

О Европейском консенсусе по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы из фолликулярного эпителия и реализация его рекомендаций в наших условиях

Дискуссия

А.Н. Бубнов

Северо-западный окружной медицинский центр Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Кафедра оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

About European Consensus in Diagnostics and Treatment of Differentiated Thiroid Cancer and Theyr Implemeutation in Our Conditious

A.N. Bubnov

North-Western Medical Centre of Federal Academy for Health and Social Development

Department of Operative and Clinical Surgery of Postgraduate Madical Academy, St.-Petersburg

Совещание европейских экспертов, куда были приглашены и представители России, состоялось в мае 2005 г. в Афинах. На нем был согласован, а затем и подписан “Европейский консенсус по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы из фолликулярного эпителия”, где даны основные рекомендации по диагностике и лечебной тактике для этой категории пациентов. Безусловно, разработка и подписание данного документа является важным событием, позволяющим не только оценить сегодняшнее состояние проблемы, но и определить основные направления, которым необходимо следовать специалистам для успешного решения стоящих перед ними задач. Однако, видимо, из-за большого количества участников совещания, представляющих страны с различными системами и уровнем здравоохранения, некоторые положения этого в целом хорошего документа представляются не вполне соответствующими современному состоянию дел. И, поскольку данные рекомендации предлагаются для использования в качестве руководства специалистам, занимающимся данной проблемой, представляется целесообразным, прежде всего, обсудить, насколько они соотносятся с реальными условиям работы в нашей стране.

Занимаясь лечением пациентов с заболеваниями ЩЖ на северо-западе России на протяжении нескольких десятилетий, мы хотели бы поделиться своими соображениями, касающимися диагностики и лечения больных с узловым зобом (УЗ).

Диагностика дифференцированного рака щитовидной железы (ДРЩЖ)

Прежде всего, о скрининге. Представляется не совсем логичным то, что первым пунктом предлагаемого алгоритма тактики обследования пациентов с УЗ является “пациент с узлом (узлами) щитовидной железы” как само собой разумеющееся начало обследования. Это может быть правильным лишь в том случае, если увеличенная ЩЖ определяется визуально. В настоящее время значительная часть пациентов поступает с узлами в ЩЖ, которые не только не видны, но, зачастую не определяются и при пальпации. Подтверждением этого является и сама текстовая часть консенсуса в разделе “Введение”. “За последние десятилетия клиническое течение ДРЩЖ сместилось от преобладания тяжело протекающих случаев, требующих интенсивного лечения и последующего наблюдения, до субклинических форм, случайно выявляемых при УЗИ,

которые требуют менее агрессивных подходов к лечению и наблюдению”.

Далее следует пункт “Клиническая картина. Физикальное обследование щитовидной железы и шеи”. Такое ограничение методов обследования на данном этапе лишь физикальным обследованием также является не вполне обоснованным. Как показывают результаты проведенного нами исследования, значительная часть узлов размером до 2 см не выявляется при физикальном обследовании и может быть определена только при сонографии, что и происходит в действительности. Так, в наши клиники не менее половины больных поступают после профилактических осмотров, в схему которых включено УЗИ шеи. Таким образом, предлагаемый авторами алгоритм в этой части скорее является данью традиции, но не современным рабочим инструментом.

По нашему мнению, современный скрининг групп населения обязательно должен включать УЗИ ЩЖ на первом же этапе, поскольку только этот метод позволит выявить узлы небольших размеров и при дальнейшем обследовании диагностировать злокачественные опухоли на ранних стадиях. А количество больных с такими узлами велико. По данным В.С. Паршина, узлы размером менее 2 см составляют около двух третей от общего числа пациентов с клинически значимыми узлами. В настоящее время широкое использование сонографии на этом этапе является вполне реальным, поскольку аппаратами для УЗИ оборудованы практически все районные больницы, а для работы в отдаленных населенных пунктах нами создана специальная передвижная диагностическая установка, позволяющая не только проводить УЗИ ЩЖ, но и ТАБ. На этапе скрининга сонография может быть применена в упрощенном варианте и лишь ответить на вопрос, имеются ли или отсутствуют узлы в ЩЖ.

Следующим этапом европейского алгоритма является инструментальное и лабораторное исследования, включающие изучение структуры узла и функцию ЩЖ. Представляется вполне целесообразным повторное проведение сонографии. Однако на этом этапе ее следует выполнять опытному специалисту в центре, где при необходимости возможно провести дальнейшее углубленное обследование. Метод является высокоинформативным, безопасным и сравнительно недорогим. Он с большой точностью позволяет оценить размеры, количество и структуру узлов и некоторые дополнительные характеристики, такие как четкость границ или наличие кальцификатов, позволяющие заподозрить злокачественную природу узла. Хотя ряд сонографических признаков позволяет говорить о повышенном риске наличия злокачественной опухоли, однако, как показывают прове-

денные нами исследования, метод не позволяет провести дифференциального диагноза между узлами доброкачественной и злокачественной природы. Поэтому мы полностью согласны с рекомендациями консенсуса о необходимости выполнения ТАБ всем пациентам, имеющим узлы размером 1 см и более.

Что же касается предлагаемого комплекса лабораторных исследований, включающего определение ТТГ, fT3, fT4, АТ-ТПО, АТ-ТГ и кальцитонина у всех больных с узлами в ЩЖ, то это представляется как нецелесообразным, так и плохо реализуемым на практике.

