

КОММЕНТАРИИ К ЕВРОПЕЙСКОМУ КОНСЕНСУСУ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Э. Ванушко

Эндокринологический научный центр, хирургическое отделение

Comments to European Recommendations for Diagnostic and Treatment of Thyroid Cancer

V.E. Vanushko

Endocrinological research Center of Russian Federation

Дифференцированный РЩЖ является наиболее распространенным заболеванием эндокринной системы и требует мультидисциплинарного подхода, включая эндокринологию, онкологию, радиологию и хирургию. Учитывая заинтересованность врачей различных специальностей, возникает потребность в унификации диагностической и лечебной стратегии этого заболевания. В этом году в *European Journal of Endocrinology* опубликован европейский консенсус по лечебно-диагностической тактике у пациентов с дифференцированными формами рака щитовидной железы. (Полный документ консенсуса доступен на сайте <http://www.eje.org>.) В разработке консенсуса приняли участие 25 европейских стран, включая и Россию. Позволю себе остановиться на некоторых аспектах этого документа.

В принятом документе уточнен диагностический алгоритм, целью которого является дифференциальная диагностика злокачественных и доброкачественных узловых поражений ЩЖ. Сформулированы ультразвуковые критерии, характерные для злокачественного поражения ЩЖ. Уточнены показания к проведению прицельной ТАБ: помимо узлов более 1 см, пункционной биопсии подлежат узлы менее 1 см, имеющие суспензионные ультразвуковые признаки — гипоэхогенный узел с нечеткими контурами, наличием микрокальцинатов и выраженным интранодулярным кровотоком. При лабораторной оценке, помимо определения ТТГ, рекомендовано рутинное изучение базального кальцитонина всем больным с узлами ЩЖ. По мнению рабочей группы, участвовавшей в разработке консенсуса, изучение кальцитонина на первичном диагностическом этапе позволяет с более высокой чувствительностью по от-

ношению к ТАБ выявлять скрытый МРЩЖ с частотой один случай на 200–300 узловых поражений ЩЖ.

Тотальная тиреоидэктомия является **стандартным объемом операции при дифференцированном РЩЖ** за исключением случаев солитарных опухолей менее 1 см без признаков инвазивного роста и метастазов у пациентов, не входящих в группу высокого риска РЩЖ (наличие в анамнезе облучения головы и шеи, семейный анамнез рака и т. д.). Полное удаление ЩЖ — одно из **основных условий** для проведения терапии радиоактивным йодом, что значительным образом снижает вероятность рецидива и летальность и позволяет достаточно четко осуществлять наблюдение за пациентом, используя тиреоглобулиновый тест.

Удаление лимфатических узлов центральной зоны должно быть выполнено **во всех наблюдениях**, где есть дооперационное подозрение на наличие метастазов этой зоны или метастазы подтверждены интраоперационно. Преимущества профилактического удаления этих лимфоузлов спорны. Нет никаких доказательств, что эта процедура достоверно снижает летальность и вероятность рецидива РЩЖ, но по крайней мере она позволяет четко определить стадию распространения процесса, от которой зависят последующее лечение и наблюдение за пациентом.

В документе отмечено, что РЩЖ **должны оперировать опытные хирурги**, ежегодно выполняющие достаточное количество операций как при первично выявленном РЩЖ, так и при его рецидивах. Частота осложнений (паралич гортани, гипопаратиреоз) при условии, что операцию делает квалифицированный хирург, не превышает 2%. Применение послеопера-

ционной терапии радиоактивным йодом обосновано следующими позициями.

1. Воздействие ^{131}I на остаточные микроскопические фокусы опухоли может уменьшить вероятность рецидива и, возможно, летальность.

2. Разрушение остаточной тиреоидной ткани облегчает раннее обнаружение рецидива, основанное на тиреоглобулиновом тесте и сцинтиграфии всего тела с ^{131}I (WBS).

3. Просмотр накопления ^{131}I во всем теле (WBS) через 2–5 дней после радиойодтерапии может выявить ранее недиагностированные метастазы.

В зависимости от операционных и гистологических данных, выделены **три группы пациентов** с прогностической целью, в том числе для индивидуализации показаний к проведению терапии радиоактивным йодом.

1. Группа минимального риска (солитарная опухоль T1 – менее 1 см, N0M0 без инвазии) – пациенты с одиночным микропаком (менее 1 см), без признаков инвазивного роста, без метастазов в лимфоузлы. Консенсус: терапия ^{131}I не показала преимуществ в частоте рецидива и летальности, то есть послеоперационная радиойодтерапия данной группе больных не показана.

2. Группа высокого риска (любой T3 и T4 или любой TN1 или M1) – пациенты с рецидивом или высоким риском рецидива РЩЖ, пациенты после паллиативных операций. Консенсус: послеоперационная терапия ^{131}I уменьшает частоту рецидива и, возможно, увеличивает выживаемость, а также позволяет выявлять рецидивы на ранних сроках (WBS). Применение рТТГ не рекомендовано, так как ^{131}I действует более эффективно на фоне эндогенной стимуляции ТТГ после прекращения приема препаратов L-T4.

3. Группа низкого риска (T1 – более 1 см, N0M0 или первично-множественный (многоочаговый) T1N0M0) включает всех оставшихся пациентов.

Консенсус: нет однозначного мнения, должна ли терапия ^{131}I применяться у всех пациентов или только у тех, где есть сомнения в полном хирургическом удалении ЩЖ. К тому же нет однозначного мнения об оптимальных лечебных активностях ^{131}I и преимущественном методе стимуляции захвата (эндогенном или с применением рТТГ). Эти аспекты нуждаются в дальнейшем изучении.

В документе подробно рассматриваются принципы супрессивной терапии препаратами L-T4. Выделены группы больных, где целесообразнее проводить обычную заместительную терапию. Определен протокол наблюдения за пациентами после первичного лечения, включающий УЗИ шеи, изучение уровня сывороточного тиреоглобулина и антител к тиреоглобулину, сцинтиграфию с ^{131}I (WBS). На основании результатов этих исследований определены критерии излечения – пациенты из группы минимального риска с неопределяющимся сывороточным тиреоглобулином на фоне стимуляции рТТГ и отсутствием патологических изменений по данным УЗИ шеи. Рецидивы в этой группе отмечены достаточно редко – менее 1% за 10 лет наблюдения. Дальнейшее наблюдение за этими пациентами заключается в ежегодном определении ТТГ и тиреоглобулина на фоне терапии L-T4. УЗИ шеи показано больным с подозрительными результатами обследования. Пациенты, которым была выполнена гемитиреоидэктомия, нуждаются в динамическом УЗИ шеи и изучении уровня тиреоглобулина на фоне терапии препаратами L-T4. Также в документе рассмотрен протокол ведения больных с неоперабельными опухолями и отдаленными метастазами.

Европейский консенсус принят в качестве основного рабочего протокола по ведению пациентов с РЩЖ, хочется надеяться, что данный документ будет ратифицирован в нашей стране, объединив научный потенциал и опыт врачей различных специальностей, занимающихся проблемами рака ЩЖ.