

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ АМЕРИКАНСКОЙ ТИРЕОИДОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ УЗЛОВОГО ЗОБА

А.В. Подзолков (перевод), В.В. Фадеев (редакция, комментарии, предисловие)

Кафедра эндокринологии ММА им. И.М. Сеченова

Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer

The American Thyroid Association Guidelines Taskforce: David S. Cooper, Gerard M. Doherty, Bryan R. Haugen, Richard T. Kloos, Stephanie L. Lee, Susan J. Mandel, Ernest L. Mazzaferri, Bryan McIver, Steven I. Sherman, R. Michael // THYROID. 2006. V. 16. N 2. P. 1–33.

Предисловие

В февральском номере журнала THYROID вышла новая редакция клинических рекомендаций Американской тиреологической ассоциации (АТА) по диагностике и лечению узлового зоба и высококодифференцированного рака щитовидной железы. С учетом того, на каком методическом уровне были подготовлены рекомендации, можно говорить о том, что это большое событие для всех занимающихся патологией щитовидной железы. Ответственным редактором рекомендаций стал вновь выбранный президент АТА, профессор Дэвид Купер.

Первое, что хотелось бы отметить, – уже в предисловии к тексту рекомендаций эксперты “каются” в том, что прошлые рекомендации, вышедшие 10 лет назад, “грешат” многими не вполне доказательными положениями. Новые рекомендации построены по совершенно другому принципу: во главу угла поставлено выделение уровня доказательности тех или иных положений. Во многом внесенные изменения, а точнее, полная переработка старого документа, отражают обсуждения, которые последние несколько лет велись на российских тиреологических конгрессах и в литературе, что привело к созданию рекомендаций Российской ассоциации эндокринологов по осуждаемой проблеме.

Нами был выполнен перевод только того фрагмента рекомендаций, который посвящен узловому зобу. От всего объема рекомендаций он занимает примерно одну пятую часть. Далее следуют подробные и исчерпывающие рекомендации по диагностике и лечению высококодифференцированного рака ЩЖ. Будет ли осуществлен их перевод? Честно говоря, нет ощущения, что эта большая работа попадет

на благодатную почву в нашей стране, где рак щитовидной железы обсуждается исключительно как хирургическая патология без привлечения каких-либо других методов диагностики и лечения. Увы, мы еще слишком далеки от такой банальной для уровня рекомендаций АТА очевидности, что, за исключением отдельных случаев, операцией выбора при раке щитовидной железы является тиреоидэктомия, а пациенту показано радиологическое обследование с последующей терапией радиоактивным йодом и динамической оценкой уровня тиреоглобулина. Рекомендации АТА обсуждают проблемы использования рекомбинантного человеческого ТТГ, стратификацию пациентов по степени риска рецидива для выбора оптимального режима супрессивной терапии, редифференцирующую терапию йоднегативных метастазов, место позитронно-эмиссионной скинтиграфии, методы исследования уровня тиреоглобулина у пациентов-носителей эндогенных антител к нему. Сложившаяся в нашей стране практика лечения рака щитовидной железы, которая во многом отразилась на все еще бытующем отношении к диагностике и лечению узлового зоба, а также, что более важно, сложившаяся идеология, в рамках которой самой важной остается проблема объема оперативного лечения, оставляют рекомендации АТА по диагностике высококодифференцированного рака ЩЖ за пределами продуктивного обсуждения и практической достигаемости.

Тем не менее эти рекомендации доступны для всех в Интернете (<http://www.thyroid.org/professionals/publications/guidelines.html>), и редакция предлагает их широкое обсуждение на страницах журнала КЭТ в любых формах, при этом искренне надеемся,

что их полный перевод со временем приобретет актуальность.

Возвращаясь к рекомендациям по узловому зобу, мы приводим достаточно точный, местами несколько адаптированный перевод с некоторыми комментариями, вынесенными за пределы текста. Сам оригинал содержит большое число ссылок на литературные источники (всего 301), которые мы умышленно изъяли, чтобы не загромождать текст, который в первую очередь адресован практическим врачам. Желаящие могут найти все ссылки и полный библиографический список в полнотекстовом оригинале рекомендаций.

