



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Образовательная программа
специальность
31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ
«Госпитальная хирургия,
детская хирургия»
МОДУЛЬ
«Госпитальная хирургия»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию
для студентов V курса лечебного факультета

Тема: Заболевания щитовидной железы.

“Утверждаю”
Зав. кафедрой, профессор

С.С. Маскин

“ 02 ” _____ июля _____ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № _13_

Волгоград, 2018 год.

I. ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин создать целостное представление об этиологии и патогенезе, клинической картине, методах исследования и основных направлениях как консервативной терапии, так и оперативного лечения.

ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

1. Научиться правильно собрать жалобы, анамнез настоящего заболевания;
2. Овладеть принципами обследования больного с данной патологией;
3. Научиться строить, формулировать, обосновывать клинический диагноз и проводить дифференциальный диагноз;
4. Овладеть знаниями основных принципов консервативной терапии, хирургическими методами лечения данного заболевания;
5. Детально ознакомиться и научиться оценивать результаты специальных методик исследования;
6. Научиться проводить беседу с больным и его близким окружением;
7. Ознакомиться с принципами профилактики данной патологии и элементами санитарно-просветительской и организационно-тактической работы.

I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

Патология щитовидной железы занимает центральное место в клинической эндокринологии. Значимость патологии возросла в последние годы в связи с ростом йод - дефицитных состояний и последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Узловые образования щитовидной железы выявляются у 4-6% населения.

Считаем целесообразным привести несколько важных симптомов, не столь широко освещенных в учебной литературе, но достаточно важных:

- **Симптом Барри.** Сонная артерия хорошо пальпируется за опухолью щитовидной железы, если она доброкачественная. При злокачественной опухоли сонная артерия пальпируется плохо или не прощупывается вовсе.
- **Симптом Брама.** У больных с тиреотоксикозом во время смеха глаза остаются широко открытыми.
- **Симптом Вальсальвы.** Загрудинный (“ныряющий”) зоб при кашле появляется и виден на шее.
- **Симптом Гутмана** – тонкое жужжание, выслушиваемое над щитовидной железой при диффузном токсическом зобе.
- **Симптом Дальмеди** – “сердитый вид”, “застывшее лицо” у больных базедовой болезнью. Симптом объясняется повышением тонуса мышц, поднимающих веко.
- **Симптом Марансона.** После пальпации над щитовидной железой наблюдают покраснение кожи, более выраженное, чем на соседних участках кожи. Наблюдается при Базедовой болезни.
- **Симптом Спасокукоцкого (симптом “простыни”).** Больные базедовой болезнью укрываются ночью только простыней из-за постоянного чувства жара и повышенной потливости.

ТИРЕОТОКСИКОЗ (Базедова болезнь, болезнь Фляяни-Базедова, болезнь Грейвса-Базедова, болезнь Пэрри).

Синдром тиреотоксикоза – синдром, при котором наблюдаются клинические и биохимические проявления избыточного содержания тиреоидных гормонов в крови вне зависимости от причины повышения их уровня (чаще – избыточная продукция гормонов щитовидной железой /болезнь Базедова-Грейвса (85 %), токсическая аденома, многоузловой токсический зоб и др./).

Тиреотоксикоз также может быть обусловлен продукцией тиреоидных гормонов вне железы (опухоль яичника, метастазы рака).

Клинические формы гипотиреоза и тиреотоксикоза:

- Субклиническая. Клиника отсутствует, уровень свободного и общего тироксина в пределах нормы, уровень ТТГ выше 10 мие/л при субклиническом гипотиреозе и меньше 0,2 мие/л при субклиническом гипотиреозе.
- Манифестная. Имеется клиника и характерные сдвиги при определении содержания гормонов щитовидной железы в крови.
- Осложненная. Имеются осложнения – мерцательная аритмия; микседема и выпоты в серозных полостях при гипотиреозе.

“Мерзбургская триада” Базедова – синусовая тахикардия, зоб, пучеглазие.

