

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края
государственное автономное учреждение здравоохранения
«ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
672038, г. Чита, ул. Коханского, д. 7
тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95
E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 20.11.2025 № 836

Утверждаю
Главный врач 
С.Н. Капустин

Информационное письмо

Тактика у пациентов с узловым зобом

Серкин Дмитрий Михайлович к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО ЧГМА, Буракова Елена Алексеевна клинический ординатор кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО ЧГМА, Серебрякова Ольга Владимировна д.м.н., профессор заведующая кафедрой госпитальной терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО ЧГМА, Просяник Вера Ивановна к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО ЧГМА, Гринь Наталья Олеговна- ассистент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО ЧГМА, Афанасьева Елена Владимировна – ассистент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО ЧГМА, Редькина Алена Александровна – заведующая отделением эндокринологии ГАУЗ «ЗККБ»

Тактика у пациентов с узловым зобом

«Узловой зоб» - собирательное клиническое понятие, объединяющее все пальпируемые очаговые образования в щитовидной железе, которые имеют различные морфологические характеристики. Причин возникновения узлового зоба множество, но основной является йодный дефицит.

По классификации зоба выделяют:

1. Узловой (узел в щитовидной железе) и многоузловой (2 и более узла в щитовидной железе)
2. Диффузный зоб- это патологическое увеличение щитовидной железы, которое затрагивает всю её ткань, а не формирует отдельные узлы
3. Смешанный зоб (диффузно-узловой зоб)-это форма зоба щитовидной железы, при которой сочетаются признаки диффузного (равномерного увеличения железы) и узлового (образования узлов).
3. Нетоксический (без гормональных нарушений) и токсический (по лабораторным признакам гипертиреоза или тиреотоксикоза)
4. Степень увеличения зоба по ВОЗ:

Степень 0 -зоба нет.

Степень I -зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи.

Степень II -зоб пальпируется и виден на глаз.

Клиническая симптоматика может либо отсутствовать, либо проявляться косметическим дефектом или синдромом сдавления трахеи, пищевода, что зависит от степени увеличения объема щитовидной железы.

Основными направлениями диагностики пациентов с узловым зобом являются:

Определение риска злокачественности образования щитовидной железы на основании тонкоигольной аспирационной биопсии

Оценка принадлежности пациента к группе риска наличия рака щитовидной железы на основании анамнестических данных.

Диагностика симптомов, снижающих качество жизни пациентов при доброкачественных образованиях щитовидной железы (функциональная автономия, синдром компрессии трахеи, косметический дефект).

Лабораторная диагностика:

При выявлении у пациента узлового образования щитовидной железы показана оценка уровня ТТГ и кальцитонина крови.

При обнаружении сниженного уровня ТТГ, дополнительно проводится определение уровня свободного Т4 и свободного Т3, при обнаружении повышенного ТТГ-уровня свободного Т4.

При повышенном уровне кальцитонина показана консультация онколога.

Определение уровня тиреоглобулина и Антител к тиреопероксидазе при узловом зобе не показано.

Инструментальная диагностика:

-УЗИ щитовидной железы является самым распространенным методом визуализации, но не является скринингом.

Существуют определенные показания к проведению УЗИ щитовидной железы:

1. Пальпируемое образование щитовидной железы.
2. увеличенные шейные лимфоузлы
3. Семейный анамнез по раку щитовидной железы
4. Облучение головы и шеи в анамнезе
5. Паралич голосовой складки
6. Узлы щитовидной железы, случайно выявленные при ПЭТ
7. Операции по поводу рака щитовидной железы в анамнезе

При наличии подозрительных ультразвуковых признаков в солидном компоненте узла (гипоэхогенная структура, неровный нечеткий контур образования, наличие микрокальцинатов, гиперваскуляризация) в задачу УЗИ входит оценка подвижности голосовых складок.

В задачу врача ультразвуковой диагностики также входит определение классификации узлов щитовидной железы по системе EU-TIRADS.

На основании данной системы оценивания узла выстраивается дальнейшая тактика в отношении тонкоигольной аспирационной биопсии образования.

-Радиоизотопное сканирование

Проводится при субклиническом или манифестном тиреотоксикозе для дифференциальной диагностики функциональной автономии и других причин тиреотоксикоза.

-Компьютерная томография

Применяется для оценки синдрома компрессии трахеи при наличии соответствующих жалоб.

Тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы (ТАБ):

Является золотым стандартом в отношении дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных поражений щитовидной железы.

Показания для проведения ТАБ:

1. Узловые образования щитовидной железы равные или превышающие
2 см в диаметре TIRADS-3
1,5 см в диаметре TIRADS-4
1 см в диаметре TIRADS-5
2. Узловые образования менее 1 см при TIRADS-5, если пациент относится к группе риска наличия агрессивных форм рака щитовидной железы при наличии следующих факторов:
уровень базального или стимулированного кальцитонина более 100 пг/мл,
наличие увеличенных регионарных лимфоузлов,
облучение головы и шеи в анамнезе,
семейный анамнез медуллярного рака щитовидной железы,
паралич голосовой складки.
3. При изменении ультразвуковой структуры доброкачественных узлов щитовидной железы в процессе динамического наблюдения (повышение степени по шкале EU-TIRADS) или при появлении «подозрительных» (увеличенных и/или измененных шейных лимфоузлов).