В.В. Фадеев

Введение

Узловые образования щитовидной железы являются широко распространенной клинической проблемой. Эпидемиологические исследования показали, что распространенность пальпируемых узловых образований щитовидной железы составляет приблизительно 5% у женщин и 1% у мужчин, живущих в регионах с достаточным потреблением йода. С другой стороны, ультразвуковые аппараты, обладающие высокой разрешающей способностью, позволяют диагностировать узловые образования щитовидной железы у 19–67% случайно отобранных людей, при этом с более высокой вероятностью у женщин и лиц пожилого возраста. Клиническая значимость узловых образований щитовидной железы определяется необходимостью исключить рак щитовидной железы¹, встречающийся в 5–10% узловых образований, в зависимости от возраста, пола, семейного анамнеза, подверженности радиоактивному излучению в течение жизни и других факторов. Высокодифференцированный рак (папиллярный и фолликулярный) представляет подавляющее большинство (90%) злокачественных образований щитовидной железы. В США ежегодно диагностируется порядка 23 500 случаев дифференцированного рака щитовидной железы, и по существующим данным в ближайшие годы его первичная выявляемость может только увеличиваться. В 1996 г. АТА опубликовала руководство, определяющее принципы лечения пациентов с узловыми образованиями и раком щитовидной железы. За прошедшее десятилетие был достигнут значительный прогресс в этой области.

Существующие на сегодняшний день противоречия затрагивают множество областей современной тиреоидологии, которые включают в себя ог-

ромный пласт экономических и терапевтических проблем. Во всем мире ведутся разработки, направленные на оптимизацию диагностических критериев и подхода к лечению узловых образований щитовидной железы, снижению статьи расходов, направленных на диагностику и лечение. Оцениваются степень и необходимость хирургического вмешательства в случаях обнаружения злокачественных образований щитовидной железы малых размеров, использования радиоактивного йода в качестве радикального метода лечения остаточной ткани после перенесенной тиреоидэктомии, также ведутся дискуссии на тему применения супрафизиологических доз левотироксина для супрессивной терапии и роли человеческого рекомбинантного ТТГ.

С учетом значительных изменений, которые произошли в этой области АТА, была сформирована группа исследователей, задачей которых явилось повторное изучение текущей стратегии диагностики и лечения узловых образований и дифференцированного рака щитовидной железы. Целью проводимой работы являлась разработка клинических рекомендаций по лечению этих заболеваний в соответствии с принципами доказательной медицины. В экспертную группу вошли ведущие специалисты-эндокринологи, а также специалисты смежных областей медицины: хирурги, онкологи, радиологи.

В научную группу, разрабатывавшую клинические рекомендации 1996 г., входили специалисты из различных медицинских учреждений всего мира: Американской ассоциации эндокринологов (ААСЕ) и Американской ассоциации эндокринных хирургов (ААЕС), Британской тиреоидологической ассоциации, Королевского колледжа, National Comprehensive Cancer Network. В связи с недостаточным количеством многоцентровых рандомизированных исследований предыдущие клинические рекомендации грешили неточностями и недоработками ввиду отсутствия полноценной доказательной базы.

Совещание всех членов группы прошло 21–23 января 2005 г. В течение длительного периода времени всеми членами экспертной комиссии проводилось детальное изучение медицинской литературы. Использовалась база данных MEDLINE, в которой проводился анализ статей и обзоров литературы, соответствующих поставленным нормативам. Был детально проработан пласт публикаций, которые затрагивали все аспекты узловых образований ЩЖ, различных вариантов неопластических процессов, методов диагностики и лечения. Все англоязычные издания, опубликованные в период между 1995 и декабрем 2004 гг. были проработаны и приведены к единой форме в соответствии со временем публикации, авторским коллективом, темой публи-

¹ В регионах йодного дефицита, к которым не относятся США, еще одной проблемой является функциональная автономия щитовидной железы, крайним проявлением которой является многоузловой токсический зоб (*Прим. — В. Ф.*)

кации и характером проводимого исследования: рандомизированное плацебо-контролируемое исследование, метаанализ или разбор клинического случая. Работы, опубликованные ранее 1995 г., но соответствующие теме научной разработки, также тщательно образом рассматривались. Экспертная комиссия запротоколировала полученные данные, используя модифицированные критерии, разработанные Американской профилактической службой (USPSTF). Экспертная комиссия составила клинические рекомендации, основанные на определенном уровне доказательности, используя схему, предложенную USPSTF (таблица 1). Учитывая недостаточное количество проведенных рандомизированных исследований в области лечения рака щитовидной железы, экспертная комиссия приняла решение основываться на суммировании доказательств, полученных в ходе проведенных научных исследований. В том случае, когда приведенные данные подвергались сомнению, членами экспертной комиссии выносилось собственное коллективное заключение.

