

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургії № 1-4

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

практичного заняття з дисципліни.

Тема: “ Еутириоїдний і токсичний зоб. Етіологія. Патогенез. Класифікація. Спеціальні методи дослідження. Діагностика. Диференціальна діагностика. Методи лікування, передопераційна підготовка. Інтраопераційні та післяопераційні ускладнення та їх профілактика. Захворювання молочної залози (дисгормональні, пухлинні). Мастит.”.

Виконав: Мороз В.В.

Київ 2018

ТЕМА: Еутиреοїдний і токсичний зоб. Класифікація. Спеціальні методи дослідження. Діагностика. Диференціальна діагностика. Передопераційна підготовка. Хірургічне лікування.

Актуальність теми.

Еутиреοїдний і токсичний зоб досить поширене захворювання в Україні, особливо в місцях зобної ендемії. Серед дорослого населення вузли у щитовидній залозі спостерігаються у 4-7%, у дітей – у 0,2-1,5% випадків патології цього органу. За даними ВООЗ, на дифузний токсичний зоб припадає близько 60% усіх випадків тиреотоксикозу. Прогноз захворювання визначається своєчасністю його діагностики, наявністю ускладнень та адекватністю здійснюваної терапії. На ранній стадії захворювання пацієнти добре відповідають на лікувальні заходи, можливе повне одужання. Пізня діагностика, неадекватне лікування спричиняють подальший розвиток патології та втрату працездатності. Виникнення ускладнень (сенсомоторної нейропатії, токсичного гепатиту, недостатності надниркових залоз) роблять прогноз захворювання несприятливим. Щорічно на щитовидній залозі проводиться понад 10 тисяч операцій.

Мета: освоїти навички огляду та обстеження пацієнтів з хворобами щитовидної залози, вміти інтерпретувати зібрану діагностичну інформацію, правильно її аналізувати та встановлювати діагноз; визначати лікувальну тактику в залежності від стадії захворювань, функції щитовидної залози та наявності ускладнень у пацієнтів з вузловим і тиреотоксичним зобом

Студент повинен знати:

- Методику огляду та обстеження пацієнтів із захворюваннями щитовидної залози;
- Класифікацію захворювань щитовидної залози;
- Клінічну та етіопатогенетичну характеристику еутиреοїдного і токсичного зобу;
- Біохімічні маркери патології щитовидної залози;
- Можливості інструментальних методів обстеження хворих з даною патологією;
- Методи консервативної терапії тиреотоксикозу;
- Показання до оперативного лікування і методи операції.

Студент повинен вміти:

- Проводити огляд і обстеження пацієнтів із захворюваннями щитовидної залози;
- Обирати діагностичну програму та інтерпретувати результати інструментальних та лабораторних досліджень;
- Обирати та обґрунтовувати лікувальну тактику при еутиреοїдному вузловому та тиреотоксичному зобі.
- Визначати показання до хірургічного лікування захворювань щитовидної залози.

Методи обстеження щитовидної залози та шії.

Сам лікар перед обстеженням повинен вимити руки, познайомитись з пацієнтом, представитись, отримати згоду пацієнта на проведення огляду і фізикального обстеження. Під час проведення обстеження хворий повинен сидіти прямо, розкрити шию до плечей, знявши будь-які ювелірні вироби.

Під час загального огляду тіла та кінцівок пацієнта визначається при:

- Гіпотиреозі - в'ялість, заторможеність, брадикардія, алопеція, асцит;
- Гіпертиреозі - пітливість; еритема, підвищення температури тіла (тактильно), акропатія - може бути зумовлена набряком в кінцевому підсумку внаслідок перостального новоутворення кісток внаслідок хвороби Грейва); оніхоліз - безболісний відрив нігтьової пластини від нігтьового ложа - присутній у аутоімунній хворобі щитовидної залози (може бути чк при гіпертиреозі, так і при гіпотиреозі); тремор (для визначення покласти папір на тильну поверхню кисті та стежити з а ним): тахікардія, і, можливо, аритмія (пацієнти з гіпертиреозом можуть мати нерегулярний пульс в результаті фібриляції передсердь, в той час як пацієнти з гіпотиреозом мають дуже повільний пульс); претібіальна мікседема - може бути знайдена в будь-якому місці на тілі, але часто на гомілках - набряк, як потовщення шкіри, викликане хворобою Грейва); нічна пітливість.

