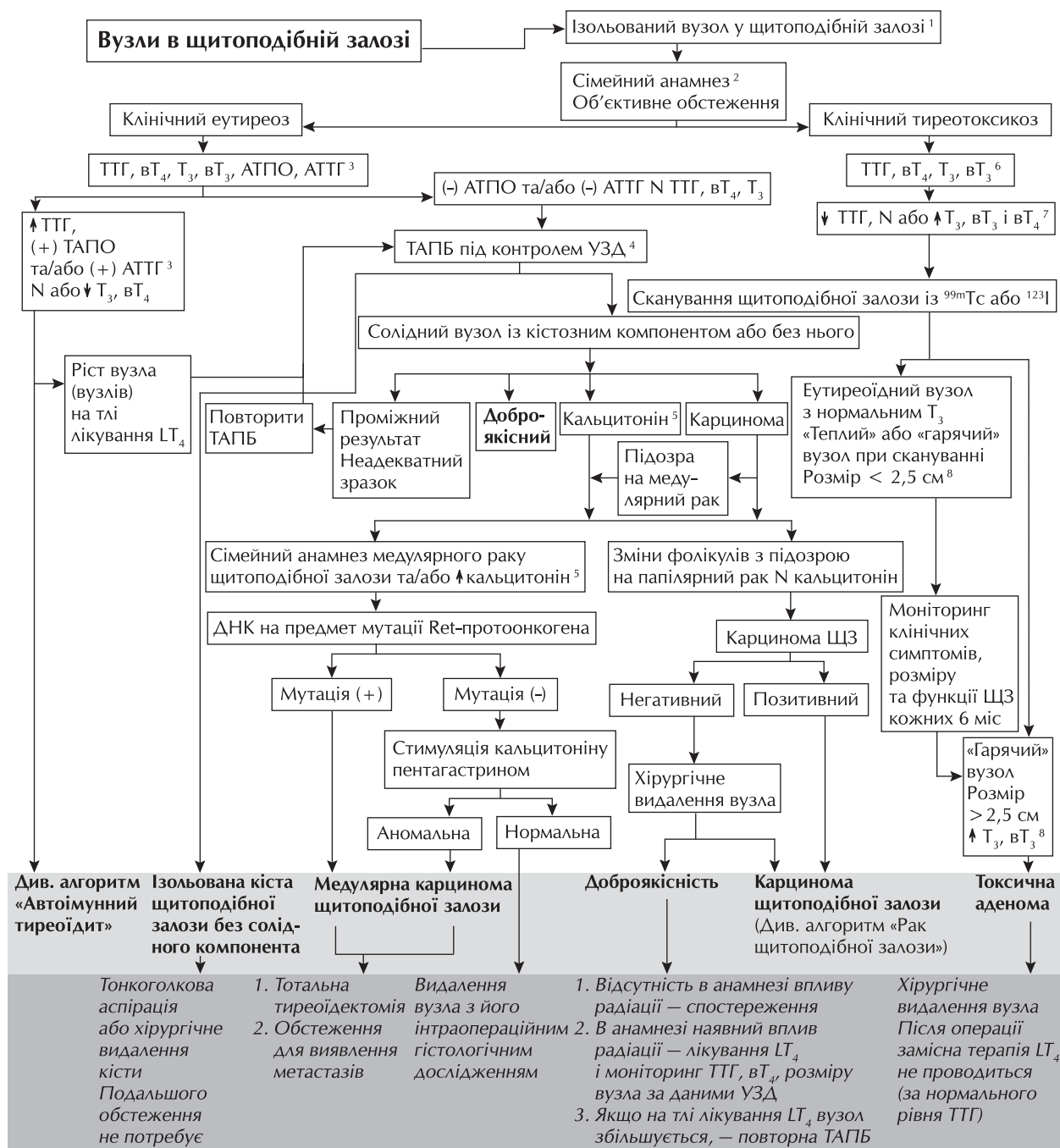


Практичні алгоритми в дитячій ендокринології*

Вузли в щитоподібній залозі



* Продовження.

Початок у № 2—4, 2012; № 1, 3, 4, 2013; № 1—4, 2014; № 1, 2, 2015.

Стаття надійшла до редакції 23 жовтня 2015 р.

Зелінська Наталія Борисівна, д. мед. н., зав. відділу дитячої та підліткової ендокринології
01021, м. Київ, Кловський узвіз, 13-А. Тел. (044) 254-34-68

Примітка

1 — порядок ведення хворих із багатовузловим зобом, які не зазнавали впливу іонізаційної радіації, такий самий, як і хворих з ізольованим вузловим зобом. Багатовузловий зоб нечасто трапляється в дітей, які мешкають у регіонах із достатньою забезпеченістю йодом, за винятком випадків аутоімунного (хронічного лімфоцитарного) тиреоїдиту.

2 — сімейний анамнез важливий для встановлення наявності аутоімунного захворювання ЩЗ, доброякісного або злоякісного новоутворення ЩЗ, інших пухлин чи синдромів, що супроводжуються новоутвореннями в ЩЗ, або багатовузлового зоба з йодною недостатністю чи без неї. Анамнез та об'єктивне обстеження зазвичай дають змогу відрізнити хворих з еутиреозом від хворих з тиреотоксикозом.

