# 

# *Кафедра детской хирургии КГМА*

***Заведующий кафедры:*** *проф., д.м.н. Омурбеков Т.О.*

***Ассистент:*** *к.м.н. Ибраимов Ш.А.*

## 

***Больной:*** *Булан Л.П.*

***Диагноз:*** *Узловой зоб справа.*

**Куратор:** *Иманалиева Г.А.*

*Студентка 5курса,*

*лечебного факультета,14 группа.*

Бишкек-2002

***Паспортная часть.***

**Ф.И.О.:** *Булан Лена Петровна.*

**Дата рождения:***10 февраля 1989 года*

**Возраст:** 13 *лет*

**Пол :** *женский*

**Образование*:*** *сш.№2, 7 класс*

**Место жительства:** *с. Сосновка, ул. Фрунзе 6*

**Мать:** *Билан Б.И. (1956 г.р.-д/х)*

**Отец:** *Билан Н.С.(1953 г.р. - Фабрика головных уборов*)

**Дата поступления**:*15.10.02.*

**Дата выписки**: *27.10.02.*

**Клинический диагноз:** *Узловой зоб справа.*

**Дата и название операции:** *17.10.02. Гемитиреоидоэктомия-*

*гемиструмэктомия.*

#### *ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО*

*При поступлении девочка жаловалась на слабость,удушье,чувство кома в горле при волнениях и главное наличие опухолевидное образование на шее справа.*

#### *ANAMNESIS MORBI*

*В течении года , близкие отмечали изменения шеи в области щитовидной железы. Затем в сентябре мать заметила увеличение образования на шее. Мать с дочерью обратились в поликлинику по месту жительству, где заподозрили кисту щитовидной железы и направили в РДКБ.Здесь девочку обследовали и сделали УЗИ щитовидной железы.*

***ANAMNESIS VITAE***

*Девочка родилась в 1989 - году. В семье трое детей,она третья по счету. Со слов матери, беременность протекала без токсикозов и отеков. Роды прошли без осложнений:*

*-родилась в срок,с весом 3.300 г.,закричала сразу,*

-появление первых зубов в 6 мес.,  
- стала держать голову с 2 мес. (норма),  
- впервые села в 6 месяцев;  
- начал ходить в 11 месяцев;  
- первая речь в 1 год.

*находилась на грудном вскармливании. В физическом развитии ребенок не отстает от сверстников. Профилактические прививки получала соответственно возрасту, после них патологических реакций не было.*

*Профилактические прививки:  
- БЦЖ в роддоме;  
- АКДС + ОПВ в 3 мес. и в 4 мес - далее прививки по плану: 9 мес. - АДС-м, 13 мес. - вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи, 18 мес. - АДС-м и ОПВ.  
 В психическом и умственном развитии соответствует возрасту.*

*Менструальный цикл с 12 лет, не регулярные, болезненные.*

*Эпидемиологический анамнез:  
- контакт с инфекционными больными за последние 3 недели, включая грипп, острые респираторные заболевания, мать отрицает;  
- наличие в семье больных туберкулезом мать отрицает.*

* *брат девочки болел гепатитом А в 13 лет.*

***Перенесенные заболевания:****Корь,ветрянная оспа,в 1999 г.-операция по поводу гемангиомы волосистой части головы*

***Вредных привычек*** *нет.*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

***Семейный анамнез****.*

*Отец: Билан Н.С.(1953 г.р.-Фабрика головных уборов)*

*Мать: Билан Б.И. (1956 г.р.-д/х)*

В семье 3 детей вместе с больной. Никто не умирал.Семья проживает в частном доме. Условия проживания удовлетворительные. Режим дня, отдыха соблюдает, дополнительных нагрузок не имеет. Питание полноценное, регулярное. Девочка учится в 7 классе.

Наследственность отягощена: бабушка и тетя оперировались по поводу узлового зоба.

***Аллергологический анамнез:*** *НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЭРИТРОМИЦИНА.*

#### *Status praesens objectivus.*

*Общее состояние больной относительно удовлетворительное. Положение активное, вялое. Сознание ясное. Настроение нормальное, аппетит хороший, сон нормальный. Выражение лица обычное. В контакт с окружающими людьми входит. Телосложение правильное, среднее. Нормостенический тип конституции. Температура тела 36,7 \*С, вес= 57 кг.*

***Кожные покровы и слизистые оболочки****.*

*Кожные покровы обычной окраски, сухие, без внешних элементов .Имеется рубец после операционный, в следствии гемангиомы волосистой части головы. Варикозных расширений вен нет. Видимые слизистые оболочки розовые. Язык влажный, обложен белым налетом. Зев свободный, миндалины не увеличены.*

***Подкожная клетчатка.***

*Развита слабо, отеков нет. Лимфатические узлы не увеличенны.*

***Опорно-двигательный аппарат.*** *Мышцы развиты соответственно возрасту, участков атрофий не выявлено, при пальпации безболезненны, без уплотнений. Тонус и сила мышц сохранены. Степень развития мускулатуры нормальна.. Суставы по конфигурации нормальные. Припухлости, деформаций, местной гиперемии кожи над суставом нет. Движения в полном обьеме, свободные.*

