, врач лучевой диагностики).

Показания для проведения ТАБ:

- узловые образования ЩЖ равные или превышающие 1 см в диаметре;
- узловые образования менее 1 см, если пациент относится к группе риска наличия агрессивных форм РЩЖ при наличии следующих факторов:
 - *уровень базального или стимулированного кальцитонина более 100 пг/мл;
 - *наличие увеличенных регионарных лимфоузлов;
 - *облучение головы и шеи в анамнезе;
 - *семейный анамнез МРЩЖ;
 - *паралич голосовой складки;
 - *узловые образования ЩЖ, случайно выявленные при ПЭТ;
 - *пациенты моложе 20 лет;
- при изменении ультразвуковой структуры доброкачественных узлов ЩЖ (в процессе динамического наблюдения) или при появлении увеличенных или измененных шейных лимфоузлов.
 - ✓ При образованиях менее 1 см, если пациент не относится к группе риска наличия агрессивных форм РЩЖ, проведение ТАБ нецелесообразно независимо от ультразвуковых характеристик узла ЩЖ, кроме пациентов моложе 20 лет.
 - ✓ Увеличение размеров доброкачественного узлового образования само по себе в большинстве случаев не является показанием к повторной ТАБ. ТАБ является методом первичной морфологической

диагностики, но не методом динамического наблюдения при цитологически верифицированных доброкачественных узловых образованиях ЩЖ.

- ✓ При получении доброкачественного цитологического заключения из узла с явными подозрительными ультразвуковыми признаками, ТАБ необходимо повторить в ближайшее время.
- ✓ При кистозных анэхогенных узлах независимо от размеров, ТАБ диагностического значения не имеет, но может быть выполнена с лечебной целью эвакуации жидкости и ликвидации косметического дефекта или синдрома компрессии окружающих органов.
- ✓ При обнаружении при УЗИ измененных регионарных лимфоузлов показана их прицельная ТАБ, диагностическая точность которой повышается при исследовании смыва из иглы на тиреоглобулин или кальцитонин в зависимости от предполагаемой морфологической формы РЩЖ.
- ✓ После пункции измененного лимфоузла игла промывается физиологическим раствором, пробирка с которым отправляется в лабораторию для определения тиреоглобулина или кальцитонина. Для метастатического поражения лимфоузлов характерна очень высокая концентрация этих гормонов в смыве из иглы (обычно более 1000 нг/мл или пг/мл).

Цитологическое исследование.

Шесть стандартных категорий заключений современной международной цитологической классификации (Bethesda Thyroid Classification, 2009):

- I категория – неинформативная пункция (периферическая кровь, густой коллоид, кистозная жидкость);
- II категория – доброкачественное образование (коллоидные и аденоматозные узлы, хронический аутоиммунный тиреоидит, подострый тиреоидит);
- III категория – атипия неопределенного значения (сложная для интерпретации пункция с подозрением на опухолевое поражение);
- IV категория – фолликулярная неоплазия;
- V категория – подозрение на злокачественную опухоль (подозрение на папиллярный рак, подозрение на медулярный рак, подозрение на метастатическую карциному, подозрение на лимфому);

- VI категория – злокачественная опухоль (папиллярный рак, низкодифференцированный рак, медуллярный рак, анапластический рак).

- ✓ Заключение без конкретного цитологического диагноза («атипичных клеток не обнаружено», «данных за рак нет» и т.п.) расцениваются как неинформативные.

Лечение.

Хирургическое лечение.

- неинформативная пункция – вероятность злокачественности – 1 – 4%, рекомендуется повторная ТАБ;
- доброкачественное образование – вероятность злокачественности – 0 – 4%, рекомендуется динамическое наблюдение.

Показания к оперативному лечению при доброкачественном заключении ТАБ:

- *синдром компрессии трахеи, установленный на основании КТ;
- *функциональная автономия с манифестным или субклиническим тиреотоксикозом при невозможности лечения радиоактивным йодом;
- *косметический дефект, снижающий качество жизни.
- атипия неопределенного значения – вероятность злокачественности – 5 – 15%, рекомендуется повторная ТАБ;
- атипия неопределенного значения повторно – вероятность злокачественности – 20-40%, рекомендуется гемитиреоидэктомия с интраоперационным гистологическим исследованием;
- фолликулярная неоплазия – вероятность злокачественности – 15 – 30%, рекомендуется гемитиреоидэктомия с интраоперационным гистологическим исследованием;
- фолликулярная неоплазия более 5 см – вероятность злокачественности более 50%, в связи с низкой чувствительностью интраоперационного гистологического исследования и высокой вероятностью повторной операции, возможно обсуждение с пациентом целесообразности выполнения тиреоидэктомии;

- подозрение на злокачественную опухоль – вероятность злокачественности – 60 – 75%, рекомендуется тиреоидэктомия;
- злокачественная опухоль – вероятность злокачественности – 97 – 99%, рекомендуется тиреоидэктомия.

Терапия радиоактивным йодом.

Альтернативный метод при наличии показаний к оперативному лечению при доброкачественных образованиях ЩЖ, верифицированных по данным ТАБ, при высоком операционном риске.

- ✓ При функциональной автономии ЩЖ терапия радиоактивным йодом является методом выбора.

Супрессивная терапия препаратами тиреоидных гормонов.

При узловом зобе не показана, т.к. неэффективна и сопряжена с высоким риском побочных эффектов.

Наблюдение.

Пациенты с доброкачественными образованиями по результатам ТАБ:

- ✓ Динамическое наблюдение заключается в периодическом 1 раз в 1 – 2 года УЗИ щитовидной железы и определении уровня ТТГ и кальцитонина крови.

Пациенты с образованиями ЩЖ менее 1 см с подозрительными ультразвуковыми признаками, не входящие в группу риска развития агрессивных форм РЩЖ:

- ✓ Динамическое наблюдение заключается в периодическом УЗИ щитовидной железы 1 раз в 6 – 12 месяцев.
- ✓ При увеличении образования более 1 см или появлении симптомов агрессивности РЩЖ, показана ТАБ.

Используемая литература:

1. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., 2013г.
2. Эндокринология. Дедов И.И., 2006г.