

**Министерство здравоохранения Украины  
Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Украинская медицинская стоматологическая академия»**



**«Утверждено»**  
на заседании кафедры онкологии  
заведующий кафедрой  
д.мед.н., профессор Баштан В.П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ  
ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ**

<i>Учебная дисциплина</i>	<i>Онкология</i>
<i>Модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Смысловой модуль №</i>	<i>I</i>
<i>Тема занятия</i>	<b>Рак щитовидной железы</b>
<i>Курс</i>	<i>IV</i>
<i>Факультет</i>	<i>Стоматологический</i>

**Полтава - 2018**

# **Т е м а: РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

## **1.Актуальность темы.**

В последние годы заболеваемость раком щитовидной железы значительно выросла. Рост заболеваемости продолжается. В Украине заболеваемость раком щитовидной железы составляет около 1,5% среди всех злокачественных опухолей. (4,2: 100000). По Полтавской области 3,8: 100000.

Количество заболевших среди женщин значительно выше, чем у мужчин. Чаще всего болеют люди в возрасте 40-60 лет, хотя, как уже отмечалось, болезнь имеет тенденцию к омоложению.

В последние годы участились случаи заболевания РЩЖ среди лиц, которые подверглись действию радиоактивного йода после аварии на ЧАЭС. Особенно это касается детей, у которых частота РЩЖ увеличилась в несколько раз.

Опухоли щитовидной железы рассматриваются как дисгормональные. Они возникают на фоне торможения функции щитовидной железы, которое обусловлено недостаточностью йода, анти тиреоидными препаратами, ионизирующим излучением. К группе повышенного риска относятся больные узловым зобом, аденомой щитовидной железы, рецидивным эутиреоидным зобом. Все это необходимо знать будущим врачам-терапевтам, хирургам, эндокринологам.

## **2.Учебные цели занятия**

Знать :

- этиологию и патогенез рака щитообразной железы;
- обязательные методы обследования больных раком щитообразной железы;
- клиническую классификацию рака щитообразной железы;
- основные методы лечения больных раком щитообразной железы (хирургический, комбинированный, лучевой);
- группы риска.

Уметь :

- определить стадию распространения опухолевого процесса;
- провести общее объективное обследование больных;
- назначить дополнительные методы обследования у больных раком щитовидной железы;
- выполнять пункционную биопсию опухоли щитовидной железы;
- назначить индивидуальное лечение больных раком щитовидной железы в зависимости стадии, общего состояния и возраста больного;
- назначить профилактические средства по борьбе с раком щитовидной железы.

Цели развития личности (воспитательные цели):

- воспитание у студентов современного мировоззрения;
- утверждение приоритета отечественных ученых в разработке проблемы рака щитовидной железы (Пачес, Пропп и другие);

- обучение принципам онкологической деонтологии и врачебной этики;
- изучение вопросов современной экологии и ее влияние на возникновение заболеваний щитовидной железы.

### 3. Междисциплинарная интеграция (базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы)

Дисциплина	Знать	Уметь
1	2	3
Анатомия	Особенности кровоснабжения и лимфатическую систему ЩЖ	Оценивать результаты цитологического и гистологического исследований биоптатов. Оценивать результаты функциональных проб, радионуклидного исследования, показателей биохимических и общеклинических анализов крови и мочи. Проводить физикальное и клиническое обследование больных раком ЩЖ.
Гистология	Клеточный состав ЩЖ	
Патологическая анатомия	Гистологическую структуру опухоли ЩЖ	
Общая физиология	Нормы функций ЩЖ	
Патологическая физиология	Патологию функций ЩЖ	
Терапия	Методы общего обследования больных.	
Эндокринология	Методы специальных исследований.	
Хирургия	Общие принципы хирургического вмешательства.	