При огляді та пальпації обличчя шукайте ознаки гіпертиреозу (пам'ятайте, що це відбувається лише у хворобі Грейва): верхні повіки очей відстають при русі очей вниз, екзофтальм, загальний дискомфорт очей, набряк, гравітація, гінекомастія, остеопороз. При гіпотиреозі визначається

При гіпотиреозі визначається; суха шкіра (воскова шкіра), сухе волосся, пухкі очі, низький голос, холодонепереносимість, втрата зовнішніх частин брів, тощо.

Огляд шії.

Варто зразу зазначити, що потрібно чітко встановити наявність післяопераційних рубців, що можуть ховатися в складках шкіри!

Для встановлення асиметрії та набряку змусьте пацієнта нахилити голову вгору - шукайте очевидні ознаки зоба, вузли та набряки. Якщо ви бачите будь-який набряк (особливо по середній лінії), то попросіть пацієнта витягнути свій язик - якщо набряк піднімається, то це, ймовірно, буде тиреґлосова кіста, яка утворюється при залишку тиреґлосового протока (вниз, який рухається вниз при розвитку щитовидної залози). Він зазвичай закривається, але в деяких людей він може залишатися, і може стати кістою. Тиреґлосові кісти також рухатимуться при ковтанні. Тиреґлосовий проток приєднується до під'язикової кістки.

Попросіть пацієнта проковтнути - як правило, це підніме гортані - і стежте за тим, як рухаються інші кусочки:

- Щитовидна залоза піднімається завжди (якщо це нормально або ненормально).
- Все, що прикріплено до криоцидного хряща, також рухатиметься при ковтанні
- Лімфатичні вузли, ймовірно, не рухатимуться при ковтанні.
- Все, що не приєднується до щитовидної залози або криоїди - ліпома, пухлина каротидного тіла, кіста епідермісу.

Пальпація.

Виконується при розміщенні лікаря позаду пацієнта щоб дозволити краще відчувати вузли і краще контролювати рухи пальцями. Ви повинні використовувати обидві руки одночасно, щоб порівняти ліву та праву сторони. При цьому обов'язково запитати пацієнта чи є у якась біль і пояснювати які маніпуляції ви маєте виконувати далі.

Далі визначаємо щитоподібний хрящ. Далі пальпуємо м'які тканини переднього трикутника шиї, потім заднього. Не забудьте перевірити всю поверхню до ключиць і до трапецеподібних м'язів. Якщо ви знайдете утворення, то слід зазначити його: розмір, консистенція - м'які маси, як правило, наповнюються рідиною, можуть бути лімфатичні вузли. Жорсткі вузлові маси можуть бути злоякісними. Тверді утворення можуть бути спаяні з органами або тканинами; місцезнаходження; мобільність – фіксоване утворення, швидше за все, є злоякісним, а доброякісні утворення рухливі; щільність – щільні утворення, швидше за все, є гострими інфекціями чи запальними процесами; флюктуацію - визначення рідинних утворень; пульсацію - нічого не повинно пульсувати, крім каротиди - якщо набряк робить це, то це може бути пухлина каротидного тіла (хемодекстомія).

Пальпація щитовидної залози.

Почніть з визначення гортані і рухайтесь вниз, щоб знайти щитоподібний хрящ. Перешийок щитовидної залози охоплює 2-ї, 3-й і 4-й кільця трахеї, які треба визначити. Потім спробуйте відчувати частки щитовидної залози. Ви завжди можете попросити пацієнта проковтнути якусь воду, коли це робите, щоб відчувати рух щитовидної залози. Частки повинні бути приблизно не більшими, ніж великий палець пацієнта. Нормальна щитовидна залоза часто не піддається пальпації. Особливе зауваження - це будь-які додатки, а також будь-яка неоднорідність між двома частками.

Пальпація лімфатичних вузлів - використовуйте логічну послідовність! Ви повинні описати групи: задня вушна, передня вушна, потиличні, шийний ланцюг, задній шийний ланцюг, надсудинний, підщелепна група, під'язичні, фарінгеальні, претрахеальні.

