

Консенсус по лечению больных дифференцированным раком щитовидной железы T1N0M0

Код МКБ 10: C73

Год составления: 2023

Doi: 10.25792/HN.2023.11.3.85-98

Профессиональные ассоциации: Общероссийская Федерация специалистов по лечению заболеваний органов головы и шеи

Оглавление

Методология
Ключевые слова
Список сокращения
Термины и определения
1. Краткая информация
2. Диагностика
3. Лечение
4. Реабилитация
5. Профилактика
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания
Критерии оценки качества медицинской помощи
Список литературы
Приложение 1. Состав рабочей группы
Приложение 2. Методология разработки клинических рекомендаций
Приложение 3. Связанные документы
Приложение 4. Алгоритмы ведения пациентов
Приложение 5. Информация для пациентов

Методология

Поиск доказательств основных положений консенсуса проводился в электронных базах данных. При составлении рекомендаций основным источником служили публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE и PubMed. Глубина поиска 10 лет.

Для оценки качества и силы доказательств использовались: а) консенсус экспертов; б) оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Для анализа доказательств использовались обзоры опубликованных метаанализов и систематические обзоры с таблицами доказательств.

Консенсус разработан ведущими специалистами в лечении больных раком щитовидной железы. Обсуждение консенсуса проводилось на 11 Международном междисциплинарном конгрессе по заболеваниям органов головы и шеи 19–21 июня 2023 г. в Санкт-Петербурге. Все члены Общероссийской Федерации специалистов по лечению заболеваний органов головы и шеи заранее имели доступ к проекту консенсуса и высказали свое мнение.

Ключевые слова: Рак щитовидной железы, микрокарцинома, папиллярный рак щитовидной железы

Список сокращений

КТ – компьютерная томография
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
РИТ – радиодотерапия
РЩЖ – рак щитовидной железы
СВТ – сцинтиграфия всего тела
ТАБ – тонкоигльная аспирационная биопсия
ТГ – тиреоглобулин
ТТГ – тиреотропный гормон
УЗИ – ультразвуковое исследование
ЩЖ – щитовидная железа

Термины и определения

Bethesda Thyroid Classification, 2009, 2017 – стандартизированная система описания протокола цитологического исследования пунктатов щитовидной железы.

EU-TIRADS (European Thyroid Imaging Reporting and Data System) – стандартизированная система описания протокола ультразвукового исследования щитовидной железы.

1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Дифференцированный РЩЖ (РЩЖ) – злокачественная опухоль из фолликулярных клеток щитовидной железы (ЩЖ), сохраняющих присутствие им признаки дифференцировки.

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

На сегодняшний день выделяют ряд основных факторов развития РЩЖ: мутации генов *BRAF*, *PTEN*, *APC*, *DICER1*, *MNG*, *NRAS*, *KRAS*, *TERT* и др., воздействие ионизирующего излучения, наследственные синдромы (Гарднера, Каудена, множественной эндокринной неоплазии 2А и 2В типа и др.) [1].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В 2020 г. в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями РЩЖ составил 2,06 % случаев. Средний возраст пациентов – 53,5 года. Стандартизированная заболеваемость РЩЖ в РФ в 2020 г. составила 9,8 случаев на 100 тыс. населения (среди мужчин – 2,95; среди женщин – 12,01), смертность от РЩЖ – 0,64 случая на 100 тыс. населения (0,41 – среди мужчин; 0,84 – среди женщин) [2].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) – C73 Злокачественное новообразование щитовидной железы.

Несмотря на единое кодирование по МКБ-10, дифференцированные формы РЩЖ и медуллярный РЩЖ – различные нозологии. Диффузную закладку С-клеток в ЩЖ по происхождению и функции можно считать самостоятельным органом, например, таким же, как околощитовидные железы. Это объясняет несколько иные свойства С-клеточных опухолей. С опухолями ЩЖ из А- и В-клеток медуллярный РЩЖ объединяет лишь локализация, но на этом их сходство заканчивается. Нейроэндокринная природа медуллярного РЩЖ является причиной принципиально иных подходов к диагностике, лечению и наблюдению. В связи с этим принято решение о разделении клинических рекомендаций по лечению РЩЖ на 2 отдельных документа: клинические рекомендации по диагностике и лечению дифференцированного РЩЖ и клинические рекомендации по диагностике и лечению медуллярного РЩЖ.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Международная гистологическая классификация опухолей ЩЖ (классификация Всемирной организации здравоохранения, 2022 г.):