### 4. Терминология

Украинский язык	Русский язык	Латинский язык
Рак щитовидной железы	Рак щитовидной железы	Cancer glandulae thyreoidea
Узловой зоб	Узловой зоб	Struma nodularis
Аденокарцинома	Аденокарцинома	Adenocarcinoma
Плоскоклеточный рак	Плоскоклеточный рак	Cancer planoepitheliale
Лучевая терапия	Лучевая терапия	Therapia radiata

#### **4.1 Теоретические вопросы к занятию**

##### **1. Анатомо-топографическая и анатомо-функциональная характеристика щитовидной железы:**

- ✓ строение щитовидной железы;
- ✓ патологическая анатомофункциональная характеристика щитовидной железы: варианты ее расположения;
- ✓ кровообращение и лимфоотток в образованиях щитовидной железы;
- ✓ гормоны щитовидной железы (регуляция их образования и физиологическая роль в организме).

##### **2. Патологическая анатомия щитовидной железы:**

- ✓ изменения, которые происходят при:
  1. доброкачественных новообразованиях ЩЖ;
  2. злокачественных новообразованиях ЩЖ.

##### **3. Классификация рака ЩЖ:**

- по локализации;
- по гистологической структуре;
- по распространению опухоли;
- по стадиям и по системе ТНМ.;
- по происхождению.

##### **4. Этиология и патогенез рака щитовидной железы.**

##### **5. Клинические симптомы**

##### **6. Лабораторные и инструментальные методы исследования щитовидной железы:**

- ✓ цитологический и гистологический методы исследования;
- ✓ ультразвуковое исследование;
- ✓ радиоизотопное сканирование
- ✓ рентгенологическое исследование;
- ✓ пневмотиреоидография;
- ✓ ангиография;
- ✓ термография;
- ✓ компьютерная томография.

##### **7. Принципы лечения рака ЩЖ:**

- ✓ хирургический;
- ✓ лучевая терапия;
- ✓ химиогормонотерапия;
- ✓ комбинированное лечение;
- ✓ комплексное лечение.

#### **4.2 Практические| навыки по теме:**

- ✓ осмотр и пальпация щитовидной железы;
- ✓ осмотр и пальпация лимфоузлов шеи;
- ✓ пункционная биопсия опухолей щитовидной железы;
- ✓ УЗИ щитовидной железы;
- ✓ радионуклидная диагностика;
- ✓ термография.

## **Содержание темы занятия:**

### **Этиология и факторы риска.**

2. Ионизирующее излучение (малые дозы радиации, особенно в детском возрасте) является фактором риска для развития РЩЖ (папиллярные формы). Латентный период между радиационным облучением шеи и появлением РЩЖ составляет в среднем 20 – 25 лет.
3. В эндемических районах дефицита йода наблюдается преобладание в структуре заболеваемости фолликулярного рака над папиллярным и чаще бывает анапластический рак ЩЖ.
4. Генетические факторы вызывают развитие трех наследственных форм медуллярного РЩЖ.
5. Гиперпродукция тиреоидных гормонов повышает риск развития РЩЖ.
6. По гистологической структуре различают папиллярный рак (50%), фолликулярный рак (30 %), анапластическая недифференцированная карцинома (5%).

## **КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**(код МКХ – 10 С 73)**

**по системе TNM (6-е издание, 2002 год)**

**TNM клиническая классификация.**

### **T – первичная опухоль:**

T<sub>x</sub> – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T<sub>0</sub> – первичная опухоль не определяется.

T<sub>1</sub> – опухоль 2 см или менее в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы.

T<sub>2</sub> – опухоль размером свыше 2 см, но до 4см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы.

T<sub>3</sub> – опухоль более 4см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы, или опухоль какого-либо размера с минимальным распространением за железу (например, грудинно-щитовидная мышца или мягкие ткани вокруг щитовидной железы).

T<sub>4a</sub> – опухоль каких-либо размеров, которая выходит за границы капсулы и прорастает в подкожные мягкие ткани, гортань, трахею, пищевод или возвратный нерв гортани.