Тиреотоксикоз - поняття, що включає стани, які проявляються клінічною картиною, зумовленою підвищенням вмістом тиреоїдних гормонів (вільного тироксину та трийодтироніну) в крові.

Гіпотиреоз - синдром, розвиток якого зумовлений гіпофункцією щитовидної залози, розвивається внаслідок зменшення кількості функціональної тканини щитовидної залози і характеризується зниженим вмістом тиреоїдних гормонів та підвищенням рівня тиреотропіну у сироватці крові.

Вузловий зоб - збірне клінічне поняття, що свідчить про наявність у щитовидній залозі вогнищевих уражень гетерогенної морфологічної структури.

Еутиреоїдний стан - стан, при якому рівень ТТГ та Т3 / Т4 низький, але відсутня патологія щитовидної залози.

Визначення

Тиреотоксикоз Поняття, що включає стани, які проявляються клінічною картиною, зумовленою підвищенням вмістом тиреоїдних гормонів (вільного тироксину та трийодтироніну) в крові.

Це не обов'язково те ж саме, що і гіпертиреоз, тому що є кілька речей, які можуть спричинити тиреотоксикоз без наявності гіпертиреозу, наприклад, застосування надмірного тироксину, яке може спостерігатися при лікуванні гіпотиреозу.

Аутоімунний тиреоїдит (хвороба Грейвса) - це викликано антитілами, що стимулюють рецептор TSH

Епідеміологія За даними ВООЗ, на дифузний токсичний зоб припадає близько 60% усіх випадків тиреотоксикозу.

Етіопатогенез ДТЗ – поліетіологічне захворювання. Причини остаточно не з'ясовані. Значну роль надають спадковим чинникам. Характер спадкування визначається різними генами. Розвитку захворювання передують застудні інфекційні захворювання, хронічні інтоксикації, психічні та фізичні травми. Велике значення має загострення хронічного тонзиліту. Певний вплив на розвиток захворювання має гіперінсоляція, перегрівання, охолодження. Часто захворювання розвивається під час вагітності після пологів, у період клімаксу.

Класифікація	<p>МКХ-10 E05.0</p> <p>E05.1</p> <p>E05.2</p> <p>E06.3</p> <p>E05.4</p> <p>E05.5</p> <p>E05.8</p> <p>E05.9</p>	<p>Тиреотоксикоз з дифузним зобом. Екзофтальмічний або токсичний зоб БДВ. Хвороба Гревса.</p> <p>Тиреотоксикоз із токсичним одновузловим зобом.</p> <p>Тиреотоксикоз із токсичним багатовузловим зобом.</p> <p>Тиреотоксикоз із ектопією тиреоїдної тканини.</p> <p>Тиретоксикоз штучний.</p> <p>Тиреотоксичний криз або кома.</p> <p>Інші форми тиреотоксикозу.</p> <p>Тиреотоксикоз неуточнений (гіпертиреоз БДВ).</p>
Клініка	Клінічні прояви розвиваються поступово. На перший план	
Визначення	Поняття, що включає стани, які проявляються клінічною картиною, зумовленою підвищенням вмістом тиреоїдних гормонів (вільного тироксину та трийодтироніну) в крові.	
Епідеміологія	За даними ВООЗ, на дифузний токсичний зоб припадає близько 60% усіх випадків тиреотоксикозу. Співвідношення жіночого: чоловічого складу захворюваності становить 5: 1. Початок зазвичай виникає у віці від 20 до 40 років у випадках захворювання Грейвса. 99% випадків викликані захворюваннями щитовидної залози, і менше 1% викликані гіпофізарними проблемами. Хвороба Грейвса становить 60-80% випадків тиреотоксикозу	
Етіопатогенез	<p>поліетіологічне захворювання. Розвитку захворювання передують застудні інфекційні захворювання (20-40%), Рідші причини: перевищення вживання йоду, карцинома щитовидної залози, мутація рецептора ТТГ. Вторинні причини: TSH секретуєма пухлина гіпофіза, резистентність до гормону щитовидної залози, Гонадотропін-секретуючі пухлини</p> <p>Аутоімунний тиреоїдит хвороба Гревса - у монозиготних близнюках співвідношення дорівнює 20-50% - таким чином існує якийсь генетичний чинник. У дизиготних близнюках співвідношення 5%. Антитіла виявляються в крові. Точна причина невідомо, однак цікаво відзначити, що E. Coli та інші грамнегативні бактерії містять ділянки, що зв'язують ТШ. Таким чином, хвороба Грейва може виникнути внаслідок якогось ініціюючого події, викликаного одним з цих патогенів у</p>	

