

Узловой зуб:

классификация,

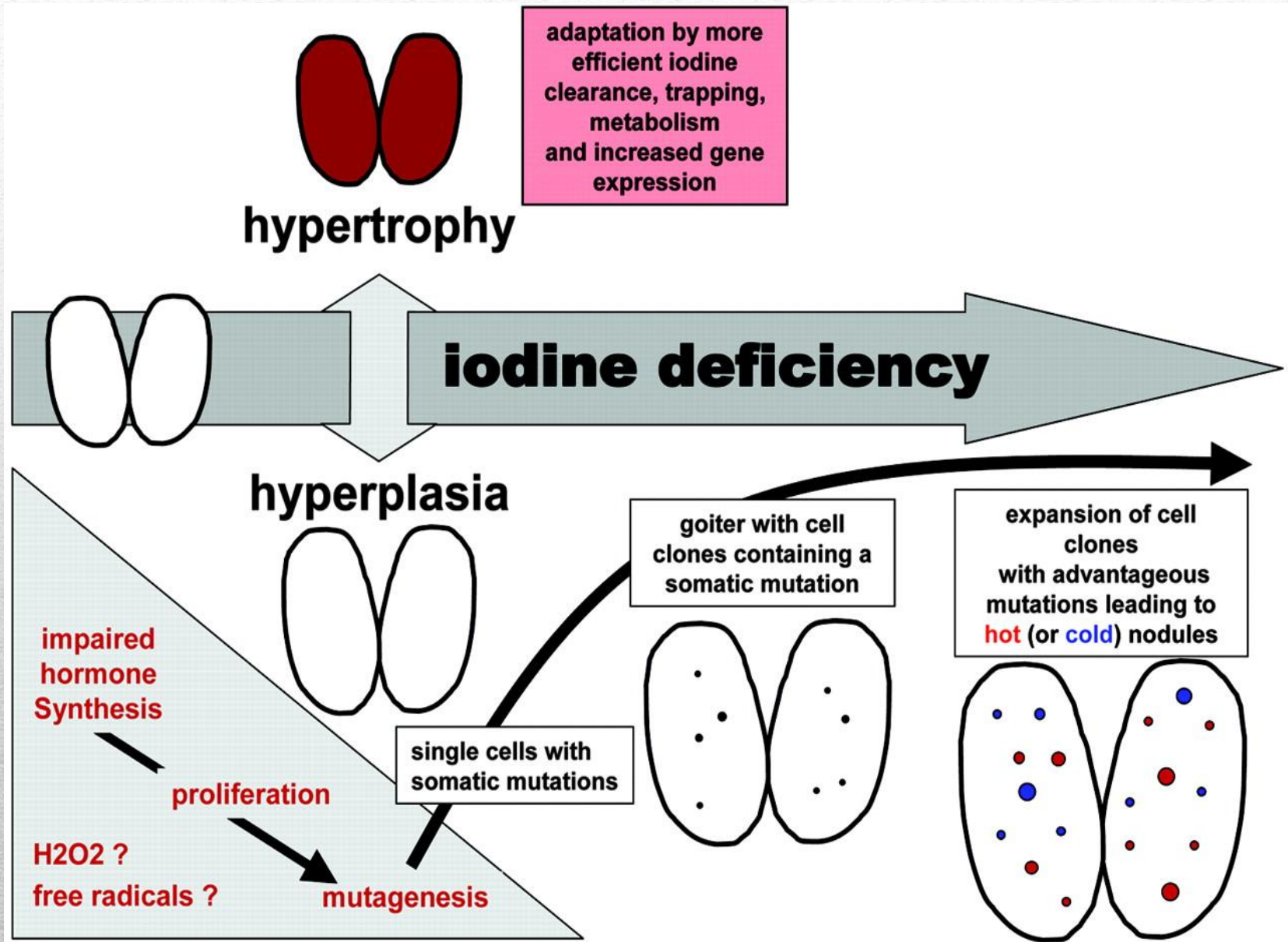
диагностика, тактика

Презентацию выполнил студент мл-512, Волошин Даниил

- **Узловой зоб** — собирательное клиническое понятие, объединяющее различные по морфологии объемные образования щитовидной железы (ЩЖ), выявляемые с помощью пальпации и визуализирующих инструментальных методов диагностики.
- Термин «многоузловой зоб» целесообразно использовать при обнаружении в ЩЖ двух и более узловых образований. Наиболее частым заболеванием (около 90%), протекающим с формированием узловых образований (узлов) ЩЖ, является коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб, который по морфологии **не** относится к опухолям ЩЖ.

Определение

Hypothesis for thyroid nodular transformation.