1. Киста щитовидно-язычного протока
2. Другие врожденные аномалии щитовидной железы.
3. Фолликулярно-узловая болезнь щитовидной железы
4. Фолликулярная аденома
5. Фолликулярная аденома с папиллярной архитектурой
6. Онкоцитарная аденома щитовидной железы
7. Неинвазивное фолликулярное новообразование щитовидной железы с папиллярноподобными особенностями ядра
8. Опухоль щитовидной железы с неопределенным злокачественным потенциалом
9. Гиалинизирующая трабекулярная опухоль
10. Фолликулярная карцинома щитовидной железы
11. Инвазивный инкапсулированный фолликулярный вариант папиллярной карциномы
12. Папиллярная карцинома щитовидной железы
 - классический подтип папиллярного рака щитовидной железы
 - инфильтративный фолликулярный подтип папиллярного рака щитовидной железы
 - высококлеточный подтип папиллярного рака щитовидной железы
 - столбчато-клеточный подтип папиллярного рака щитовидной железы
 - онкоцитарный подтип папиллярного рака щитовидной железы
 - hobnail («по типу сапожных гвоздей») подтип папиллярного рака щитовидной железы
 - солидный подтип папиллярного рака щитовидной железы
 - уртино-подобный подтип папиллярного рака щитовидной железы
 - диффузно-склерозирующий подтип папиллярного рака щитовидной железы
13. Онкоцитарная карцинома щитовидной железы
14. Фолликулярные карциномы высокой степени злокачественности
15. Дифференцированный рак щитовидной железы высокой степени злокачественности
16. Низкодифференцированный рак щитовидной железы
17. Анапластическая фолликулярно-клеточная карцинома щитовидной железы
18. Карцинома щитовидной железы из С-клеток
19. Медуллярный рак щитовидной железы
20. Смешанные медуллярные и фолликулярные карциномы клеточного происхождения

21. Мукоэпидермоидный рак щитовидной железы
22. Секреторная карцинома
23. Склерозирующая мукоэпидермоидная карцинома с эозинофилией.
24. Крибриформная морулярная карцинома щитовидной железы.
25. Тимома
26. Веретенообразная эпителиальная опухоль с тимоподобными элементами.
27. Семья карциномы тимуса
28. Тиробластома

Стадии дифференцированного и анапластического РЩЖ (Американский объединенный комитет по раку (AJCC), 8-е издание, 2017 г.).

Категория Т включает следующие градации:

- T** – первичная опухоль;
- Tx** – недостаточно данных для оценки первичной опухоли;
- T0** – первичная опухоль не определяется;
- T1** – опухоль размером до 2 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью ЩЖ;
- T1a** – опухоль размером <1 см, ограниченная тканью ЩЖ;
- T1b** – опухоль размером более 1, но менее 2 см в диаметре, ограниченная тканью ЩЖ;
- T2** – опухоль размером более 2, но не более 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью ЩЖ;
- T3** – опухоль размером >4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью ЩЖ, или любая опухоль с минимальным распространением за пределы капсулы (в т. sternothyroid или мягкие ткани около ЩЖ);
- T3a** – опухоль размером >4 см, ограниченная тканью ЩЖ;
- T3b** – любого размера опухоль с макроскопическим распространением за пределы капсулы ЩЖ с инвазией только в подподъязычные мышцы (грудиноподъязычную, грудинощитовидную, щитоподъязычную или лопаточно-подъязычную);
- T4** – массивное распространение опухоли за пределы капсулы ЩЖ;
- T4a** – опухоль прорастает в капсулу ЩЖ и распространяется на любую из следующих структур: подкожные мягкие ткани, гортань, трахею, пищевод, возвратный нерв;
- T4b** – опухоль распространяется на предпозвоночную фасцию, сосуды средостения или оболочку сонной артерии.

Категория N указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах:

- Nx** – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;
- N0** – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;
- N0a** – один или несколько лимфатических узлов с цитологическим или гистологическим подтверждением отсутствия опухоли;
- N0b** – отсутствие радиологических или клинических признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;
- N1** – имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами;
- N1a** – метастазы в лимфатических узлах VI или VII уровней (пре- и паратрахеальные, преларингеальные или верхние средостенные). Как одностороннее, так и двустороннее поражение;
- N1b** – метастазы в шейных лимфатических узлах на одной стороне или с обеих сторон, или на противоположной стороне (I, II, III, IV или V), или в заглоточных лимфатических узлах.

Категория M характеризует наличие или отсутствие метастазов: M0 – нет признаков отдаленных метастазов;

- M1** – имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Дифференцированный рак			
До 55 лет			
Стадия I	Любая T	Любая N	M0
Стадия II	Любая T	Любая N	M1
От 55 лет и старше			
Стадия I	T1	N0/Nx	M0
	T2	N0	M0
Стадия II	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3a/b	N любая	M0
Стадия III	T4a	N любая	M0
Стадия IVA	T4b	N любая	M0
Стадия IVB	T4b	N любая	M1
Анапластический рак			
Стадия IVa	T1–3a	N0/Nx	M0
Стадия IVB	T1–3a	N1	M0
	T3b	N любая	M0
	T4b	N любая	M0
Стадия IVc	T любая	N любая	M1

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Дифференцированный РЩЖ не имеет специфической клинической картины и, как правило, проявляет себя как узловой зоб. На более поздних стадиях присоединяются нарушения дыхания и глотания, увеличение регионарных лимфатических узлов [3].