T<sub>4b</sub> – опухоль распространяется на привертебральное пространство, охватывает сонную артерию или распространяется на сосуды средостения.

**Все анапластические карциномы оцениваются как опухоли T<sub>4</sub>.**

T<sub>4a</sub> – анапластическая карцинома внутри щитовидной железы, которую можно оперативно удалить.

T<sub>4ab</sub> – анапластическая карцинома, которая распространяется за границы щитовидной железы, которую нельзя оперативно удалить.

**Примечание:** каждая T – категория может быть разделена:

- a) солитарная опухоль;
- b) множественные опухоли (классифицируется наибольшая).

**N – регионарные лимфатические лимфоузлы:**

$N_x$  – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

$N_0$  – нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.

$N_1$  – метастазы в регионарных лимфатических узлах.

$N_{1a}$  – метастазы в лимфатические узлы на уровне VI (притрахеальные, пара трахеальные и предгортанные).

$N_{1b}$  – односторонние, двусторонние или контралатеральные метастазы в шейные лимфатические узлы или лимфатические узлы верхнего средостения.

**M – отдаленные метастазы:**

$M_x$  – недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

$M_0$  – нет признаков отдаленных метастазов.

$M_1$  – имеющиеся отдаленные метастазы.

**pTNM Патоморфологическая классификация**  
**Категории pT, pN, pM отвечают категориям T, N и G.**

$pN0$  – Материал для гистологического исследования после селективной шейной регионарной лимфаденектомии должен включать не меньше 6 лимфатических узлов.

**Группирование по стадиям (папиллярный или фолликулярный рак):**

До 45 лет			
Стадия I	какое-либо T	какое-либо N	$M_0$
Стадия II	какое-либо T	какое-либо N	$M_1$

45 лет и старше			
Стадия I	$T_1$	$N_0$	$M_0$
Стадия II	$T_2$	$N_0$	$M_0$
Стадия III	$T_3$	$N_0$	$M_0$
	$T_1, T_2, T_3$	$N_{1a}$	$M_0$
Стадия IVA	$T_{4a}$	$N_0, N_{1a}, N_{1b}$	$M_0$
	$T_1, T_2, T_3$	$N_{1b}$	$M_0$
Стадия IVB	$T_{4ab}$	какое-либо N	$M_0$
Стадия IVC	какое-либо T	какое-либо N	$M_1$

**Группирование по стадиям (медуллярный рак):**

Стадия I	$T_1$	$N_0$	$M_0$
Стадия II	$T_2$	$N_0$	$M_1$
Стадия III	$T_3$	$N_0$	$M_0$
	$T_1, T_2, T_3$	$N_{1a}$	$M_0$
Стадия IVA	$T_{4a}$	$N_0, N_{1a}, N_{1b}$	$M_0$

	T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> , T <sub>3</sub>	N <sub>1b</sub>	M <sub>0</sub>
Стадия IVB	T <sub>4b</sub>	какое-либо N	M <sub>0</sub>
Стадия IVC	какое-либо T	какое-либо N	M <sub>1</sub>

### Группирование по стадиям (недифференцированный рак):

Стадия IVA	T <sub>4a</sub>	какое-либо N	M <sub>0</sub>
Стадия IVB	T <sub>4ab</sub>	какое-либо N	M <sub>0</sub>
Стадия IVC	какое-либо T	какое-либо N	M <sub>1</sub>

Примечание: \* - Все случаи принадлежат к стадии IV.

Клинические симптомы распределяются на местные, общие и связанные с метастазированием. Клиническая симптоматика также зависит от предыдущего заболевания, поскольку рак щитовидной железы возникает, как правило, на фоне доброкачественных заболеваний щитовидной железы (75% на фоне аденоматозного зоба, 12% на фоне хронического тиреоидита, 13% не связанные с другими заболеваниями щитовидной железы).