- риск того, что узловое образование является злокачественной опухолью ЩЖ (2 — 5%);
- риск значительного увеличения ЩЖ со сдавлением окружающих органов и/или формированием косметического дефекта;
- риск развития тиреотоксикоза спустя многие годы после его формирования.
- основными направлениями **диагностики и дальнейшего наблюдения** пациентов с узловым зобом являются: исключение злокачественной опухоли ЩЖ, а также диагностика и определение риска развития декомпенсации функциональной автономии ЩЖ, компрессионного синдрома и косметического дефекта.

На что обратить внимание?

- **Узловой зоб (аденоматозный)**
 - Узловой коллоидный зоб
 - неproлиферирующий
 - пролиферирующий
 - Простой узловой паренхиматозный зоб
 - микрофолликулярная аденома
 - трабекулярная аденома
 - тубулярная аденома
 - Регрессивные формы перерождения узловых зобов
 - Базедофицированные узловые зобы

- **Смешанный разлитой и узловой зоб**
 - Коллоидный разлитой и узловой зоб
 - микрофолликулярный
 - макрофолликулярный неproлиферирующий
 - макрофолликулярный пролиферирующий
 - Паренхиматозный разлитой и паренхиматозный узловой зоб
 - Коллоидный и паренхиматозный комбинированный (и дегенеративные) формы
 - Базедофицированные смешанные зобы (диффузнонодозные)
- **Зоб конгломератный узловой и разлитой коллоидный**
 - пролиферирующий
 - неproлиферирующий

Классификация 1

- Многоузловой
- Солитарноузловой
- Фиброзный (тиреоидит Riedel)