генетично сприйнятливої людини. Хвороба Грейва теж тісно пов'язана з іншими аутоімунні захворюваннями, такими як містагенія і травмована анемія. Захворювання виникає за схемою рецидиву та ремісії. До 40% пацієнтів можуть мати лише один епізод. Багато пацієнтів з часом мають гіпотиреоз.

Класифікація	МКХ-10	
	E05.0	Тиреотоксикоз з дифузним зобом. Екзофтальмічний або токсичний зоб БДВ. Хвороба Гревса.
	E05.1	Тиреотоксикоз із токсичним одновузловим зобом.
	E05.2	Тиреотоксикоз із токсичним багатовузловим зобом.
	E06.3	Тиреотоксикоз із ектопією тиреоїдної тканини.
	E05.4	Тиреотоксикоз штучний.
	E05.5	Тиреотоксичний криз або кома.
	E05.8	Інші форми тиреотоксикозу.
	E05.9	Тиреотоксикоз неуточнений (гіпертиреоз БДВ).

Клініка

Клінічні прояви розвиваються поступово. На перший план виступають симптоми порушення функції нервової і серцево-судинної і травної систем, збільшення ЩЗ, офтальмологічні ознаки. Хворі відчувають загальну слабкість, слабкість у ногах, втомлюваність. Спостерігають серцебиття, пітливість втару маси тіла, випинання очних яблук, очні симптоми (Грефе, Мебіуса, штельвага та інші) підвищену дратливість, плаксивість, тремтіння рук, усього тіла. Важливим симптомом є зменшення маси тіла при збереженому апетиті і відповідному харчуванні. Характерні проноси. Важливим симптомом є м'язова слабкість, болі у кістках. Збільшення ЩЗ 0-II ступеня за класифікацією ВООЗ. Існує гостра форма тиреотоксикозу, відома як **тиреотоксична шторм (тиреотоксичний криз)**. Аналогічно мікседемній комі, це часто виникає внаслідок гострого захворювання, і може не бути тиреотоксикозу в анамнезі. При цьому смертність - 20-30%. Проявами є виражена температура (> 38,5 °), напади блювоти, діарея, жовтуха. Смерть буде викликана аритміями, серцевою недостатністю або гіпертермією.

Пацієнти літнього віку, як правило, мають фібриляцію передсердь та синусової тахікардії з іншими ознаками або без них. Інші загальні ознаки часто відсутні. Тест на функцію щитовидної залози є обов'язковим для будь-якого пацієнта з фібриляцією

передсердь.

Діти можуть часто зустрічатися з надмірними темпами росту і висотою, а також із поведінковими проблемами, такими як гіперактивність. Вони, ймовірно, показують вісім приросту, а не втрату ваги.

Діагностика

На ЕКГ – гіпердинамія. Скорочений час ахілового рефлексу. Можливе підвищення цукру крові. Визначення рівня вільного тироксину та трийодтироніну в крові (показники перевищують норми). Рівень тиреотропіну – знижений. При ДТЗ можуть виявлятися підвищені рівні антитіл до тиреоїдної пероксидази, тиреоглобуліну. Особливе значення для діагностики та моніторингу лікування має проведення УЗД ЩЗ, виявлення її збільшення. Радіоізотопні методи діагностики використовують рідко (виключно для діагностики токсичної аденоми ЩЗ, розташування зоба у нетипових місцях).

Диференційна діагностика

Найчастіше треба диференціювати з нейроциркуляторною дистонією, клімактеричним неврозом, атеросклеротичним кардіосклерозом, міокардитом. Діагностичне значення мають чітка картина ДТЗ, наявність гормональних змін (підвищення тироксину та трийодтироніну в крові, зниження рівня тиреотропіну).