Узловые образования щитовидной железы

Узел щитовидной железы – это ограниченное изменение участка паренхимы железы, которое выявляется пальпаторно и/или при ультразвуковом исследовании. Однако узлы, выявленные при пальпации,

могут не соответствовать данным, полученным при УЗИ. Эти образования не могут быть в полной мере отнесены к узлам щитовидной железы. Прочие непальпируемые узловые образования, легко выявляемые при ультразвуковом исследовании или других высокочувствительных методах визуализации, носят названия “инциденталом”, то есть случайно обнаруженные (от англ. – “incidentalomas”). Следует отметить, что вероятность злокачественности пальпируемого и непальпируемого образований схожего размера одинакова. В общем и целом специальное обследование требуется только при выявлении узловых образований диаметром более 1 см, поскольку именно они могут оказаться клинически значимым раком. В ряде случаев при подозрительной ультразвуковой картине, облучении головы и шеи и позитивном семейном анамнезе по раку ЩЖ обследование может быть проведено и при узловых образованиях меньшего диаметра.

Какие данные необходимо учитывать при выявлении узловых образований?

В случае обнаружения узла в ЩЖ необходимо проведение физикального обследования, которое должно фокусироваться на щитовидной железе и смежных с ней анатомических областях, в особенности на лимфатических узлах головы и шеи. К анамнестическим данным, которые увеличивают вероят-

Таблица 1. Стратификация клинических рекомендаций, основанных на различных уровнях доказательности

Уровень	Рекомендации
A	<i>Настоятельная рекомендация.</i> Базируется на высоком уровне доказательности. При своевременном вмешательстве и оказании помощи возможны значительное улучшение или благоприятный исход. Уровень доказательности основан на грамотно спланированных, хорошо контролируемых исследованиях, включавших репрезентативную выборку и непосредственно оценивавших эффекты проведенного лечения
B	<i>Рекомендация.</i> Базируется на удовлетворительном уровне доказательности. При своевременном вмешательстве и оказании помощи возможно значительное улучшение или благоприятный исход. Уровень доказательности является достаточным для определения эффективности проводимого лечения. Однако сила доказательности ограничивается числом наблюдений, качеством или последовательностью исследований, генерализуемостью или косвенным характером доказанности в отношении исхода
C	<i>Рекомендация.</i> Базируется на экспертном мнении
D	<i>Рекомендация ПРОТИВ.</i> Базируется на экспертном мнении
E	<i>Рекомендация ПРОТИВ.</i> Базируется на удовлетворительном уровне доказательности. Проводимое вмешательство не оказывает выраженный положительный результат на состояние здоровья, и/или нанесенный вред превышает полученную выгоду
F	<i>Настоятельная рекомендация ПРОТИВ.</i> Базируется на высоком уровне доказательности. Проводимое лечение не оказывает положительный эффект на состояние здоровья, и/или нанесенный вред превышает полученную выгоду
I	<i>НИ рекомендует, НИ опровергает</i> (конкретных рекомендаций нет). Экспертная комиссия считает недостаточными приведенные данные, чтобы вынести конкретное решение “за” или “против”. Проведенные испытания обладают низким уровнем доказательности для решения вопроса о влиянии на состояние здоровья и дальнейшем прогнозе заболевания. В результате консенсус относительно выгоды и вреда данного исследования не может быть определен

ность злокачественного характера узлового образования, относятся облучение области головы и шеи, общее облучение при трансплантации костного мозга, данные о злокачественных образованиях ЩЖ у родственников первой линии родства, нахождение в зоне, пострадавшей от аварии на Чернобыльской АЭС, в возрасте моложе 14 лет, быстрый рост и высокая плотность узла. Достаточно весомыми фактами в пользу злокачественности узлового образования щитовидной железы являются паралич голосовых связок, ипсилатеральная шейная лимфаденопатия и сращение лимфоузлов с окружающей тканью.

Какие необходимы лабораторные и инструментальные методы исследований?