Классификация 2

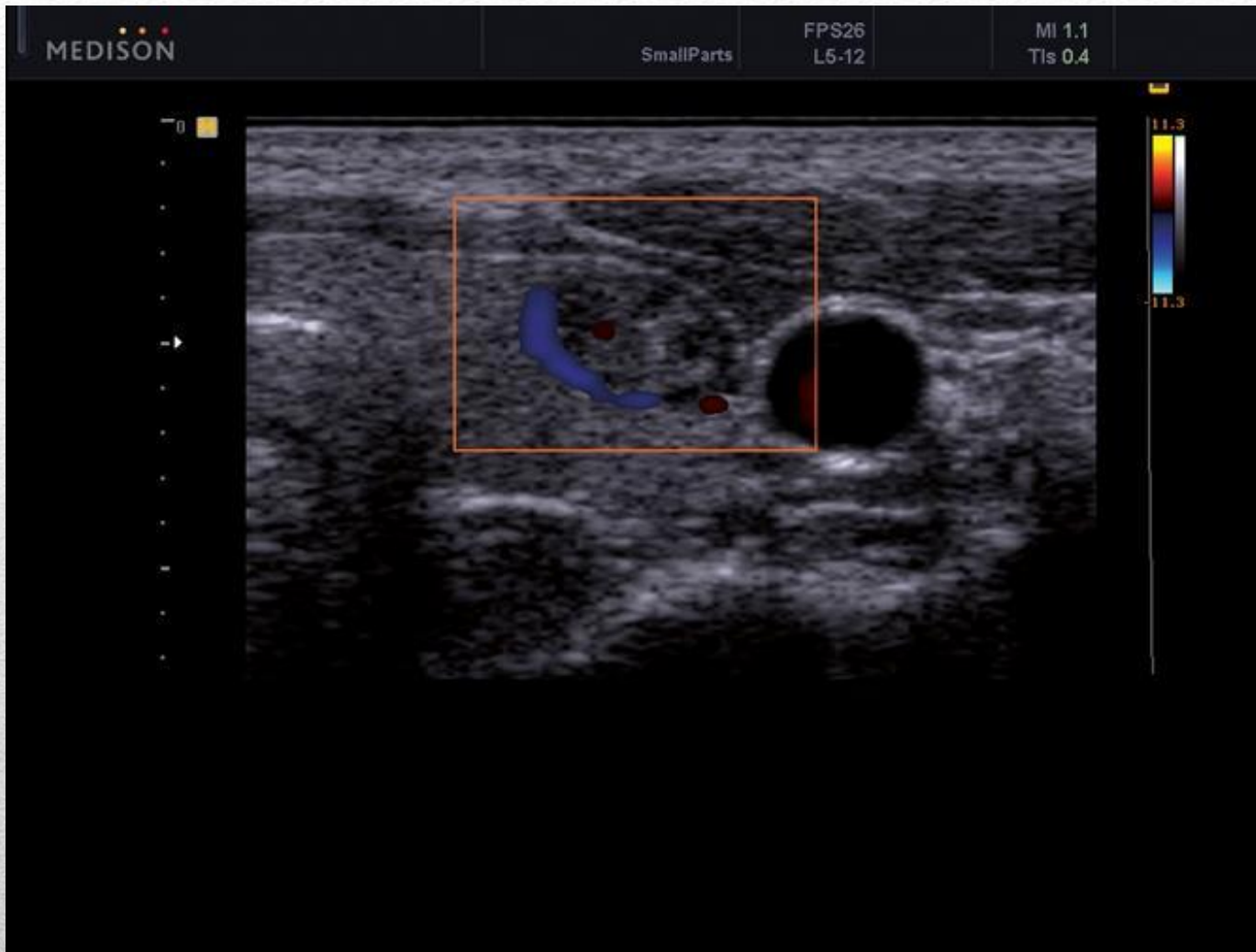
- **Физикальное исследование**

Методом первичной диагностики узлового зоба является пальпация ЩЖ. При обнаружении пальпируемого узлового образования ЩЖ показано дальнейшее обследование, направленное на его морфологическую диагностику и оценку функции ЩЖ.

- **Лабораторное исследование**

При выявлении у пациента узлового образования ЩЖ показана оценка уровня ТТГ высокочувствительным методом. При обнаружении сниженного уровня ТТГ дополнительно проводится определение уровня свободного Т4 и свободного Т3, при обнаружении повышенного ТТГ — уровня свободного Т4.

Диагностика 1



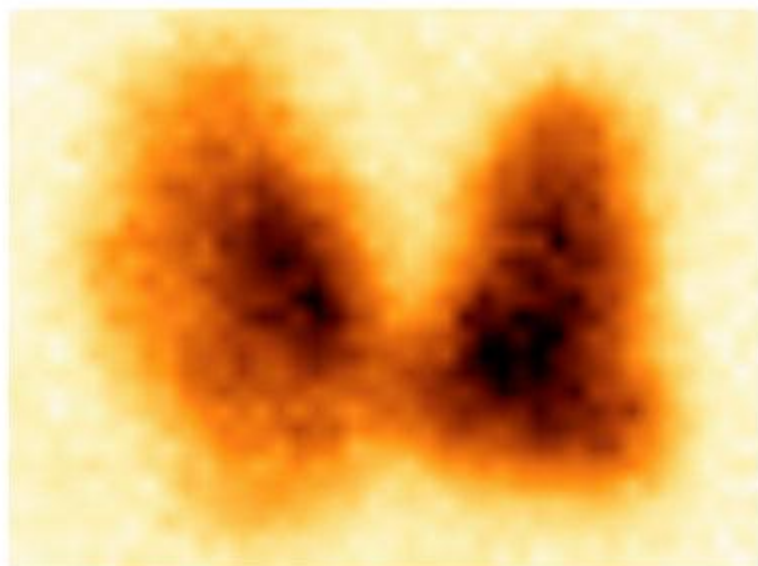
УЗИ щитовидной железы

- **Радиоизотопное сканирование**
- Для рутинной сцинтиграфии наиболее целесообразно использование ^{99m}Tc . Главная цель - диагностика функциональной автономии ЩЖ. Диагностическое значение сцинтиграфии ЩЖ может быть охарактеризовано следующим образом:
- неинформативна для первичной диагностики узлового зоба и не является конкурирующим с УЗИ методом исследования для верификации пальпируемых образований ЩЖ;
- неинформативна для диагностики рака щитовидной железы; не является конкурирующим с ТАБ ЩЖ методом исследования;
- метод признан наиболее чувствительным для диагностики и дифференциальной диагностики функциональной автономии ЩЖ и дифференциальной диагностики патогенетических вариантов тиреотоксикоза;
- диагностика загрудинного зоба, эктопированной ткани щитовидной железы и метастазов высокодифференцированного рака щитовидной железы.