Лікувальна тактика

Фармакотерапія. Основним методом є призначення тиреостатичних і йодвмісних препаратів. Їх застосовують для довготривалої терапії з метоювилікування, зняття симптомів тиретоксикозу перед операцією, лікуванням радіоактивним йодом. Дві групи тиреостатичних препаратів: похідні тиротрицину і похідні меркаптоімідазолу. Лікування починають з максимальної дози і продовжують до досягнення еутиреозу, який настає через 3-4 тижні. З переходом на менші дози подальшу корекцію слід проводити повільніше (зменшувати не частіше ніж 1 раз на 2 місяці). Середня тривалість лікування 1-1,5 роки.

Показання для хірургічного лікування:

- відсутність ефекту від консервативного лікування.
- швидке збільшення розмірів ЩЗ під час лікування.
- наявність великої ущільненої ЩЗ із симптомами стискання органів ший.
- тяжка форма ДТЗ.
- алергія чи агранулоцитоз при вживанні тиреостатиків.
- рецидив ДТЗ.

Показання для лікування радіоактивним йодом.

Еутиреоїдний та вузловий зоб.

Визначення	<p>Еутиреоїдний зоб – збільшення розмірів щитовидної залози. Зазвичай з віком перетворюється у вузловий зоб. Ендемічний зоб - коли більше 5% дітей у популяції мають зобу (може перевищити 30%) Спорадичний - невідома причина 5% населення, М: F - 1: 4. Захворюваність знижується з віком. Зазвичай змінюється від дифузної до багатонаціональної. Вузловий зоб – збірне клінічне поняття що свідчить про наявність у щитовидній залозі вогнищевих уражень гетерогенної морфологічної структури</p>														
Епідеміологія	<p>Серед дорослого населення вузли у щитовидній залозі спостерігаються у 4-7%, у дітей – у 0,2-1,5% випадків патології цього органу. Ендемічний зоб - коли більше 5% дітей у популяції мають зобу (може перевищити 30%)</p>														
Етіопатогенез	<p>Загально визнаною є теорія йодної недостатності, сучасні дослідження надають великого значення ендемічним чинникам розвитку пухлини – підвищена потреба у тиреоїдних гормонах під час статевого дозрівання, вагітності, клімаксу, знижена резорбція і порушення утилізації йоду при захворюваннях ШКТ, підвищене виведення йоду при різних ендокринних порушеннях, лабільність регуляторних механізмів ЦНС. Все це призводить до гіперплазії.</p>														
Класифікація	<p>МКХ-10</p> <table><tr><td>E01.1</td><td>Зоб полінодозний (йоддефіцитний)</td></tr><tr><td>E04.1</td><td>Зоб мононодозний (нетоксичний)</td></tr><tr><td>E04.2</td><td>Зоб полінодозний (нетоксичний) (кістозний)</td></tr><tr><td>E04.9</td><td>Зоб вузловий (нетоксичний) (аденоматозний)</td></tr><tr><td>E05.1</td><td>Зоб мононодозний токсичний або з тиреотоксикозом</td></tr><tr><td>E04.2</td><td>Зоб вузловий ендемічний з тиреотоксикозом</td></tr><tr><td>E73; M8000/3</td><td>Зоб пухлинний злоякісний За морфологічними ознаками до вузлового і багатовузлового зоба належать: -вузловий колоїдний зоб -фолікулярна аденома -кіста ЦЗ -вогнищевий тиреоїдит -інфекційні та паразитарні ураження</td></tr></table>	E01.1	Зоб полінодозний (йоддефіцитний)	E04.1	Зоб мононодозний (нетоксичний)	E04.2	Зоб полінодозний (нетоксичний) (кістозний)	E04.9	Зоб вузловий (нетоксичний) (аденоматозний)	E05.1	Зоб мононодозний токсичний або з тиреотоксикозом	E04.2	Зоб вузловий ендемічний з тиреотоксикозом	E73; M8000/3	Зоб пухлинний злоякісний За морфологічними ознаками до вузлового і багатовузлового зоба належать: -вузловий колоїдний зоб -фолікулярна аденома -кіста ЦЗ -вогнищевий тиреоїдит -інфекційні та паразитарні ураження
E01.1	Зоб полінодозний (йоддефіцитний)														
E04.1	Зоб мононодозний (нетоксичний)														
E04.2	Зоб полінодозний (нетоксичний) (кістозний)														
E04.9	Зоб вузловий (нетоксичний) (аденоматозний)														
E05.1	Зоб мононодозний токсичний або з тиреотоксикозом														
E04.2	Зоб вузловий ендемічний з тиреотоксикозом														
E73; M8000/3	Зоб пухлинний злоякісний За морфологічними ознаками до вузлового і багатовузлового зоба належать: -вузловий колоїдний зоб -фолікулярна аденома -кіста ЦЗ -вогнищевий тиреоїдит -інфекційні та паразитарні ураження														