***Органы дыхания.***

*Грудная клетка цилиндрической формы, никакой видимой на глаз патологии нет. Искривлений позвоночника нет. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Тип дыхания грудной, ритм дыхания правильный. ЧД- 19в минуту. Пальпаторно грудная клетка безболезненна. Голосовое дрожание проводится симметрично с обеих сторон. Перкуторно над легкими легочной звук.*

*Топографическая перкуссия легких. Границы в норме.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Нижние границы легких: | | | |
| линия | | справа | слева |
| l.medioclavicularis | | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | | 7 ребро | 7ребро |
| l.axillaris media | | 8 ребро | 8 ребро |
| l.axillaris posterior | | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis | | 10 ребро | 10 ребро |
| l.paravertebralis | | ост. отросток 11 гр. позв. | ост. отросток 11гр. позв. |

*Аускультативно над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет.*

***Органы кровообращения****.*

*Пальпаторно верхушечный толчок не пальпируется.*

*Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии, локализованный (шириной 1 см), не усиленный, не резистентный.Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом "кошачьего мурлыканья" не определяются. Надчревной пульсации не обнаружено.АД= 90/75 мм. рт. ст.  
Перкуссия сердца.  
Границы относительной тупости сердца.(в норме)*

*Правая –в 3 межр. На 1,5 см кнаружи от правого края грудины*

*Левая –5межеберье на 1,5см кнутри от среднеключной линии*

*Верхняя – на III ребре.между линией стерналис и парастерналис  
 Аускультация. Тоны сердца сохранены, ритмичны, шумов нет. ЧСС= 70 ударов в минуту.*

***Органы пищеварения***  *Губы -розовые, влажные. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют. Десны розовые, кровотечений и дефектов нет. Язык розового цвета, нормальной формы и величины, язык обложен белым налетом, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, без видимых дефектов. Слизистая зева негиперемированна.. Миндалины не увеличены, налетов нет.Зубы кариозные.Слюнные железы не увеличены, безболезненны.Запаха изо рта не наблюдается.  
 Живот нормальной формы, симметричен. Вздутие живота не наблюдается. Перистальтические движения не видны. Пупок втянутый. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубецпосле аппендэктомии. Грыжи не выявлены.*

*При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности не обнаружено. Локальная перкуторная болезненность в эпигастрии не выявлена.  
 Живот не напряжен,мягкий. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. Болезненности не отмечается. Расхождение мышц живота, грыж белой линии не выявлено.  
Глубокая пальпация. Пальпируются отдельные петли кишечника. При пальпации слышится небольшое урчание. Инфильтратов в брюшной полости при пальпации не выявлено.  
При аускультации живота определяется (на слух) активная перистальтика кишечника. Стул без особенностей.****Гепатолиенальная система****.*

*Пальпаторно печень у края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется.*

Перкуторно границы печени по Курлову (в норме):

1. по среднеключичной линии справа -9см.

2. по парастернальной линии - 8см.

*3.по левой реберной дуге - 7 см.*

*Желчный пузырь, поджелудочная железа не пальпируются.*

***Мочевыделительная система.***

*Область почек без особенностей. Симптом поколачивания по 12 ребру отрицательный с обеих сторон.. Мочеиспускание регулярное, без болезненное.*

***Эндокринная система.***

Отклонений в росте и массе тела не наблюдается.

*При осмотре области щитовидной железы: в нижней трети шеи, справа имеется опухолевидное образование. Пальпаторно размеры в пределах 3,0 х 2,0 см., гладкой консистенции, безболезненно. Подвижнное при глотании. Левая половина щитовидной железы не измененна. Имеется мелкий тремор пальцев рук.Экзофтальма нет. Ладожки влажные. Девочка плаксивая, раздрожительнная ,повышенная потливость с детства.*

*В позе Ромберга устойчива. Гиперпигментации нет. Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты. Голос обычный. Молочные железы развиты.****Органы чувств.***

*Зрение нормальное, реакция зрачков на свет живая. Снижение слуха.не отмечается.*

***Локальный статус.***

*При осмотре области щитовидной железы: в нижней трети шеи, справа имеется опухолевидное образование. Пальпаторно размеры в пределах 3,0х2,0 см., гладкой консистенции, безболезненно. Подвижнное при глотании. Кожа не измененна. Левая половина щитовидной железы не увеличена. Регионарные лимфатические узлыне увеличенны.*