Клиническая картина рака щитовидной железы в начальных стадиях заболевания протекает скрыто. Патогномоничных симптомов рака щитовидной железы нет, но необходимо обращать внимание на быстрый рост опухоли, появление плотных участков, изменение контуров, появление бугристости опухоли, ограничения смещаемости опухоли или всей железы, увеличения лимфатических узлов на шее.

В более поздних стадиях может возникать ощущение сдавливания шеи, одышка, охриплость, потом появляются общие симптомы и симптомы, связанные с метастазированием.

Диагностика РЩЖ главным образом базируется на клинических данных – анамнез, обзор и пальпация.

Для уточнения диагноза используют вспомогательные методы обследования:

➤ Пункция опухоли щитовидной железы и увеличенных лимфатических узлов с цитологическим исследованием пунктата.

➤ УЗИ

➤ Термография

➤ Рентгенологические исследования

➤ Радиоизотопное сканирование

➤ Определение гормонов щитовидной железы.

➤ Компьютерная томография

➤ Артериография

➤ Тиреолимфография

➤ Пневмотиреография

➤ Биопсия увеличенных лимфоузлов с последующим гистологическим исследованием.

- Определение уровня кальцитонина в периферической крови и моче.
- Генетическое тестирование в случаях семейной медуллярной карциномы;
- Субоперационные морфологические исследования (цитологические, гистологические).

Правильный диагноз рака щитовидной железы можно установить, только применяя комплексную диагностику.

Дифференциальный диагноз следует проводить с такими заболеваниями:

- Узловой зоб;
- Аденома щитовидной железы;
- Сифилис;
- Актиномикоз;
- Эхинококк;
- Кровоизлияние в щитовидную железу;
- Тиреоидит Кервена;
- Кисты шеи;
- Лимфогранулематоз;
- Хронический тиреоидит Хашимото;
- Хронический тиреоидит Ригеля.

**Принципы лечения.** К лечению каждого больного нужно подходить индивидуально. Методы лечения зависят от распространения процесса, гистологической структуры опухоли, общего состояния и возраста больного. При отсутствии противопоказаний, как правило, при высокодифференцированных формах рака щитовидной железы I-II стадии проводится хирургическое лечение. Объем операции – гемирезекция щитовидной железы с резекцией перешейка или субтотальная резекция щитовидной железы. В III-й стадии хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции щитовидной железы или тиреоидэктомия в комбинации с пред или после операционной лучевой терапией.

При недифференцированном и медуллярном раке щитовидной железы проводится комбинированное лечение - лучевая терапия и хирургическое лечение - объем операции субтотальная резекция щитовидной железы или тиреоидэктомия.

При IV-й стадии, если опухоль можно удалить, проводится хирургическое лечение - субтотальная резекция или тиреоидэктомия с лучевой терапией и лечение отдаленных метастазов радиоактивным иодом.

**Радиойодтерапия.** Применяется в двух режимах:

1. Послеоперационном: с целью абляции остатков нормальной железы у пациентов с высоким риском развития рецидивов.
2. Для лечения РЩЖ:
  - в случаях частичного удаления опухолей или наличия метастазов в лимфоузлах назначается 150 МК Ки  $I^{131}$ ;



- $I^{131}$ ;
- при наличии метастазов в легких или в костях назначается 150 МК Ки
  - Радиойодотерапия назначается при дифференцированных карциномах, у пациентов с медуллярным и анапластическим раком или карциномой Гюртля терапия  $I^{131}$  неэффективна.

**Телегамматерапия** лечит папиллярную и фолликулярную карциномы в случаях нерезектабельных опухолей.

**Цитостатическая химиотерапия** применяется при комбинированном лечении неоперабельных и недифференцированных форм РЦЖ, рецидивах и отдельных метастазах. Наиболее эффективные схемы с использованием рубомицина, цисплатины.