ТТГ и, возможно, гормоны ЩЖ следует определять лишь при наличии весомых клинических признаков, свидетельствующих о нарушении функции ЩЖ. Авторы консенсуса рекомендуют определять их у всех больных с узлами в ЩЖ при первом визите к врачу, чтобы исключить гипо- или гипертиреоз. Но, во-первых, как показывают результаты нашего исследования, подавляющее большинство больных с узлами в ЩЖ находятся в эутиреозе, во-вторых, это не является основной целью обследования пациента с узловым зобом, и вообще непонятно, какой тогда смысл в его клиническом обследовании.

Причина, по которой авторы рекомендуют определение уровня сывороточных антител к тиреоглобулину у данной категории больных, также непонятна, поскольку в примечаниях к алгоритму справедливо сказано, что “их вклад в дифференциальную диагностику при узловом зобе чрезвычайно мал”, а установление таким способом наличия или отсутствия одновременного аутоиммунного поражения ЩЖ у всех пациентов с узловым зобом вряд ли целесообразно.

То же самое можно сказать и об определении тиреоглобулина. Мнение Е. Guarino и соавт. (2005), приведенное, кстати, в текстовой части консенсуса, о том, что измерение уровня сывороточного тиреоглобулина не играет роли в диагностике узлового зоба, так как его концентрация скорее коррелирует с размерами образования, нежели с его природой, представляется абсолютно справедливым. Необходимость определения уровня тиреокальцитонина у всех больных с узловым зобом также является спорной. Ссылки авторов на данные работ о выявлении с помощью рутинного исследования уровня кальцитонина пациентов с медулярной карциномой ЩЖ с частотой на 200–300 узлов ЩЖ (Ellisei R. и соавт. 2005; Niccoli P. и соавт., 1997) не подтверждаются результатами нашего исследования, свидетельствующего о том, что МКЩЖ встречалась среди наших пациентов с частотой 1 случай на 800 узлов и практически всегда выявлялась при проведении ТАБ.

Кроме того, предлагаемый комплекс исследований, не имеющий прямого отношения к диагностике ДРЩЖ, втрое увеличивает стоимость обследования больного, доводя ее почти до 3 тыс. рублей. Об этом также следует помнить в стране, где пенсия значительной части населения не превышает этой суммы.

Не вызывает возражений предлагаемая авторами тактика при узлах в ЩЖ менее 1 см, рекомендующая наблюдение за этой группой больных, если нет дополнительных показаний к их исследованию. Аналогичной тактики придерживается наша клиника; большинство исследователей также рекомендуют динамическое наблюдение за выявленным узлом без каких-либо активных действий. Также представляется правильным обязательное выполнение ТАБ пациентам, имеющим узел ЩЖ размером более 1 см. Такой тактики придерживаются в настоящее время практически все специалисты.

Несколько непонятной и спорной является установка о необходимости выполнения сцинтиграфии не только у больных, у которых определяется низкий уровень ТТГ, что, безусловно, необходимо, но у пациентов с многоузловым зобом. Неясно, какую дополнительную информацию рассчитывают получить авторы, проводя такое исследование среди этой очень многочисленной группы больных, находящихся в клиническом и лабораторном эутиреозе. Тем более что авторы пишут, что “эта методика полезна для подтверждения функциональной природы узла ЩЖ при низких или неопределяемых значениях ТТГ в сыворотке крови, так как она зачастую демонстрирует наличие автономно функционирующих узлов”. В наших исследованиях все автономно функционирующие узлы у пациентов сопровождались значительным снижением уровня ТТГ. Поэтому нам представляется обязательным выполнение сцинтиграфии только больным со сниженным содержанием ТТГ в сыворотке крови.

Абсолютно необоснованным представляется направление на ТАБ после выполнения сцинтиграфии лишь больных с “холодным” узлом, поскольку только наличие “горячего”, автономно функциони-

рующего узла ЩЖ, как показывают наши исследования, является надежной, хотя и не абсолютной, гарантией того, что узел имеет доброкачественную природу и таким больным ТАБ может не производиться. Что же касается “теплых” нормофункционирующих узлов, то они могут быть как доброкачественными, так и злокачественными и выполнение цитологического исследования у данной категории больных является обязательным. Следует отметить, что в тексте сами авторы пишут, что “любой солитарный узел ЩЖ (>1 см) должен быть исследован цитологически, за исключением “горячих” узлов на фоне подавленного уровня ТТГ”. Результаты наших исследований показывают, что значительная часть карцином была выявлена у больных, имевших нормофункционирующий узел.

Полностью согласны с авторами консенсуса, что “золотым стандартом” дифференциальной диагностики является в настоящее время тонкоигольная аспирационная биопсия. Абсолютно верным является также рекомендация об использовании УЗ-наведения при проведении ТАБ. Мы разделяем также позицию авторов в отношении малой информативности интраоперационного исследования по замороженным срезам. Полученные нами результаты свидетельствуют, что ошибочные и неопределенные заключения составляют более 40% ответов.

Авторы консенсуса справедливо обращают внимание на необходимость тщательного УЗИ регионарных лимфоузлов при проведении сонографии шеи с целью выявления признаков местного метастазирования и обязательного выполнения ТАБ увеличенного лимфоузла.

Таким образом, положительно оценивая в целом рекомендации Европейского консенсуса, мы считаем необходимым применять некоторые его положения в соответствии с реальной ситуацией, существующей в нашей стране, и прежде всего в части, касающейся проведения скрининга населения, сделав основой его сонографию. Только это позволит выявлять практически все ДРЩЖ в I и II стадиях заболевания, что значительно улучшит результаты хирургического лечения этой категории пациентов.