*Предварительный диагноз*

*Узловой зоб справа.*

*План обследований.*

1.ОАК

*2.ОАМ*

3.Сахар в крови

*4.Кал на я/г*

*5.Биохимический анализ крови*

*6.Коагулограмма*

*7.Время свертывания крови по Сухареву.*

*8. Протромбиновый индекс*

*9. Минералы в крови*

*10..ЭКГ*

*11.УЗИ внутренних органов R-грамма гр. Клетки*

*12.УЗИ щит. железы*

*12. Почечные и печеночные тесты.*

*13.Кровь на гормоны (Т3 и Т4)*

*14. Кровь для определения группы крови.*

*15. Консул. невропатолога*

*16. Консул. Отоларинголога.*

*17. Консул. Стоматолога*

***Лабораторные данные.***

***16.10.02. ОАК.***

*Эритр.-4,23\*10^12*

*Hb-141 г/л э- п- с- л- м*

*Ц.П.-1,0 3- 7- 64- 26-1*

*Z-6,0*

*Тромб.- 69/1000 ;289 \*10 ^9/л/*

*СОЭ- 16 мм/с.*

Заключение: умеренное повышение СОЭ

***16.10.02. Время свертывания крови по Сухареву.***

*Начало-3’15” конец-3’50”*

* + 1. ***Стоматолог.***

*Жалоб нет, с целью санации.*

*Об-но: В области зубов имеются кариозные полости.*

*Диагноз:Средний кариес зубов.*

***10.10.02. Лор.***

*Уши АД/АS – отоскопия в норме.*

*Нос и глотка без особенностей.*

*Лор органы спокойны.*

***18.10.02. ОАК.***

*Эритр.-4,03\*10^12*

*Hb-128 г/л э- п- с- л- м*

*Ц.П.-0,95 2- 5- 78- 14-1*

*Z-10,0*

СОЭ- 14 мм/с.

***Заключение:*** *в норме.*

***16.10.02. Сахар крови –****5,55 ммоль/л.*

***Закл.:*** *верхняя граница нормы*

***18.10.02. Кал на я/г -*** *не найдены*

* + 1. ***УЗИ.***

Эхопризнаки патологии печени, почек и селезенки отсутствуют.

***18.10.02. ЭКГ.***

*Ритм синусовый, ЧСС=63 уд. ЭОС расположенна нормально.*

***16.10.02.ОАМ***

*Цв.-с/жел.,прозр.*

*Удел.вес-1018* ***Заключение:*** *умеренная слизь.*

*Реакция кислая*

*Белок –нет*

*Сахар-отр.*

*Эпит. пл.-един.*

*Z- 1-2-2*

*Слизь +*

***16.10.02. Печеночные тесты***

*Общ. Белок –85,6 г/л*

*Тимоловая – 2,53ед.*

*Таката-Ара – отр.*

*Биллирубин – общ.-12,88 мкмоль/л.*

*Прям.-0 мкмоль/л.*

*Непрям.-12,88 мкмоль/л.*

***Закл.:****умеренно снижен общ.биллирубин, остальное в пределах нормы.*

***18.10.02. Печеночные тесты***

*Общ. Белок – 61,0 г/л*

*Тимоловая – 1,66 ед.*

*Биллирубин – общ.-16,2 мкмоль/л.*

*Прям.-0 мкмоль/л.*

*Непрям.-16,2 мкмоль/л.*

***Закл.:*** *в пределах нормы*

***16.10.02.Трансаминазы***

*АСТ = 31,2*

АЛТ = 19,2

***Закл.:*** *в норме.*

***16.10.02. Биохим. Показатели.***

*Остаточный азот-13,1*

*Мочевина –2,93 ммоль/г*

*Креатинин-54,0 мкмоль/л.*

***Заключение:*** *в норме*

***18.10.02. Свертывающая система.***

*Вр. Рекальцификации – II 5’’*

*Фибриноген – 600 мг / %*

***Закл.:*** *в норме.*

***18.10.02. Протромбиновый индекс.*** *79,0 % (в норме)*

* + 1. *Гормоны щит. Железы*

*Т3 –2,19 нмоль/л*

*Т4- 124,3 нмоль/л*

***Закл.:*** *в норме.*

* + 1. ***Минералы***

*К – 3,33 мл/г*

*Na – 135 мл/г*

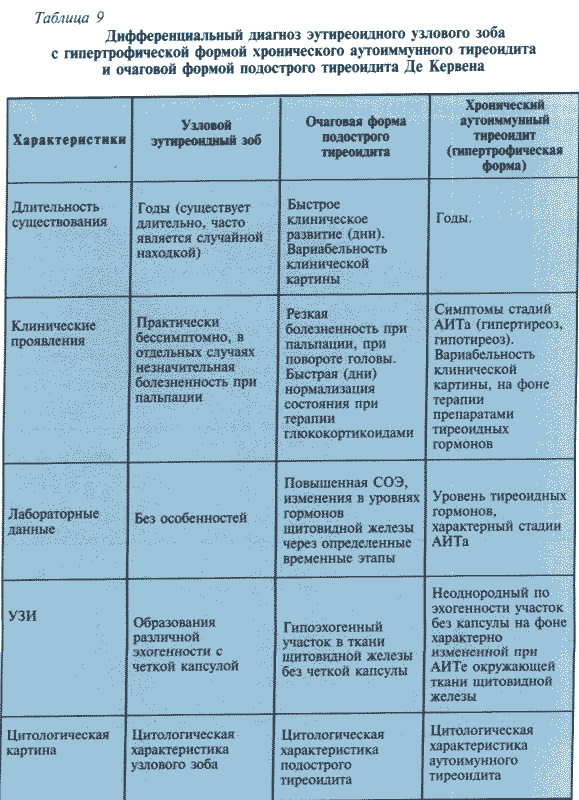
*Ca – 2,88 мл/г*

***Закл.:*** *в норме.*

***16.10.02 УЗИ щит. Железы.***

В правой доле щитовидной железы имеется узел размером 3,0х2,0 см.