Уровень тиреотропного гормона (ТТГ). В случае выявления узлового образования щитовидной железы, размеры которого превышают 1–1,5 см в диаметре, первым этапом диагностического поиска должно стать определение уровня ТТГ. Если уровень ТТГ ниже нормы – необходимо проведение скинтиграфии щитовидной железы, которая позволяет определить степень функциональной активности узлового образования, то есть при выявлении большего захвата радиофармпрепарата (РФП) зоной узлового образования относительно остальной части железы целесообразно говорить о функционирующем (“горячем”) узле. Изофункциональный, или “теплый” узел не отличается по своей накопительной способности от окружающей ткани ЩЖ. Нефункционирующие (“холодные”) узлы не захватывают РФП. В связи с тем, что “горячие” узлы крайне редко являются злокачественными, при их выявлении цитологическое исследование не требуется. При выявлении субклинического или манифестного тиреотоксикоза требуется дальнейшая верификация диагноза.

R1. Определение уровня ТТГ является первичным обследованием пациента с узловым зобом (рекомендация уровня С).

Проведение ультразвукового исследования ЩЖ показано в том случае, если у пациента не подавлен уровень ТТГ². УЗИ позволяет получить ответы на следующие вопросы: действительно ли у данного пациента при пальпации был обнаружен узел ЩЖ? Не является ли этот узел преимущественно кистозным? Не

расположен ли узел, в основном, по задней поверхности ЩЖ?

В двух последних случаях информативность тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) под контролем пальпации существенно снижается. Кроме того, при УЗИ возможно обнаружение других узловых образований щитовидной железы, требующих проведения пункционной биопсии. Даже в случае выявления повышенного уровня ТТГ, проведение ТАБ все равно рекомендуется, поскольку вероятность злокачественности узловых образований при сопутствующем аутоиммунном тиреоидите сходна с таковой при нормально функционирующей ЩЖ.

R2. Проведение УЗИ щитовидной железы показано всем пациентам, у которых выявлено одно и более подозрительное узловое образование (рекомендация уровня В)³.

Прочие лабораторные параметры

Определение уровня тиреоглобулина (ТГ). Повышение уровня ТГ в сыворотке крови происходит при большинстве патологических процессов в щитовидной железе и не является специфичным и чувствительным тестом для первичной диагностики.

R3. Рутинное определение уровня ТГ при первичной диагностике узлового зоба не рекомендуется (рекомендация уровня F).

Определение уровня кальцитонина. Для оценки эффективности определения уровня кальцитонина в сыворотке крови было проведено несколько проспективных, нерандомизированных исследований. По полученным данным можно сделать вывод, что использование рутинного определения кальцитонина как скринингового метода позволяет выявлять С-клеточную гиперплазию и медуллярный рак щитовидной железы на ранних этапах их развития, что, в свою очередь, ведет к увеличению общей выживаемости среди пациентов. Однако остается большое количество нерешенных проблем относительно чувствительности, специфичности и экономической эффективности данного метода. Кроме того, большинство исследований ссылаются на использование теста с пентагастрином, который на территории

³ То есть при неподозрительных узлах УЗИ допустимо не проводить, что кажется странным. Но если оперировать жесткими критериями доказательности – данных о том, что проведение УЗИ при обнаружении всех узловых образований в исходе улучшит отдаленный прогноз для пациентов, нет (исходят из того, что крупный узел можно спунктировать и без предварительного УЗИ). С другой стороны, само понятие “подозрительность” несколько субъективно: кто-то подозревает все и вся и даже, базируясь на одной только подозрительности, предлагает, на всякий случай, сделать операцию. (Прим. – В.Ф.)

² В США показания для УЗИ щитовидной железы традиционно очень ограничены по сравнению с европейскими странами. Этой рекомендации можно было бы следовать, если обсуждать узко только проблему узлового зоба, но не патологию щитовидной железы в целом, которая может быть выявлена у конкретного пациента. К примеру, объем щитовидной железы необходим для расчета дозы ¹³¹I, которая будет назначена пациенту с токсическим зобом и т.д. (Прим. – В.Ф.)

США в настоящее время недоступен. Тем не менее при выявлении базального уровня кальцитонина, который превышает 100 пг/мл, можно с большой долей вероятности говорить о наличии медуллярного рака ЩЖ.