**Результаты лечения:** 5-летняя выживаемость при папиллярной аденокарциноме - 95,8%; при фолликулярной - 90,1%; при раннем раке выживаемость 100%. При наличии отдаленных метастазов 5-летняя выживаемость у больных, которые прошли лечение, достаточно высокая. Так, у больных с метастазами в легкие 90,6%; при метастазах в медиастинальные лимфоузлы - 66,3%; при метастазах в кости только 48,1%. Результаты лечения больных с недифференцированным и медуллярным раком остаются неудовлетворительными.

## **Литература:**

### **а). Основная:**

1. Онкология. Под. ред. Б.Т. Белинского, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Львов: «Медицина мира», 1998. – 272 с.
2. Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы. (2-е изд.). – М.: «Медицина», 1995. – 372 с.
3. Пинский С.Б., Дворниченко В.В., Белобородов В.А. Опухоли щитовидной железы. – Иркутск, 1999. – 320 с.
4. Онкология. Под. ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернополь: «Укрмедкнига», 2003. – 313 с.
5. Онкология. Под. ред. Б.Т. Белинского, Ю.М. Стернюка, Я. В. Шпарика. – Киев: «Здоровье», 2004. – 527 с.

### **б). Дополнительная:**

1. Профилактика и ранняя диагностика рака на первичном уровне медико-санитарной помощи / Шалимов С.А., Федоренко З.П., Лищишина О.М., Воробьева Л.И., Винницкая А.Б., Ганул В.Л., Коровин С.Н., Процик В.С., Тарутинов В.И., Черный В.А. – К.: Украинский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, 1998.
2. Раков А.И. Биопсия в диагностике и лечении злокачественных опухолей. – Киев, 1974.
3. Шалимов С.А., Гриневич Ю.Я., Возианов А.Ф. и др. Справочник по онкологии / Под ред. С.О. Шалимова, Ю.Я. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – К.: «Здоровье», 2000. – 560 с.

## Материалы для самоконтроля:

### А. Вопросы для самоконтроля.

1. Из А- и В- клеток щитовидной железы возникают:  
а) папиллярная карцинома;  
б) фолликулярная карцинома;  
в) недифференцированный рак;  
г) медуллярный рак;  
верно: а), б).
2. Из С-клеток щитовидной железы могут возникать:  
а) анапластические формы рака;  
б) плоскоклеточный рак;  
в) фолликулярный рак;  
г) папиллярной рак;  
д) медуллярный рак.  
верно а), в).
3. По возрастным группам рак щитовидной железы имеет следующие пики заболеваемости:  
а) в 7 – 20 л.;  
б) в 21 – 30 л.;  
в) в 40 – 65 л.;  
верно б), в).
4. Более 60% всех случаев рака щитовидной железы составляет:  
а) папиллярной;  
б) фолликулярный;  
в) недифференцированный;  
г) плоскоклеточный;  
д) медуллярный.  
верно а), б).
5. Дифференцированные формы рака щитовидной железы преимущественно распространяются:  
а) по лимфатическим путям;  
б) гематогенно;  
в) по фасциально – футлярным структурам;  
г) по протяжению;  
д) одинаково часто.  
верно а), в).
6. К благоприятным прогностическим факторам рака щитовидной железы относят:  
а) возраст до 40 лет, женский пол и папиллярной рак;

- б) возраст после 45 лет у мужчин;
  - в) при отсутствии прорастания капсулы и размере опухоли до 4 см.
- верно б), в).

7. Ведущим опорным симптомом рака щитовидной железы является:
- а) ощущение боли в области шеи;
  - б) “факт присутствия опухолевого процесса” в зоне щитовидной железы, ее деформация или увеличение лимфатического узла;
  - в) изменение голоса;
  - г) дисгормональные нарушения;
  - д) нарушение функции соседних органов.
- верно: б), в).