***Дифференциальный диагноз.***



***Клинический диагноз и его обоснование***

**Диагноз: Узловой зоб справа.**

Данный диагноз был выставле на основании:

**1. Жалоб:** При поступлении девочка жаловалась на слабость, удушье, чувство кома в горле при волнениях и главное наличие опухолевидное образование на шее справа.

***2. Анамнеза:*** *В течении года , близкие отмечали изменения шеи в области щитовидной железы. Затем в сентябре мать заметила увеличение образования на шее. Мать с дочерью обратились в РДКБ.Здесь девочку обследовали и сделали УЗИ щитовидной железы.*

Наследственность отягощена: бабушка и тетя оперировались по поводу узлового зоба.

***3****.****Объективного обследования:*** *Отклонений в росте и массе тела не наблюдается.*

При осмотре области щитовидной железы: в нижней трети шеи, справа имеется опухолевидное образование. Пальпаторно размеры в пределах 3,0 х 2,0 см., гладкой консистенции, безболезненно. Подвижнное при глотании. Левая половина щитовидной железы не измененна. Имеется мелкий тремор пальцев рук.Экзофтальма нет. Ладожки влажные. Девочка плаксивая, раздрожительнная ,повышенная потливость с детства.

*В позе Ромберга устойчива. Оволосение по женскому типу. Молочные железы развиты. Менструальный цикл с 12 лет, не регулярные, болезненные.*

***4. Локальный статус.***

*При осмотре области щитовидной железы: в нижней трети шеи, справа имеется опухолевидное образование. Пальпаторно размеры в пределах 3,0х2,0 см., гладкой консистенции, безболезненно. Подвижнное при глотании. Кожа не измененна. Левая половина щитовидной железы не увеличена. Регионарные лимфатические узлыне увеличенны.*

1. ***Дифференциального диагноза*** *эутироидного узлового зоба с гипертрофической формой, хронического аутоиммунного тиреоидита и очаговой формой подострого тиреоидита Дее Кервена.*
2. **Данных лабораторных исследований:**

16.10.02 УЗИ щит. Железы.

В правой доле щитовидной железы имеется узел размером 3,0х2,0 см.

***Лечение у данного больного.***

1. **Оперативное.**
   * 1. *10.00- 11.20*

Под эндотрахеальным наркозом-удаление узлового зоба – Гемиструмэктомия- Гемитиреоидоэктомия.

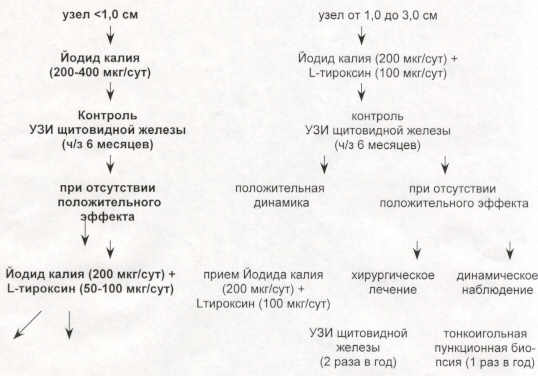
1. **Консервативное**
2. *Анальгин 50% - 1,5*
3. *Димедрол 1% - 1,5(при болях) в/м*
4. *Пенициллин по 1 мл. 3 раза в день в/м*

***Лечение вообще.***

## *Консервативное лечения и/или динамическое наблюдение*

Выбор консервативного метода лечения возможен только при наличии у больного узлового коллоидного в разной степени пролиферирующего эутиреоидного зоба небольших размеров (до 3,0 см в диаметре)[3;8;25] (рис. 11):

Рис. 11. Алгоритм лечения небольших узловых образований



*Показания для начала проведения консервативной терапии:*

 размер узла от 1,0 до 3,0 см в диаметре при отсутствии у пациента факторов риска, клинических и цитологических признаков опухоли щитовидной железы.

*Показания к продолжению консервативного лечения и/или наблюдения:*

 отсутствие роста узла за период лечения (рост узла - это увеличение его диаметра на 5 мм от исходного за последние 6 месяцев; УЗИ щитовидной железы должно проводится на одном ультразвуковом аппарате).

Основная цель консервативного лечения узлового зоба является:

- предотвращение дальнейшего роста узла;

- в ряде случаев - уменьшение его размеров.

Консервативное **лечение узлового коллоидного зоба** подразумевает назначение супрессивной терапии синтетическими препаратами тиреоидных гормонов (L-тироксин 100-200 мкг/сут.) и препаратов йодида калия (йодид 200 мкг/сут)) - в йоддефицитных регионах. Среди тиреоидных гормонов чаще всего назначается L-тироксин (L-тироксин-100, эутирокс-100).