Клініка

Скарги на наявність утворення на передній поверхні шиї, відчуття слабкості, підвищеної втомлюваності, головного болю. При великих розмірах вузлів з'являються симптоми компресії органів шиї, Що проявляється скаргами на відчуття тиску в ділянках шиї, передусім у лежачому положенні, утруднене дихання, пульсуючий головний біль, порушення ковтання. Атипова локалізація вузлів – позастернальна, кільцева, під'язична, язична, позатрахеальна. За характером функції залози прийнято поділяти гіпер-, гіпо- та еутиреоїдні форми. Ускладнення: стискання близько розташованих нервів і судин, розвиток серцево-судинних порушень

Еутиреоїдний стан - стан, при якому рівень ТТГ та Т3 / Т4 низький, але відсутня патологія щитовидної залози. Ці результати аналогічні тим, що виявлені при вторинному гіпотиреозі (тобто зазвичай викликаються проблемою гіпофіза), і, як наслідок, важко диференціюються. Їх розвиток пов'язаний зі стресом, і, отже, якщо рівень кортизолу у сироватці крові збільшується, швидше за все, еутиреоїдний стан розвивається без проблем з гіпофізом. Якщо рівень кортизолу та гонадотропіну в сироватці крові низький, то слід підозрювати вторинний гіпотиреоз. Часто це пов'язано з гострими захворюваннями, тому постановку діагноза еутиреоїдний зоб потрібно відтермінувати до зняття гострого стану.

Діагностика

Перший етап – виявлення вузлового утворення у ЩЗ. УЗД ЩЗ, Тонкоголкова пункційна біопсія при розмірі вузла >1 см. Визначають у крові рівні вільного та загального тироксину, трийодтироніну, тиреотропіну, антитіл до тиреоїдної пероксидази, антимікросомальної фракції ЩЗ, тиреоглобуліну. За наявності показань – КТ шиї та середостіння, рентгенографію загрудинного простору, ларингоскопію і езофагоскопію.

Диференційна діагностика

Зі злоякісними пухлинами ЩЗ, аутоімунним тиреоїдитом, токсичною аденомою ЩЗ, рідкісними захворюваннями ЩЗ (лімфопроліферативні захворювання, паразитарні кісти). Використовують УЗД та тонкоголкову аспіраційну біопсію. Обов'язковим є врахування даних гормональних досліджень, анамнезу захворювання.

Лікувальна тактика

Консервативне лікування. Призначають лікування препаратами L-тироксину при відсутності симптомів компресії органів шиї, а також соматичних протипоказаннях для хірургічного лікування при рівні ТТГ вище 3,0 МО/л. Тироксин призначають під контролем рівня ТТГ, УЗД – двічі на рік.

Хірургічне.

Абсолютні показання:

1. Цитологічний висновок «рак ЩЗ».

2. Цитологічний висновок «підозра на рак ЩЗ».
3. Цитологічний висновок «фолікулярна неоплазія».
4. Вузли із ознаками стискання органів шиї.
5. Ехінококоз ЩЗ.
6. Ізольовані форми лімфогранулематозу.
7. Лімфосаркома ЩЗ.
8. Тератома ЩЗ.
9. Вторинні ізольовані метастатичні пухлини ЩЗ.

Відносні показання:

1. Швидкий ріст вузлів на тлі тироксину і контролю ТТГ (понад 5-10 мм упродовж 6-12 міс), повторна пункційна біопсія для вирішення питання про оперативне втручання.
2. Наполегливе бажання хворого провести хірургічне лікування вузлового зоба.
3. Косметичний дефект шиї.

Об'єм операції – гемітиреоїдектомія на ураженому боці, тиреоїдектомія при двобічному ураженні ЩЗ. Необхідно інтраопераційне гістологічне експрес-дослідження.