Диагностика:

- ◆ Лабораторные методы исследования.
- ◆ Исследования функционального состояния щитовидной железы?
- ◆ Радионуклидные методики диагностики?
- ◆ УЗИ щитовидной железы?

Уровень холестерина в крови понижен. Наблюдают лейкопению, лимфоцитоз, эозинофилию.

Существует 3 метода лечения:

- Консервативная терапия.
- Хирургическое лечение.
- Терапия радиоактивным йодом (131-Й).

Консервативная терапия также используется в качестве подготовки к хирургическому лечению или терапии радиоактивным йодом.

Терапия направлена на снижение избыточной продукции гормонов путем торможения их синтеза и секреции с помощью тиреостатиков или антитиреоидных препаратов.

Для торможения влияния тиреоидных гормонов на периферические органы и ткани используют препараты, обладающие симптоматическим действием (в-адреноблокаторы, антагонисты кальция, глюкокортикоиды). Основными средствами являются препараты группы тиамазола и пропилтиоурацила (производные тиомочевины). Последние наиболее показаны для лечения тиреотоксикоза у беременных и кормящих женщин.

Выявлено, что пациенты, проживающие в йод-дефицитных зонах (например, большая часть территории России), более чувствительны к тиреостатическим препаратам, чем те, кто проживает в странах, где проблема дефицита йода решена с помощью йодной профилактики. В США подходы к лечению тиреотоксикоза иные: большинству больных сразу после достижения эутиреоза с помощью тиреостатиков назначают радикальную терапию радиоактивным йодом.

Схема лечения тиреотоксикоза:

Диффузный токсический зоб

Токсическая аденома,
многоузловой токсический зоб

Достижение состояния эутиреоза (прием тиреостатиков, препаратов йода, в-адреноблокаторов).

Лечение тиреостатиками (12-18 месяцев).

Хирургическое лечение.

Терапия радиоактивным йодом.

Быстрый эффект, но не исключен риск п/о осложнений (гипотериоз); при тиреотоксикозе – терапия тироксином.

При небольших размерах зоба, низком уровне тиреостимулирующих антител – вероятность ремиссии – 50 %.

Ремиссия не наступила – хирургическое лечение или терапия радиоактивным йодом.

Эффект через 2-3 месяца, если разовьется гипотиреоз – пожизненно заместительная терапия тироксином.

Подготовка к хирургическому вмешательству по поводу тиреотоксикоза.

Назначают 20-40 мг/сут препарата, блокирующего функцию железы до устранения симптомов гиперфункции железы. Для сокращения времени подготовки к операции возможно дополнительное назначение в-адреноблокаторов или препаратов йода – раствор Люголя за 10 дней до операции. Не следует, однако, забывать, что в-адреноблокаторы не являются средствами патогенетической терапии тиреотоксикоза, а применяются в качестве дополнительной терапии.

Хирургический метод оптимален при неэффективности или невозможности консервативной терапии (аллергия к анти tireoидным препаратам, лейкопения и т. п.), у больных с тяжелым течением диффузного токсического зоба, беременных и детей, при большом зобе или узловых его формах. Оптимальный срок операции у беременных – второй триместр.

Не следует забывать о загрудинном расположении зоба, как не менее важном показании к оперативному вмешательству.

Хирургическое вмешательство имеет цель субтотальной, субфасциальной резекции щитовидной железы. При малейшем подозрении показана экспресс-биопсия с обязательным гистологическим исследованием макропрепарата.

Терапия радиоактивным йодом показана при: рецидиве тиреотоксикоза после операции, на фоне медикаментозного лечения, при впервые выявленном диффузном токсическом зобе, когда невозможно проведение длительного консервативного лечения из-за аллергии, наличие выраженных сердечно-сосудистых нарушений у больных с малыми размерами железы.

Абсолютными противопоказаниями являются беременность и лактация.

ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ (0,02-0,05 %) – это неотложное состояние, требующее своевременной диагностики и ургентной терапии.

Провоцирующими факторами можно назвать:

- Оперативное вмешательство на щитовидной железе.
- Лечение радиоактивным йодом.
- Грубая пальпация железы.
- Инфекция.
- Интоксикация.
- Психическая травма.
- Чаще всего криз возникает у женщин, страдающих диффузным токсическим зобом, в летний период, так как жара способствует и провоцирует его развитие.

Схема лечения: борьба с гипертоксиемией; с гиперреактивностью симпат-адреналовой системы; с надпочечниковой недостаточностью; с дегидратацией; с гипертермией.

- Тиреостатики – тимазол, начиная с 60-80 мг и далее по 30 мг через 6-8 часов или пропилтиоурацил – по 300-400 мг 3-4 раза в день. Если больной не может применять препарат внутрь, его вводят через назо-гастральный зонд.
- Препараты йода назначают через 1-2 часа после тиреостатиков.
- Раствор Люголя внутрь по 30-50 капель в день в 3-4 приема либо натрия йодид в/в капельно по 1-2 г/сут.
- Водорастворимые препараты гормонов (гидрокортизон сукцинат) по 100-300 мг в день вводят в/в или в/м.
- В-адреноблокаторы (пропранолол) внутрь до 160 мг/сут 4 раза/день, либо в/в по 1 мг медленно каждые 4 часа со скоростью введения не более 1 мг/мин.
- 5-% раствор глюкозы, физиологический раствор, солевые и белковые препараты (для восполнения объема циркулирующей жидкости).
- Салицилаты (жаропонижающий эффект) применять не следует, т.к. они конкурируют с тиреоидными гормонами за связь с тироксинсвязывающими белками крови и повышают уровень свободных Т₃ и Т₄. Поэтому, снижать температуру следует с помощью влажных обертываний тела или введением препаратов типа амидопирин или ацетаминофен.
- По показаниям – сердечные гликозиды, седативные препараты и ингибиторы протеаз.
- Если провокатором криза является инфекция, то больному вводят антибиотики.
- В случае отсутствия эффекта от интенсивной терапии следует удалять гормоны щитовидной железы из циркуляции. Для этого необходим плазмоферез.

ГИПОТИРЕОЗ. Заболеванием страдают от 1,5 до 2 % женщин и около 0,2 % мужчин.

Клиника.

- Запоры.
- Снижение умственной и физической работоспособности.
- Прибавка веса.
- Гипотония и брадикардия.
- Повышенная утомляемость.
- Микседема.
- Повышенная чувствительность к холоду.
- Осиплость голоса.
- Астенизация.

Показана длительная (порой пожизненная) терапия тироксином

УЗЛОВОЙ ЗОБ – это очаговые объемные образования в щитовидной железе. В клинической практике встречается часто. Встречаются у 1 % мужчин и 10 % женщин, причем количество узлов увеличивается после 45 лет. Частота узлового зоба повышается в зонах дефицита йода в биосфере.

Токсическая аденома щитовидной железы – единичная аденома в железе с гормональной активностью (клиника тиреотоксикоза).

Если на фоне диффузного увеличения железы определяется узловое образование, то говорят о *смешанном зобе*.

При наличии в железе двух или более узловых образований состояние называется *многоузловой зоб*.

При обнаружении у больного узла в железе необходима пункционная биопсия и морфологическая верификация. При злокачественных и некоторых формах доброкачественных опухолей показано хирургическое лечение.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ на ранних стадиях своего развития чаще всего протекает как солитарный узел. Частота выявления рака составляет в среднем 9-54 %.

Среди всех больных опухолью щитовидной железы запущенные и распространенные формы встречаются в 25-40 % случаев. Как правило, они являются следствием нераспознанного заболевания, принятого за “узловой зоб”.

I. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /300 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 5 мин.
2. Посещение утренней врачебной конференции – 25 мин.
3. Обход с курацией больных (в т.ч. больных перед операцией) – 30 мин.
4. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия) – 30 мин.
5. Работа в перевязочной, операционной, процедурном кабинете; ознакомление и принятие участия в работе лечебно-диагностических подразделений стационара /расшифровка рентгенограмм, томограмм, протоколов ФГДС и УЗИ, лабораторных данных и т.д./ - 90 мин.
6. Опрос студентов по теме занятия (60 мин.)
7. Итоговый контроль знаний, подготовка к экзаменам (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 50 мин.
8. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 10 мин.

I. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

I. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).
- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

I. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Назовите современные инструментальные методы диагностики заболеваний щитовидной железы?
2. Что такое тиреотоксикоз?
3. Перечислите клиническую классификацию Милку при тиреотоксикозе?
4. Расскажите о консервативном лечении тиреотоксикоза?
5. Принципы лечения тиреотоксического зоба?
6. Каковы показания к хирургическому лечению зоба?

7. Какие операции Вы знаете при заболеваниях щитовидной железы? В чем Вы видите их положительные и отрицательные стороны?
8. Что такое операция Драчинской и при каких формах зоба она используется?
9. Какова современная тактика при обнаружении узловой формы зоба и почему?
10. Расскажите про эндемический и спорадический зоб?
11. Каковы особенности течения рака щитовидной железы?

I. УЧЕБНО-НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ:

- таблицы;
- набор Ro- грамм по разбираемой теме;
- патолого-анатомические препараты;
- схемы операций;
- макеты, муляжи;
- слайды, видеофильмы, хирургические инструменты.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература.

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

Дополнительная литература.

1. Абер В.Я., Алешин Б.В., Астапенко В.Г. Заболевания щитовидной железы. – Мн., 1970.
2. Амирова Н.М., Агапов В.В., Скопец М.Д. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при узловых образованиях щитовидной железы. – Саратов, 1993. – 16 с.
3. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. – СПб.: Гиппократ, 1998. – 336 с.
4. Брейдо И.С. О хирургии щитовидной железы. //Вестник хирургии. – 1989. - № 3. – С.140-144
5. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы (хирургические аспекты). – М.: Медицина, 1993. – 223 с.
6. Ветшев П.С., Балаболкин М.И., Петунина и др. Диагностика и лечение диффузного токсического зоба. (Обзор) //Хирургия. – 1999. - № 11. – С. 51-56
7. Ветшев П.С., Мельниченко Г.А., Кузнецов Н.С. и др. Заболевания щитовидной железы. – Москва. – 1995.
8. Герасимов Г.А., Петунина Н.А. Заболевания щитовидной железы. – Москва, 1999. – 64 с. (Приложение к журналу “Здоровье”).
9. Гольбрайх В.А., Кухтенко Ю.В. Хирургические заболевания щитовидной железы. Методические заболевания для студентов, субординаторов, хирургов-интернов. – Волгоград, 2001. – 18 с.
10. Драчинская Е.С., Брейдо И.С. Хирургия щитовидной железы. – Москва, 1961.
11. Евменова Т.Д. Обоснования, разработка и применение методологии органосохраняющих вмешательств в лечении узловой патологии щитовидной железы. – Автореф. дисс. ...докт.мед.наук. – СПб., 2001. – 36 с.
12. Левит И.Д. аутоиммунный тиреоидит. Челябинск, 1991.
13. Морозова Т.А. Диффузный токсический зоб. – Волгоград, 1987. – 16 с.

14. Мясникова М.Н., Вишняков Е.А, Дробнер В.Л. и др. Зоб (методические указания к практическим занятиям по факультетской хирургии). – Петрозаводский Гос. Университет, Петрозаводск, 1976. – 48 с.
15. Николаев О.В. Хирургия эндокринной системы. – Москва, 1952.
16. Стариков Н.Т. Клиническая эндокринология. – Москва: Медицина, 1991.