Целью супрессивной терапии является подавление уровня TSH (непосредственного стимулятора роста тироцитов; агониста различных местных автономных факторов роста). Уровень TSH (для достижения желаемого консервативного лечения) должен находится ближе к нижней границе нормы (до 0,1-0,5 мМЕ/л)[3;8;23].

Начиная лечение L-тироксином (Эутироксом), необходимо учитывать:

- возраст пациента;

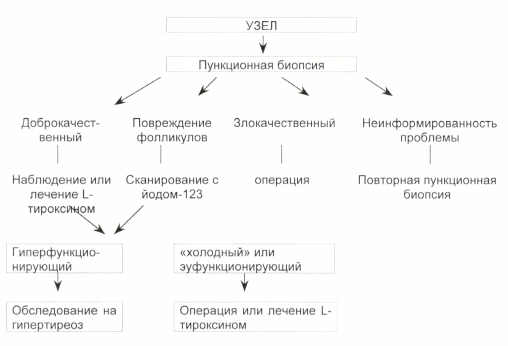
- наличие сердечно-сосудистой патологии;

- функциональную активность узлов щитовидной железы.

Назначение L-тироксина (Эутирокса) в дозах 12,2-25 мкг в день при узловом коллоидном пролиферирующем зобе, используется в качестве начального этапа лечения. При удовлетворительной переносимости препарата, доза L-тироксина постепенно должна быть увеличена до 100 - 200 мкг/сут. Лечение должно продолжаться на протяжении 6-12 месяцев, при этом размеры узла оценивается пальпаторно и с помощью ультразвукового исследования щитовидной железы. Пожилым пациентам препараты йода не рекомендуется назначать. Пациентам преклонного возраста, при отсутствии нарушения функции щитовидной железы и отсутствия признаков малегнизации, отсутствии симптомов компрессии - активное лечение не показано [7;9;25].

Лечение больных с **солитарным (функционально неактивным) узлом щитовидной железы,** включает пробное супрессивное лечение L-тироксином на протяжении 6-12 месяцев, с оценкой размеров узлового образования. Если на фоне лечения L-тироксином (Эутироксом) отмечается дальнейший рост узла, дальнейший прием препарата прекращается, проводится повторная пункционная биопсия и решается вопрос о хирургическом лечении. При стабилизации размеров узла или его регрессии на фоне лечения L-тироксина, прием препарата прекращается на 6 месяцев; повторяется лечение при повторном увеличении размеров узла через 6 месяцев (рис. 12) [2;7;15;32].

Рис. 12. Алгоритм ведения больных с одиночным узлом щитовидной железы (Singer P.A., 1996)



При лечении больных с **многоузловым зобом** необходимо помнить, что при данном заболевании узлы имеют различную анатомическую картину с участками геморрагий, кистозной дегенерации, фиброза и др. Супрессивная терапия L-тироксином проводится, если базальный уровень TSH в крови превышает 1,0 мМЕ/мл. Если на фоне консервативной терапии отмечается положительная динамика (уменьшение размеров зоба, прекращается его рост), лечение L-тироксином (Эутироксом) продолжают периодически (не менее 1 раза в 6 месяцев), при обязательном контроле уровня TSH в крови. При снижении уровня TSH менее 0,1 мЕД/мл на фоне лечения L-тироксином, прием препарата прекращают на 2 месяца. В дальнейшем контролируют уровень TSH, если он остается низким (менее 0,1 мЕД/мл) лечение L-тироксином противопоказано. Пациентам неоднократно выполняется тонкоигольная пункционная биопсия и сцентиграфическое исследование щитовидной железы, для решения вопроза о необходимости хирургического лечения [3;5;7;14;20;32].

## *Хирургическое лечение узловых образований щитовидной железы.*

Хирургическому лечению подлежат все опухоли щитовидной железы независимо от их величины и степени дифференцировки [2;9;15;36].

**Показания к оперативному лечению в экстренном порядке:**

 рак щитовидной железы; подозрение на рак при узловом зобе;

 фолликулярная аденома щитовидной железы, из-за невозможности отдефференцировать данный вид аденомы от высокодифференцированной фолликулярной аденокарциномы при цитологическом исследовании).

**Показания к оперативному лечению в плановом порядке:**

 узловой коллоидный зоб, превышающий в диаметре 3,0 см;

 отрицательная динамика (рост узла) на фоне консервативной супрессивной терапии,

 крупные (более 3,0 см) кисты щитовидной железы с фиброзной капсулой, стабильно накапливающие жидкость,

 аденома щитовидной железы любого морфологического типа;

 многоузловой токсический зоб после проведения медикаментозной подготовки;

 загрудинный узловой зоб (в связи с невозможностью верифицировать нозологический диагноз).