3 — під час первинного обстеження дитини чи підлітка з ізольованим вузлом або множинними вузлами в ЩЗ рекомендується вимірювання показників, що характеризують функцію ЩЗ, а також тиреоїдних антитіл. Якщо показники підтверджують діагноз первинного гіпотиреозу та/або виявлено високі титри тиреоїдних антитіл, що свідчать про аутоімунний тиреоїдит, подальші дослідження зазвичай не показані. У хворих з первинним гіпотиреозом слід розпочати лікування $L\text{T}_4$. Необхідно вимірювати як АТПО, так і АТТГ, оскільки у 10–20 % дітей з аутоімунним тиреоїдитом виявляються антитіла тільки одного з названих видів, а у 80–90 % — обох видів; дуже рідко в дітей з клінічною картиною тиреоїдиту у вигляді вузлового зоба дослідження антитіл негативне. Як альтернативу можна визначити АТПО, а в разі їх відсутності — АТТГ. Для заперечення аутоімунного тиреоїдиту необхідно, щоб були відсутні підвищені концентрації АТПО і АТТГ. Низькі титри АТПО та/або АТТГ можуть відзначатися в дітей та підлітків із папілярним і фолікулярним раком ЩЗ, високі титри антитіла можуть також визначатись і за існування злоякісних новоутворень (тобто їх наявність не виключає присутність злоякісних вузлів). Можливе також існування злоякісних новоутворень на тлі аутоімунного тиреоїдиту, що вимагає ретельного моніторингу дітей з вузловим зобом. У разі прогресивного росту одного чи кількох вузлів слід провести тонкоголкуву аспіраційну пункційну біопсію (ТАПБ).

4 — якщо результати дослідження функції ЩЗ нормальні і тиреоїдні антитіла не виявлені, наступним тестом має бути ТАПБ. УЗД дає змогу встановити, чи новоутворення щільне, чи кістозне, а цитологічне дослідження отриманого під час ТАПБ матеріалу — чи воно злоякісне, підозріле, фолікулярне, невизначене або доброякісне. У разі виявлення злоякісного, підозрілого чи фолікуляр-

ного новоутворення показано хірургічне втручання; у разі невизначеного — виконання повторної ТАПБ; у випадку доброякісного новоутворення повторну ТАПБ слід виконати, якщо вузли збільшуються в розмірах.

Якщо дослідження функції ЩЗ свідчать про гіпотиреоз і вузли — щільні або щільні з кістозними компонентами, можна провести сканування з ^{99m}Tc або ^{123}I , яке дасть змогу визначити, чи вузли гіперфункціональні, і чи є нормальна функція ЩЗ результатом пригнічення надмірною секрецією тиреоїдних гормонів аденомою. Гіпофункціональні («холодні») вузли в дітей з нормальною функцією ЩЗ мають бути видалені після передопераційної ТАПБ, яку проводять, щоб встановити передопераційний діагноз і допомогти хірургові визначити обсяг операції. У дітей з «холодними» вузлами необхідно визначити рівень кальцитоніну в сироватці. Якщо він підвищений, слід виконати ДНК-аналіз на предмет мутацій *Ret*-протоонкогена для діагностування медулярної карциноми ЩЗ; ТАПБ варто провести перед хірургічним видаленням вузла, навіть за нормального рівня кальцитоніну.

5 — у дітей із сімейним анамнезом медулярної карциноми ЩЗ або з підвищеним рівнем кальцитоніну необхідно виконати дослідження на предмет мутацій *Ret*-протоонкогена. Мутація означає наявність у хворого медулярної карциноми ЩЗ незалежно від віку. Такому пацієнтові необхідно виконати тотальну тиреоїдектомію з обстеженням для виявлення метастазів. Якщо в дитини є вузол у ЩЗ і рівень кальцитоніну підвищений, але мутації не виявлено, їй необхідно провести пробу зі стимуляцією пентагастрином і виконати ТАПБ. Якщо відповідь кальцитоніну на стимуляцію пентагастрином аномальна, хворому слід виконати тотальну тиреоїдектомію; якщо відповідь нормальна — хірургічне видалення вузла і частки ЩЗ.

6 — у хворого з одиничним вузлом у ЩЗ і клінічним тиреотоксикозом необхідно оцінити функцію ЩЗ, але немає потреби у визначенні тиреоїдних антитіл, якщо інша частина ЩЗ не змінена.

7 — у хворих зі зниженим вмістом ТТГ і нормальним або підвищеним рівнем T_3 у сироватці необхідно визначити рівень vT_3 у сироватці. Підвищений рівень vT_3 за нормального рівня загального T_3 може відзначатися в дітей та підлітків з гіпертиреозом через наявність гіперфункціонального вузла ЩЗ. У таких хворих під час радіонуклідного сканування ЩЗ не виявляється захоплення радіонукліда рештою тканини ЩЗ, якщо автономний вузол секретує надлишкову кількість тиреоїдних гормонів. У такій ситуації зазвичай вузол має діаметр понад 2,5 см, у хворого є клінічні симптоми тиреотоксикозу, а рівень ТТГ нижче нормального або не визнача-

ється. За таких умов показано хірургічне видалення вузла.

8 — у хворого з гіперфункціональним вузлом ЩЗ за даними радіонуклідного сканування і наявністю захоплення радіонукліда рештою нормальної тканини ЩЗ зазвичай розмір вузла менше 2,5 см у діаметрі, стан еутиреозу, а концентрація ТТГ низько-нормальна або знижена, але визначається. У такій ситуації необхідно кожних 6 міс проводити контроль розміру вузла й функції ЩЗ, особливо за наявності ознак

збільшення вузла. Якщо вузол збільшився або припинилося захоплення радіоактивного ізотопу тканиною залози та/або виникли клінічні вияви тиреотоксикозу, показано хірургічне видалення вузла.

Скорочення

вТ₃ — вільний трийодтиронін

вТ₄ — вільний тироксин

ТТГ — тиреотропний гормон