8. К группе высокого риска развития рака щитовидной железы следует отнести:
- а) мужчин, которые имеют узловой зоб;
  - б) людей, которые получили ИО в детском возрасте;
  - в) людей, которые имеют увеличение ЩЖ и проживают в эндемической зоне;
- верно: все перечисленное.

9. Природа нодулярных образований ЩЖ и увеличенных лимфатических узлов шеи на дооперационном этапе достоверно может быть установлена:
- а) сканирование с  $^{131}\text{I}$  и радиоиндикации с  $\text{P}^{32}$ ;
  - б) пункционной биопсии;
  - в) эксцизионная биопсия лимфатических узлов;
  - г) определение уровня кальцитонина;
- верно: б), г).

10. С учетом кровоснабжения ЩЖ забор материала на цитологическое исследование выполняется:
- а) тонкой иглой;
  - б) иглой Кассирского;
  - в) без усиленной аспирации для снижения разбавления пунктата кровью;
- верно: а), в);

## **В. Ситуационные задачи для самоконтроля.**

### **Задача №1**

Больная В., 40 л. поступила в клинику с жалобами на увеличение размеров шеи, преимущественно справа, снижение работоспособности, слабость, пучеглазие. Считает себя больной в течение 2-х лет, когда впервые отметила нарастающую слабость, пучеглазие и год назад отметила увеличение размеров шеи за счет правой ее половины. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 68, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. При обследовании шеи отмечается видимое глазом

выпячивание правой ее половины, кожа над ним бледно-розовая. Пальпаторно определяется твердое бугристое образование размерами 4,5 х 6 х 3 см., безболезненное при пальпации. Лимфатические узлы шеи, над- и подключичные не изменены. Отмечается расширение правой глазной щели, экзофтальм, более выраженный с правой стороны.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что необходимо для уточнения диагноза?
3. Какой вид лечения показан в данном случае

**Эталоны ответов:**

1. Узловой эутиреоидный зоб, но не исключен рак щитовидной железы.
2. Сканирование щитовидной железы, исследование функции щитовидной железы, пункция щитовидной железы
3. Показано хирургическое лечение, объем операции будет определяться характером образования – узловой зоб или рак щитовидной железы.

**Задача № 2.**

Больной Н., 62 года. Обратился с жалобами на наличие узла в левой доле щитовидной железы. В течение 4-х лет по поводу рака простаты получает эстрогены. Во время осмотра случайно обнаружено образование в левой щитовидной железе размерами 1,5 х 1,0 х 1,0 см., безболезненное, в связи с чем направлен на консультацию к хирургу.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Нужны ли вспомогательные исследования?
3. План лечения.

**Эталоны ответов:**

1. Узловой зоб (на фоне длительного приема гормональных препаратов).
2. Да, пункция опухоли щитовидной железы с цитологическим исследованием.
3. Хирургическое лечение – гемиструмэктомия с интраоперационным гистологическим исследованием.

**Задача №3**

Больная П., 31 год. Обратилась с жалобами на наличие новообразования над левой ключицей, общую слабость, исхудание. Болеет в течение 6-ти месяцев.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без патологии. Слева над ключицей, возле внутреннего ее края определяется твердый, подвижный, безболезненный лимфатический узел 1,5 х 1,0 см. При пункции лимфатического узла цитологически выявлены клетки медуллярного рака. При пальпации щитовидной железы опухоль не определяется, При УЗИ обнаружено образование сниженной эхогенности до 0,5 см. в диаметре в правой доле щитовидной железы. Левая доля без патологии.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Нужны ли какие-либо вспомогательные исследования? Если нужны, то какие?

3. План лечения.

**Эталоны ответов.**

1. Рак щитовидной железы III-б стадия II-а кл. гр.
2. Не нужны.
3. Комплексное.

**Задача №4 (№ 130).**

У больной 37 лет в щитовидной железе обнаружен солитарный узел с гладкой и блестящей поверхностью, четкими контурами.

**Вопросы:**

1. О каком образовании можно думать?
2. Методы диагностики.