***Дневники.***

|  |  |
| --- | --- |
| ***21.10.02.***  *ЧД=19 в’*  *ЧСС=82 уд. в’*  *АД=110/60 мм .рт. ст.*  *Об-но:* | *Общее состояние удовлетворительное. Поведение активное, Спала хорошо. Настроение ровное. Кожа и слизистые обычной окраски. Особых жалоб не предъявляет.Pulmo: Дыхание везикулярное, хрипов нет.Cor: Тоны сердц аритмичные. Шумов нет. Язык влажный,обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются .Стул мягкой консистенции, темно-коричневого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета без примеси крови, гноя.*  *Рана чистая. Швы состоятельны. Туалет с йодом. Наложена полуспиртовая повязка. Лечение получает.Продолжить лечение. Отменить антибиотики.* |
| *23.10.02.*  *ЧД=20 в’*  *ЧСС=88 уд.в’*  *АД=110/60 мм. рт. ст.*    *Об- но:* | *Общее состояние удовлетворительное. Поведение активное, Ночь провела спокойно. Настроение хорошее. Кожа и слизистые чистые. Особых жалоб не предъявляет. Pulmo: Дыхание везикулярное, хрипов нет.Cor: Тоны сердца достаточной звучности, ритмичные. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления регулярные.*  *Рана чистая. Швы состоятельны. Туалет с йодом. Наложена полуспиртовая повязка.Лечение продолжает. Готовится к выписке.* |

***Эпикриз.***

***I****.Билан Лена петровна ,13 лет.Поступила 15.10.02.*

***II.****Учитывая клинико-анемнестические данные, был выставлен клинический диагноз:* Узловой зоб справа.

**2.На основании жалоб**: При поступлении девочка жаловалась на слабость, удушье, чувство кома в горле при волнениях и главное наличие опухолевидное образование на шее справа.

***3. Анамнеза****: В течении года , близкие отмечали изменения шеи в области щитовидной железы. Затем в сентябре мать заметила увеличение образования на шее. Мать с дочерью обратились в РДКБ.Здесь девочку обследовали и сделали УЗИ щитовидной железы.*

Наследственность отягощена: бабушка и тетя оперировались по поводу узлового зоба.

***4.Объективного обследования****:* *Общее состояние больной относительно удовлетворительное. Положение активное, вялое. Сознание ясное. Настроение нормальное, аппетит хороший, сон нормальный. Телосложение правильное, среднее. Нормостенический тип конституции. Температура тела 36,7 \*С, вес= 57 кг.*

*Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски.*

*Перкуторно над легкими легочной звук.Перкуторно границы легких в норме. Аускультативно над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет.*

*АД= 90/75 мм. рт. ст.  
 Границы относительной тупости сердца.(в норме)*

*Тоны сердца сохранены, ритмичны, шумов нет. ЧСС= 70 ударов в’*

*Язык обложен белым налетом, сосочки хорошо выражены. Слизистая зева негиперемированна.. Миндалины не увеличены, налетов нет.Зубы кариозные.  
 Живот нормальной формы, симметричен. Рубец после аппендектомии.  
 Живот не напряжен, мягкий, безболезненный. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. Стул без особенностей.*

*Пальпаторно печень у края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется.*

Перкуторно границы печени по Курлову (в норме):

*Отклонений в росте и массе тела не наблюдается.*

При осмотре области щитовидной железы: в нижней трети шеи, справа имеется опухолевидное образование. Пальпаторно размеры в пределах 3,0 х 2,0 см., гладкой консистенции, безболезненно. Подвижнное при глотании. Левая половина щитовидной железы не измененна. Имеется мелкий тремор пальцев рук.Экзофтальма нет. Ладожки влажные. Девочка плаксивая, раздрожительнная ,повышенная потливость с детства.

*В позе Ромберга устойчива. Оволосение по женскому типу. Молочные железы развиты. Менструальный цикл с 12 лет, не регулярные, болезненные.*

***5. Локальный статус.***

*При осмотре области щитовидной железы: в нижней трети шеи, справа имеется опухолевидное образование. Пальпаторно размеры в пределах 3,0х2,0 см., гладкой консистенции, безболезненно. Подвижнное при глотании. Кожа не измененна. Левая половина щитовидной железы не увеличена. Регионарные лимфатические узлыне увеличенны.*

***6.Дифференциального диагноза*** *эутироидного узлового зоба с гипертрофической формой, хронического аутоиммунного тиреоидита и очаговой формой подострого тиреоидита Дее Кервена.*

**7.Данных лабораторных исследований**:

16.10.02 УЗИ щит. Железы.

В правой доле щитовидной железы имеется узел размером 3,0х2,0 см.

**II.Получала следующее лечение:**

1. Консервативное*.*

* *Анальгин 50% - 1,5*
* *Димедрол 1% - 1,5(при болях) в/м*

##### *Пенициллин по 1 мл. 3 раза в день в/м ККБ - 50 мл. в/в*

1. Оперативное.
   * 1. *10.00- 11.20*

Под эндотрахеальным наркозом-удаление узлового зоба – Гемиструмэктомия - Гемитиреоидоэктомия.