R4. Экспертная комиссия не может дать конкретной рекомендации “за” или “против” рутинного определения уровня кальцитонина (рекомендация уровень I)⁴.

Какова роль тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ)?

ТАБ является наиболее точным и экономически оправданным методом диагностики при узловых образованиях щитовидной железы. Традиционно результаты биопсии подразделяются на четыре категории: неинформативное исследование, злокачественная опухоль, промежуточный или подозрительный результат, доброкачественный результат.

Под неинформативными биопсиями подразумеваются те исследования, которые не дают четкой картины и не позволяют сделать заключение. Такие биопсии должны быть повторены под контролем УЗИ. При некоторых узлах, особенно кистозных, повторные ТАБ могут также оставаться неинформативными, при этом в итоге они оказываются злокачественными.

R5. Тонкоигольная аспирационная биопсия является методом выбора в диагностике узловых образований щитовидной железы (рекомендация уровня А).

Неинформативный аспират

R6. Кистозные узлы щитовидной железы, которые неоднократно пунктировались, и при этом получались неинформативные пунктаты, требуют тщательного наблюдения или проведения оперативного вмешательства. Хирургическое лечение более оправданно при получении многократных неинформативных аспиратов из солидных узлов (рекомендация уровня А).

Опухоль щитовидной железы

R7. Если при цитологическом исследовании материала, полученного при ТАБ, диагностируется злокачественная опухоль, показано оперативное лечение (рекомендация уровня А).

⁴ На мой взгляд, эта рекомендация (ее уровень), а также предшествовавший ей текст, достаточно ярко характеризует весь документ в целом по уровню доказательности. В этом месте и после приведенных данных напрашивается отрицательная рекомендация, но экспертиза не сочла возможным ее дать, поскольку данных о том, что такая рекомендация получит позитивное отражение, тоже нет. Это подчеркивает и усиливает значимость отрицательных рекомендаций, о которых говорилось выше и будут представлены дальше: если уж они даются — это, действительно, говорит о многом. (Прим. — В.Ф.).

Промежуточный результат цитологического исследования

Промежуточная цитологическая картина, которая часто обозначается как “подозрительная” или “фолликулярная неоплазия” (фолликулярная опухоль), может обнаруживаться в 15–30% случаев всех проведенных ТАБ. Хотя некоторые клинические особенности, такие как пол, размер узла, а также особенности цитологической картины (например, клеточная атипия), могут улучшать диагностическую значимость ТАБ у таких пациентов. Однако прогностическая ценность этих данных остается достаточно низкой. Были проведены исследования, изучавшие возможность использования множества молекулярных маркеров для дифференциальной диагностики узловых образований с промежуточными цитологическими заключениями. Ни один из этих маркеров не может быть рекомендован вследствие недостаточности полученных данных.

R8. В настоящее время использование молекулярных маркеров с целью оптимизации диагностики узловых образований с промежуточными результатами цитологического заключения не рекомендуется (рекомендация уровня I).

R9. В случае получения промежуточного результата при цитологическом исследовании пунктата (часто обозначается как “подозрительный”, “фолликулярная неоплазия”) пациенту показано проведение сцинтиграфии щитовидной железы. Если при этом не обнаруживается, что пропунктированный узел является активно функционирующим (“горячим”), пациенту показано проведение лобэктомии или тотальной тиреоидэктомии (рекомендация уровня В).

R10. Если заключение звучит как подозрение на папиллярную карциному или неоплазию Гюртле, в проведении сцинтиграфии нет необходимости и пациенту показано проведение лобэктомии или тотальной тиреоидэктомии (рекомендация уровня А).

Доброкачественная цитологическая картина

R11. В случае подтверждения при цитологическом исследовании пунктата доброкачественного характера узла щитовидной железы дальнейшие безотлагательные диагностические или лечебные мероприятия не требуются (рекомендация уровня А).

Многоузловой зоб

При многоузловом зобе вероятность злокачественности узловых образований аналогична таковой при солитарном узловом зобе. Для визуализации узловых образований целесообразно проведение УЗИ

щитовидной железы. В случае проведения ТАБ одного только “доминантного” или наиболее крупного узлового образования существует вероятность пропустить рак ЩЖ. В этом плане большее значение имеет не размер узловых образований, а их ультразвуковые особенности, включая наличие микрокальцинатов, гипоехогенности узла солидных узлов (более темный, чем окружающая паренхима) и внутриузловой гиперваскуляризации.