**Эталоны ответов:**

1. Аденома щитовидной железы, рак.
2. Радиоизотопная диагностика, пункционная биопсия, ультразвуковое исследование.

**Задача №5 (№ 131).**

У больного клинически диагностирован рак щитовидной железы.

**Вопросы:**

1. Какими методами исследования следует подтвердить диагноз рака и степень его распространения?
2. Чем определяется лечебная тактика?

**Эталоны ответов:**

1. Цитологическое исследование пунктатов опухоли, радиоизотопная диагностика I-131 методом сканирования.
2. Распространенностью процесса.

**Задача №6 (№ 132).**

У больной О., 60 лет установлен диагноз рак щитовидной железы 1 стадии, который подтвержден гистологически (папиллярная аденокарцинома).

**Вопросы:**

1. Что означает 1 стадия, в том числе согласно системе TNM?
2. Какая лечебная тактика и прогноз?

**Эталоны ответов:**

1. 1 стадия рака щитовидной железы: опухоль одиночная без деформации органа и прорастания капсулы, без ограничения подвижности, при отсутствии метастазов ( $T_1 N_1 M_0$ ).
2. Методом выбора в лечении является субтотальная тиреоидэктомия или гемитиреоидэктомия с удалением перешейка.

**Задача №7 (№ 133).**

Больного 39 лет тревожит сильная боль в боковом треугольнике шеи справа и наличие там новообразования, ограниченно подвижного. Боль усиливается при

поворотах головы и ирадирует в правое плечо и руку. Пальпация опухоли резко болезненна. Присутствует триада Горнера.

**Вопросы:**

1. О какой опухоли можно думать?
2. Диагностика, обследование.
3. Лечебная тактика.

**Эталоны ответов:**

1. Следует иметь в виду невриному шейного сплетения с поражением симпатичных узлов.
2. Основной метод лечения – хирургическое удаление с сохранением нерва (интракапсулярная энуклеация опухоли).

**Задача №8 (№ 134).**

У больного 18 лет на протяжении длительного времени, на боковой поверхности шеи справа на уровне щитовидного хряща под кожей наблюдается образование, которое с возрастом увеличивается в размерах. Кожа над ним не изменена. Несколько месяцев назад образование покрылось язвами и неоднократно было источником кровотечения.

**Вопросы:**

1. О какой опухоли можно подумать?
2. Лечебная тактика.

**Эталоны ответов:**

1. Можно думать о язвенной кавернозной гемангиоме.
2. Оперативное лечение.

**Задача №9 (№ 129).**

У больной 34 лет появилась плотная малоподвижная опухоль шеи справа на боковой поверхности под кивательной мышцей на уровне щитовидного хряща. Клинически можно думать о первичном ее происхождении и злокачественном характере.

**Вопросы:**

1. Какие первичные злокачественные опухоли встречаются на шее?
2. Какие исследования следует провести?

**Эталоны ответов:**

1. Первичные злокачественные опухоли шеи могут быть из каких-либо тканей, в т.ч. из сосудистой, нервной, жировой, эмбриональной, эпителиальной, внеорганными и органными (щитовидной и паращитовидной желез, гортани, шейного отдела пищевода).
2. Для диагностики необходимая биопсия опухоли с последующим исследованием соответствующих органов.

**Задача №10 (№ 126).**

У больной 49 лет удален лимфоузел на шее, при гистологическом исследовании которого выявлен метастаз плоскоклеточного рака с ороговением.

**Вопросы:**

1. Где может локализоваться источник метастазирования и какие исследования в связи с предположением о размещении первичного очага следует провести?

**Эталоны ответов:**

1. Метастазы плоскоклеточного рака в шейные лимфоузлы и подкожную клетчатку гематогенно могут проникнуть при локализации его на коже, слизистой полости рта, языка, в легких.
2. Соответственно необходимо исследовать эти органы.