***III.****За время пребывания в стационаре общее состояние девочки значительно улучшилось.*

***IV.Рекомендации:***

*- соблюдать режим труда и отдыха.*

* *Рациональное, разнообразное питание, продукты содержащие йод (яблоки , грецкий),богатые белками и витаминами.*
* *Встать на учет к эндокринологу*

*- ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА УЗЛОВОГО (МНОГОУЗЛОВОГО) ЗОБА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ*

У значительной части больных, которым была проведена двухсторонняя субтотальная резекция ЩЖ, развивается гипотиреоз, и они в дальнейшем нуждаются в заместительной терапии левотироксином. Для профилактики узлового коллоидного пролиферирующего зоба используются препараты калия йодида (например, "Йодид-200"), как правило, в сочетании с препаратми левотироксина (например, "Эутирокс") или в виде комплексных препаратов йодида и левотироксина ("Йодтирокс’’).

# Классификация узловых форм заболеваний щитовидной железы (ВОЗ,1988):

I. Узловой коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб

II. Опухоли:

1. Эпителиальные опухоли:

А. Доброкачественные:

 Фолликулярная аденома;

 Прочие.

Б. Злокачественные:

 Фолликулярный рак;

 Папиллярный рак;

 Медулярный рак;

 Недифференцированный (анапластический) рак;

 Прочие.

2. Неэпителиальные опухоли:

А. Доброкачественные.

Б. Злокачественные:

 Смешанные опухоли;

 Вторичные опухоли;

 Неклассифицируемые опухоли;

 Опухолеподобные поражения.

# Этиология и патогенез

Этиология и патогенез узлового эутиреоидного (нетоксического) зоба зависит от нозологической формы. Наиболее часто встречается узловой коллоидный в разной степени пролиферирующий зоб, патогенетически связанный с хроническим дефицитом алиментарного йода, и относящийся к йоддефицитным заболеваниям. При дефиците йода отмечается гиперстимуляция щитовидной железы (в основном за счет TSH), для обеспечения организма в адекватном количестве тиреоидных гормонов. В тоже время, трофический эффект на тироциты оказывает не только TSH аденогипофиза , но и ряд тканевых факторов роста: эпидермальный ростовой фактор (EGF), инсулиноподобный ростовой фактор-1 (IGF-1) и др. Передача сигнала многими рецепторами с тирозин-киназной активностью происходит посредством протеинов RAS. Протеин RAS, активируемый различными путями, стимулирует деление и ингибирует дифференциацию фолликулярных клеток. В 40% случаев при наличии доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы была выявлена активация онкогенов RAS вследствие точечной мутации. TSH стимулирует пролиферацию и дифференциацию фолликулярных клеток щитовидной железы, регулируя, главным образом, синтез cAMP. Связывание TSH со своим рецептором, стимулируется посредством протеина Gs, который активизирует фермент аденилат-циклазу, и увеличивает таким образом, внутриклеточный синтез циклического АМР (сАМР). Этот вторичный посредник активизирует сАМР-зависимую протеин-киназу (РКА). Активный фермент фосфорилирует группу белков-мишеней и, в частности, - ядерный фактор транскрипции CREB (сА responsive element binding protein). Таким образом, сАМР стимулирует пролиферацию и экспрессию генов дифференциации фолликулярных клеток; мутации генов TSH-R и Gas, способствуют возникновению гиперфункциональных узлов ( 60% ), в тоже время возможно наличие иных генетических аномалий, которые играют роль в онкогенезе щитовидной железы (рис.1) [8;10;11;15;36]:

В результате действия данных аспектов отмечается увеличение щитовидной железы; в полости фолликулов происходит избыточное накопление коллоида за счет микрогетерогенности тироцитов - повышенной чувствительности отдельных тироцитов к трофической и пролиферативной стимуляции; образование отдельных центров пролиферации может приводить к формированию узлового (смешанного) зоб, из-за несовершенства гиперпластических процессов в условиях хронического йодного дефицита. Одиночные узлы (солитарные аденомы) моноклональны, т.е. происходят из одной субпопуляции клеток. Многоузловой (полинодозный) зоб является поликлональным, одновременно может состоять из моноклональных и поликлональных узлов, моноклональные узлы могут происходить из различных клеток, указывая на их различные патогенетические механизмы. Рак щитовидной железы почти всегда моноклонального происхождения [2;9;15;21;31]. Механизм развития фолликулярной аденомы и рака щитовидной железы схож с патогенезом других доброкачественных и злокачественных опухолевых заболеваний [6;11;15;22]. Узлы формируются из неактивных хорошо дифференцированных клеток, прилегающих к крупным сосудам и содержащих коллоид [