Диагностика 2

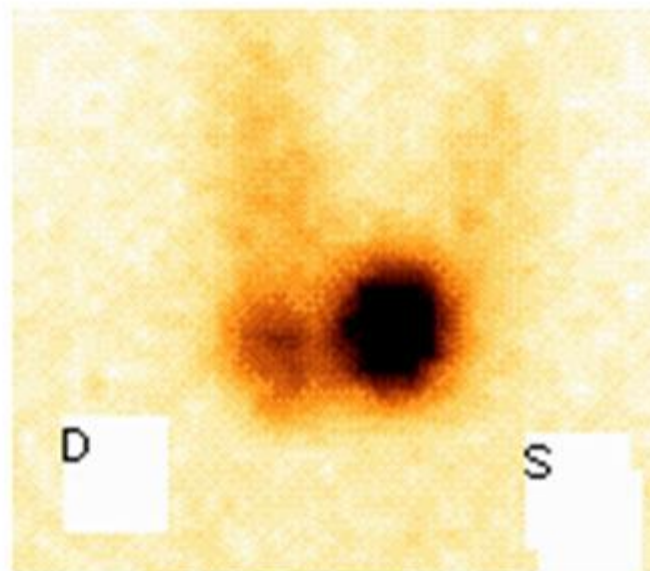
Сцинтиграфия щитовидной железы

1 пациент



Сцинтиграфические признаки
многоузлового зоба

2 пациент



Сцинтиграфические признаки
тиреотоксической аденомы
щитовидной железы

Основными показаниями для проведения сцинтиграфии ЩЖ у пациентов с узловым зобом являются:

- сниженный уровень ТТГ (дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с тиреотоксикозом);
- подозрение на компенсированную (на фоне нормального уровня ТТГ) функциональную автономию ЩЖ; основной группой риска в этом плане являются пациенты пожилого и среднего возраста;
- Ещё более чувствительным методом диагностики компенсированной функциональной автономии ЩЖ является супрессивная сцинтиграфия ЩЖ (на фоне супрессии ТТГ препаратами тиреоидных гормонов).

Диагностика 3

- **МРТ и КТ**
- **ТАБ щитовидной железы**

Тонкоигольная аспирационная биопсия ЩЖ является методом прямой морфологической (цитологической) диагностики при узловом зобе и позволяет провести дифференциальный диагноз заболеваний, проявляющихся узловым зобом и исключить злокачественную патологию ЩЖ. По данным многочисленных исследований чувствительность ТАБ в выявлении рака составляет 70 — 98% (в среднем около 80%), а специфичность — 70 — 100% (в среднем 92%), контроль УЗИ позволяет существенно увеличить информативность ТАБ, особенно, когда речь идет об узловых образованиях с кистозным компонентом (10 — 25% всех узлов ЩЖ) и при решении вопроса о пункции наиболее подозрительного в отношении рака узла при многоузловом зобе.

Диагностика 4

Показаниями для проведения ТАБ в рамках диагностики узлового зоба являются:

- узловые образования ЩЖ равные или превышающие в диаметре 1 см;
- проведение ТАБ при случайно выявленных образованиях меньшего размера целесообразно только при подозрении на злокачественную опухоль;
- клинически значимое увеличение ранее выявленного узлового образования ЩЖ при динамическом наблюдении.

Диагностика 5

- **Динамическое наблюдение**
- **Супрессивная терапия препаратами тиреоидных гормонов**

Противопоказания

- Целесообразность назначение доз L-T4, которые не приводят к подавлению продукции ТТГ, сомнительна;
- Супрессивная терапия небезопасна как минимум для отдельных групп пациентов в плане развития остеопении и сердечно-сосудистой патологии;
- Супрессивная терапия противопоказана при наличии сопутствующей кардиальной патологии и остеопороза;
- Целесообразность и безопасность постоянного приёма супрессивных доз препаратов тиреоидных гормонов сомнительна.

Лечение 1

- **Оперативное лечение**

Оперативное лечение при узловом (многоузловом) эутиреоидном коллоидном пролиферирующем зобе показано в случае:

- Узлового (многоузлового) зоба с имеющимися признаками компрессии окружающих органов и/или косметическим дефектом.
- Узлового (многоузлового) зоба при наличии декомпенсированной функциональной автономии щитовидной железы (токсический зоб) или при высоком риске её декомпенсации.

Объем оперативного вмешательства при узловом (многоузловом) зобе является предметом продолжающихся дискуссий, тем не менее, следует отметить, что целесообразность проведения органосохраняющих операций в случае изменения в обеих долях ЩЖ сомнительна и не оправдана патогенетически.

Лечение 2

- **Терапия радиоактивным ^{131}I**

Терапия радиоактивным ^{131}I является альтернативой оперативному лечению. Даже однократное назначение адекватной дозы ^{131}I сопровождается редукцией зоба на 30 — 80% от его исходного объема. При функциональной автономии ЩЖ (компенсированной и декомпенсированной) терапию ^{131}I следует признать методом выбора.

- **Альтернативные методы лечения**

Такие методы лечения как алкогольная абляция (введение абсолютного этанола в ткань узла) и другие виды малоинвазивной деструкции узловых образований ЩЖ ещё не получили исчерпывающей оценки в многолетних проспективных исследованиях. Эти методы являются предметом дальнейшего изучения и в перспективе, в отдельных случаях, могут рассматриваться как альтернатива хирургическому лечению исключительно узлового коллоидного зоба.

Лечение 3