R12a. В случае выявления двух и более узлов размера более 1–1,5 см пунктировать следует преимущественно узлы, которые имеют подозрительные ультразвуковые особенности (рекомендация уровня В).

R12b. В том случае, если ни один из узлов не имеет характерных для злокачественных образований ультразвуковых признаков, при этом обнаруживаются конгломератные узловые образования со сходной эхографической структурой, вероятность злокачественности низка и в этом случае целесообразна пункция наиболее крупного узла (рекомендация уровня С)⁵.

R13. Низкий или низконормальный уровень ТТГ может свидетельствовать о наличии функциональной автономии ЩЖ. В этом случае необходимо выполнение сцинтиграфии и проведение сравнительного анализа полученной картины с данными ультразвукового исследования для того, чтобы определить функциональные возможности всех узлов размерами более 1–1,5 см. Пунктировать необходимо только “холодные” и “теплые” узловые образования, при этом преимущественно те, которые имеют подозрительные ультразвуковые характеристики (рекомендация уровня В).

Какой метод является наилучшим для динамического наблюдения пациентов с узловым зобом?

Динамическое наблюдение пациентов с узловым зобом необходимо в связи с тем, что существует вероятность ложноотрицательного результата ТАБ, которая достаточно низка (не более 5%), но ею нельзя пренебречь. Наряду с уменьшением в размерах доброкачественных узловых образований ЩЖ достаточно часто может наблюдаться и их увеличение, хотя этот процесс является длительным. Следует отметить, что само по себе увеличение узла в размерах не является признаком его злокачественности, но требует проведения повторной ТАБ. По результатам исследований в случае проведения тонко-

игольной пункционной биопсии под контролем УЗИ вероятность получения ложноотрицательного результата составила 0,6%, тогда как при ТАБ под контролем пальпации — 1–3%. В связи с тем, что точность оценки размеров узлового образования при пальпации значительно ниже таковой при УЗИ, для более точной оценки размеров узлового образования и выявления его клинически значимого увеличения рекомендуется проведение УЗИ в динамике. В соответствии с другим достаточно приемлемым определением клинически значимым следует считать увеличение диаметра узлового образования на 20% с увеличением узла в двух или больше проекциях не менее чем на 2 мм. Вероятность получения ложноотрицательного результата при повторной ТАБ очень низка.

R14. Для наблюдения пациентов с хорошо пальпируемыми доброкачественными узловыми образованиями ЩЖ не требуется проведение УЗИ, но их клиническое обследование целесообразно проводить с интервалом в 6–18 мес. Во всех остальных случаях рекомендуется проведение УЗИ с интервалом в 6–18 мес. В том случае, если размер узла остается неизменным, интервал проведения последующих обследований может быть увеличен (рекомендация уровня В).

R15. При значительном увеличении размера узлового образования рекомендовано проведение повторной ТАБ, желательно под контролем УЗИ (рекомендация уровня В).

Какова роль консервативной терапии при доброкачественных узловых образованиях ЩЖ?

По результатам многочисленных рандомизированных исследований и трех метаанализов можно сделать вывод, что терапия L-T4 в дозах, приводящих к подавлению уровня ТТГ ниже нормы, может вести к уменьшению в размерах узловых образований у пациентов, проживающих в регионах погранично легкого йодного дефицита⁶. Результаты исследований, проведенных в регионах с нормальным потреблением йода, разнятся.

⁶ Это заключение вряд ли следует экстраполировать на конкретного пациента, иначе можно дойти до вывода о том, что, если ему ограничить потребление йода, L-T4 начнет “рассасывать” узлы. Отрицательные рекомендации (уровня F!!!) в отношении супрессивной терапии, на мой взгляд, базируются на том, что при известном риске для пациента это вмешательство не отражается положительно на отдаленном прогнозе (инвалидизация, смертность, продолжительность жизни). Если же говорить о качестве жизни, то это вмешательство ее явно снижает как минимум вследствие необходимости частого обследования (гормональное исследование, УЗИ, консультация эндокринолога). Немалую роль в этом плане играет факт осознания пациентом приема гормонального лекарственного препарата. (Прим. — В.Ф.).