*Узловой коллоидный зоб* ( не опухолевое заболевание) - наиболее частый вариант узлового эутиреоидного (нетоксического) зоба. Данная патология щитовидной железы относится к йоддефицитным заболеваниям. Коллоидный зоб формируется преимущественно за счет избыточного накопления коллоида в полости фолликулов. На фоне гомогенных масс коллоида располагаются крупные клетки округлой формы, в цитоплазме имеются секреторные вакуоли различной величины и формы. У большинства клеток выявляются признаки секреторной функции, характеризующиеся тем, что по их краю отмечаются выпячивания цитоплазмы с капельками коллоида (апокриновый тип секреции). Ядра округлой формы среднего размера, клетки располагаются однослойными пластами и железистыми комплексами, часто с коллоидом в центре []. Узловой коллоидный зоб может быть солитарным (единственное очаговое образование), многоузловым (множественные очаговые образования в одной или обеих долях щитовидной железы) и конгломератным (несколько узлов, тесно спаянных между собой). Поверхность железы неровная, покрыта плотной фиброзной капсулой. Диаметр узлов может колебаться от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Крупные узлы вызывают сдавление окружающей их тиреоидной ткани и сосудистой сети с развитием ишемического некроза, интерстициального некроза и др. В очагах некроза и вне его часть фолликулярных клеток нагружены гемосидерином. В участках отложения извести может наблюдаться оссификация. В фолликулах нередко обнаруживаются свежие и старые кровоизлияния. Местные повреждения индуцируют в свою очередь гиперплазию фолликулов. Таким образом, основой патологического процесса при узловом коллоидном зобе являются процессы дегенереции и регенерации. Иногда, фокально, выявляется лимфоидная инфильтрация струмы узлов и окружающей их тиреоидной ткани как при аутоиммунном тиреоидите. Узлы (солитарные аденомы) быстрее подвергаются различным инволюционным изменениям в связи с особым типом кровообращения. На фоне узлового зоба в самих узлах и/или в окружающей их ткани примерно в 17 - 22 % случаев наблюдается формирование аденокарцином. Следовательно, основными осложнениями узлового зоба являются острые кровоизлияния, иногда с внезапным увеличением в размерах щитовидной железы, лимфоидная инфильтрация с явлениями аутоиммунного струмита и развития рака [5;9;33].

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Таблица 1 | | | | | | | | | |
| Показатели состояния иммунитета детей с различными заболеваниями щитовидной железы | | | | | | | | | |
| Заболевание | Т-лимфоциты | | | | В-клетки(%) | Иммуноглобулины, г/л | | | Лизоцим, г/л |
| Т-общие (%) | Ттр (%) | Ттч (%) | Т акт (%) | A | M | G |
| Рак (n=72) | 33,61 0,27\* | 27,43 0,29^ | 8,61 0,29\* | 21,35 0,25\* | 23,56 0,15\* | 1,33 0,02\* | 1,27 0,02\* | 11,22 0,14\* | 6,38 0,07 |
| Аденома (n=44) | 32,0 0,55\* | 27,9 0,56^ | 9,77 0,41\* | 22,64 0,41\* | 20,84 0,59\* | 1,18 0,04^ | 1,33 0,04\* | 14,09 0,4\* | 6,96 0,2^ |
| Узловой зоб (n=40) | 39,56 0,56 | 24,2 1,06\* | 11,89 0,82 | 25,78 0,82^ | 29,22 1,35\* | 2,3 0,07\* | 1,35 0,07\* | 12,28 0,54\* | 7,39 0,22\* |
| Аутоиммунныйтироидит (n=44) | 37,61 0,37\* | 28,77 0,51 | 8,74 0,2\* | 22,0 0,21^ | 20,76 0,26\* | 1,4 0,02\* | 1,35 0,02\* | 12,92 0,12 | 6,54 0,13 |
| Контроль (n=40) | 53,6 0,26 | 32,91 2,18 | 14,6 1,19 | 28,0 0,41 | 12,46 0,91 | 0,96 0,07 | 0,81 0,08 | 9,94 0,07 | 6,2 0,12 |
| \* - достоверность различий с контролем, p<0.001 | | | | | | | | | |
| ^ - достоверность различий с контролем, p<0.05 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид антител | Аденома | Диффузный эндемический зоб | Узловой Зоб | Рак | Аутоиммунный тироидит |
| АТТПО ЕД/мл | 39,8 14,0\*^ | 21,1 5,0^ | 149,8 59.5\*^ | 138,0 41,0\*^ | 1770,0 222,0\*^ |
| АТ-ТГ ЕД/мл | 2,95 1,17 | 9,6 2,9^ | 66,8 16,1\*^ | 78,5 29,0\*^ | 747,2 149,0\*^ |
| АТ-МСА ЕД/мл | 23,1 2,3^ | 41,1 7,5\*^ | 36,7 11,9^ | 119,1 60,0\*^ | 402,7 43,4\*^ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Таблица 4 | | | |
| Относительное число детей с положительными титрами аутоантител при различных заболеваниях щитовидной железы | | | |
| Диагноз | АТ-ТПО, % | АТ-ТГ, % | АТ-МСА, % |
| Аденома | 50 | 0 | 17 |
| Диффузный эндемич. зоб | 29 | 18 | 60 |
| Узловой зоб | 52 | 15 | 20 |
| Аутоиммунный Тироидит | 96 | 90 | 58 |
| Рак | 52 | 20 | 8 |
| Контроль (Браслав) | 1,9 | 2,9 | 3 |

## 