Классификация EU-TIRADS:

EU-TIRADS 1-узлов нет (риск малигнизации отсутствует)

EU-TIRADS 2- риск малигнизации 0%. (Доброкачественное образование).
ТАБ не показана (кроме проведения ТАБ с лечебной целью)

EU-TIRADS 3-образование низкого риска злокачественности, риск малигнизации 2-4% ТАБ показана при узлах более 20 мм

EU-TIRADS 4- образование среднего риска злокачественности, риск малигнизации 6-17% ТАБ показана при узлах более 15 мм

EU-TIRADS 5- образование высокого риска злокачественности, риск малигнизации 26-87%. ТАБ показана при узлах более 10 мм, при узлах менее

10 мм возможно проведение ТАБ или активное наблюдение (если узел размером менее 1 см и нет изменений со стороны регионарных лимфатических узлов). .

Увеличение размеров доброкачественного узлового образования не является показанием к повторной ТАБ.

Тонкоигольная аспирационная биопсия выполняется с целью цитологического исследования щитовидной железы. Заключение должно содержать цитологический диагноз, в отношении которого будет подбираться оптимальная лечебная тактика.

Результаты пункции должны быть оформлены в соответствии с международной классификации по Bethesda. Она включает 6 категорий:

I категория - неинформативный материал. В образце мало клеток, нет фолликулярных клеток или плохая фиксация препарата, есть периферическая кровь, густой коллоид, кистозная жидкость, клеточный детрит.

II категория -доброкачественное образование. К этой категории относят коллоидные и аденоматозные узлы, хронический аутоиммунный тиреоидит, подострый тиреоидит.

III категория - атипия неопределённого значения. Сложная для интерпретации пункция с подозрением на опухолевое поражение.

IV категория - фолликулярная неоплазия. К этой категории относят фолликулярное образование и образование из клеток Гюртле, а также микрофолликулярную пролиферацию, которая даёт основание заподозрить фолликулярную неоплазию.

V категория - подозрение на злокачественную опухоль. К этой категории относят подозрение на папиллярный рак, подозрение на медуллярный рак, подозрение на метастатическую карциному, подозрение на лимфому.

VI категория - злокачественная опухоль. К этой категории относят папиллярный рак, низкодифференцированный рак, медуллярный рак, анапластический рак.

При обнаружении при УЗИ измененных регионарных лимфоузлов показана прицельная тонкоигольная аспирационная биопсия с целью морфологической верификации с проведением цитологического исследования биопсийного материала, диагностическая точность которой повышается при исследовании смыва из иглы на тиреоглобулин или кальцитонин в зависимости от предполагаемой морфологической формы рака щитовидной железы.

На основании заключения цитологического исследования определяется оптимальная лечебная тактика в отношении каждого конкретного больного:

I категория - Рекомендуются повторная ТАБ.

II категория - Рекомендуются динамическое наблюдение. (Контроль ТТГ, УЗИ ЩЖ 1р/год)

III категория - Рекомендуются повторная ТАБ/ молекулярно-генетическое исследование или гемитиреоидэктомия.

IV категории - Рекомендуются гемитиреоидэктомия с интраоперационным гистологическим исследованием/ молекулярно-генетическое исследование.

V категория – Рекомендуются гемитиреоидэктомия или тиреоидэктомия/ молекулярно-генетическое исследование.

VI категория. - Рекомендуются тиреоидэктомия.

Терапия радиоактивным йодом является альтернативой лечению при доброкачественных образованиях щитовидной железы по данным ТАБ, апри функциональной автономии является методом выбора.

Динамическое наблюдение заключается в периодическом (1раз в 1 год) УЗИ щитовидной железы и определения уровня ТТГ.

Профилактика:

Как для первичной, так и для вторичной профилактики узлового/многоузлового коллоидного зоба, необходимо добавление в пищу йодированной соли. В группах повышенного риска развития йододефицитных заболеваний (беременные и кормящие, дети до 2 лет), люди, проживающие на территориях с йодным дефицитом, требуется дополнительный прием препаратов йода (калия йодид).

Рекомендуемые нормативы потребления йода, разработанные ВОЗ, зависят от возраста и физиологических особенностей и составляют: 90 мкг в сутки для детей от 0 до 59 мес, 120 мкг в сутки для детей 6-12 лет, 150 мкг в сутки для подростков и взрослых (после 40 лет 100 мкг/сутки), 250 мкг в сутки для беременных и кормящих женщин.

Резюме :

Таким образом, ведение пациентов с узловыми образованиями в щитовидной железе выстраивается на результатах лабораторных и инструментальных данных. Стратификация рисков должна проводиться по действующим классификациям при ультразвуковом исследовании щитовидной железы (EU-TIRADS), цитологическом исследовании материала, полученного при тонкоигольной аспирационной биопсии (Бетесда) и определяют дальнейшую тактику врача. У пациентов с узловым/многоузловым важно зобом динамическое наблюдение.

Список использованной литературы:

1. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов «Заболевания и состояния, связанные с дефицитом йода», 2024г
2. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов «Дифференцированный рак щитовидной железы», 2020г
3. Эндокринология: национальное руководство/ под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко.- 2-е изд., перераб. и доп.-Москва: Гэотар-Медиа, 2024-1112 с
4. Тактика врача-эндокринолога: практическое руководство/ под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко.-2-е изд., перераб. И доп.-Москва: Гэотар-Медиа, 2022-320 с