⁵ Пожалуй, впервые ультразвуковые характеристики узловых образований возводятся в ранг рекомендаций. На мой взгляд, это сделано достаточно элегантно и может существенно структурировать диагностику при многоузловом зобе (Прим. — В.Ф.).

R16. Экспертная комиссия не рекомендует использование супрессивной терапии при узловом эутиреоидном коллоидном пролиферирующем зобе (рекомендация уровня F).

R17. Если узловое образование увеличилось в размерах и при этом при повторной ТАБ вновь была подтверждена его доброкачественная природа, исходя из данных клинической картины⁷, необходимо обсуждать вопрос о целесообразности дальнейшего динамического наблюдения или оперативного лечения (рекомендация уровня C). Данные о целесообразности использования супрессивной терапии леватиноксином у этой группы пациентов отсутствуют (рекомендация уровня I).

Какова тактика наблюдения беременных женщин и детей с узловыми образованиями щитовидной железы?

Узловые образования ЩЖ у детей. Узловые образования щитовидной железы у детей встречаются значительно реже, чем у взрослых. В исследовании, проведенном на юго-западе США, в которое были включены 5000 детей в возрасте 11–18 лет, было показано, что пальпируемые узловые образования щитовидной железы обнаруживались приблизительно у 20 из 1000 детей, при этом частота новых случаев узлового зоба составляет 7 на 1000 детей в год. По результатам некоторых исследований частота развития злокачественных новообразований ЩЖ у детей выше по сравнению со взрослыми и находится в диапазоне 15–20%, тогда как по другим данным вероятность злокачественности узловых образований ЩЖ у детей сопоставима с таковой у взрослых. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия является чувствительным и специфическим методом дифференциальной диагностики при узловом зобе.

R18. В случае обнаружения у ребенка одного или нескольких узловых образований щитовидной железы диагностическая и терапевтическая концепции должны полностью соответствовать таковой у взрослых (оценка клинической картины, определение уровня ТТГ, ультразвуковое исследование, ТАБ) (рекомендация уровня A).

Узловые образования щитовидной железы у беременных. Не существует достоверных данных о том, что узловые образования щитовидной железы, выявленные во время беременности, с большей вероятностью являются злокачественными, чем у женщин вне беременности, поскольку популяционные исследования, посвященные этой проблеме, отсутствуют.

Каких-либо существенных особенностей в диагностике узлового зоба у беременных нет за исключением того, что беременным женщинам противопоказано проведение скинтиграфии.

R19. При выявлении узлового зоба у беременных женщин с эутиреозом или гипотиреозом показано проведение ТАБ. У женщин с подавленным уровнем ТТГ, который сохраняется после первого триместра беременности, проведение пункционной биопсии может быть отложено до окончания беременности, когда скинтиграфия позволит оценить функциональное состояние узлового образования (рекомендация уровня A).

Если по результатам пункционной биопсии узлового образования у беременной женщины подтверждается наличие рака щитовидной железы, рекомендуется проведение оперативного лечения. Однако не существует единого мнения относительно сроков проведения операции: во время беременности или после родов. Чтобы минимизировать риск выкидыша оперативное вмешательство должно быть проведено до 24 нед беременности. Однако рак щитовидной железы, диагностированный во время беременности, не отличается большей агрессивностью по сравнению с раком ЩЖ, диагностированным у небеременных женщин аналогичного возраста. Ретроспективное исследование, изучавшее выживаемость и вероятность рецидива у беременных женщин с дифференцированным раком щитовидной железы, не выявило существенных различий по этим двум показателям у женщин, которые подвергались оперативному вмешательству во время беременности или после родов. Кроме того, были получены данные о том, что отсрочивание лечения на период до 1 года со времени постановки диагноза дифференцированного рака щитовидной железы не оказывает никакого влияния на долгосрочный прогноз для пациента.

R20. При выявлении рака щитовидной железы на ранних сроках беременности необходимо проведение ультразвукового контроля с целью оценки динамики роста образования. Если выявляется клинически значимый рост образования (см. выше), необходимо проведение хирургического вмешательства до срока 24 нед беременности. Однако, если рост узлового образования не отмечается или диагноз установлен во второй половине беременности, хирургическое вмешательство может быть выполнено после родов (рекомендация уровня C).

⁷ Речь идет о появлении компрессионного синдрома и косметического дефекта. (Прим. — В.Ф.).