2. ДИАГНОСТИКА

Критерии установления диагноза/состояния: на дооперационном этапе – результаты цитологического исследования пунктатов ЩЖ, на послеоперационном этапе – плановое патологоанатомическое исследование операционного материала (при необходимости – с иммуногистохимическим типированием) [1, 3, 4].

2.1 Жалобы и анамнез

Введение: Подавляющее большинство случаев дифференцированного РЩЖ выявляют при обследовании пациентов по поводу узлового зоба. Меньшая часть случаев диагностируется в связи с отягощенным личным или семейным анамнезом, изменением голоса, обнаружением увеличенных шейных лимфатических узлов или отдаленных метастазов.

В качестве методов первичной диагностики узлового зоба рекомендуется пальпация ЩЖ и регионарных лимфатических узлов, предварительная оценка голосовой функции, сбор анамнеза для исключения факторов риска принадлежности к группе риска развития агрессивных форм РЩЖ [1, 3, 4].

При сборе жалоб и анамнеза среди пациентов, обратившихся на первичный прием по поводу узлового зоба, рекомендуется обращать внимание на следующие факторы с целью не пропустить РЩЖ высокого риска:

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.2. Физикальное обследование

Рекомендуется при физикальном обследовании обращать внимание на изменение контуров шеи, наличие узлового образования в ЩЖ и увеличение регионарных лимфатических узлов, изменение голоса, нарушение глотания, облучение головы и шеи в анамнезе.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.3. Лабораторные диагностические исследования

При выявлении у пациента узлового образования ЩЖ рекомендовано исследование уровня кальцитонина в крови с целью исключения или подтверждения медуллярного рака щитовидной железы [3].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

При выявлении у пациента узлового образования ЩЖ рекомендовано исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови с целью оценки гормонального статуса.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: Оценка базальной концентрации кальцитонина в крови значительно превосходит тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) в диагностике медуллярного РЩЖ. Это исследование может повлиять на показания к ТАБ, поэтому должно проводиться на первичном этапе обследования [3].

Уровень (концентрацию) кальцитонина в крови рекомендуется оценивать с учетом гендерных различий верхней границы референсных значений с целью адекватной интерпретации результатов.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Повышение уровня базального кальцитонина >100 пг/мл крайне подозрительно в отношении медуллярного РЩЖ. Дооперационное исследование уровня тиреоглобулина (ТГ) в крови у первичных пациентов с узловыми образованиями в ЩЖ не рекомендовано, так как на этом этапе показатель не является маркером РЩЖ [5].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

2.4 Инструментальные диагностические исследования Ультразвуковое исследование

Введение: Основная роль УЗИ при РЩЖ – уточнение показаний к ТАБ, навигация при ее выполнении, оценка местной распространенности процесса и состояния лимфатических узлов для определения оптимального объема хирургического вмешательства [6].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Протокол УЗИ ЩЖ включает определение размеров, локализации, ультразвуковых характеристик опухоли.

Для ультразвуковой оценки вероятности злокачественности опухоли ЩЖ и определения показаний к ТАБ **рекомендуется** использовать систему EU-TIRADS (European Thyroid Imaging Reporting and Data System) [7].

Подозрительными признаками являются (оценивают только в солидных узлах или в солидных участках узлов):

гипоэхогенная солидная структура; неровный, нечеткий или полициклический контур; точечные гиперэхогенные включения (микрокальцинаты); преобладание переднезаднего размера узла над шириной («выше/чем/шире»).

Протокол УЗИ регионарных лимфатических узлов должен включать оценку следующих параметров:

размер (необходимо оценивать диаметр или переднезадний размер, а не длину. Для всех шейных лимфатических узлов, кроме II уровня фасциально-клетчаточного пространства шеи (поднижнечелюстная зона), наибольший размер составляет не более 0,6 см, для II уровня – не более 0,8 см); соотношение длинной и короткой осей; наличие/отсутствие ворот; кистозные изменения; точечные гиперэхогенные включения (микрокальцинаты); характер васкуляризации (ворота или весь лимфатический узел); повышение эхогенности лимфатического узла (сходство с нормальной тканью ЩЖ).

Наиболее специфичными признаками, позволяющими заподозрить метастатическое поражение лимфатического узла, являются микрокальцинаты, кистозный компонент, периферическая васкуляризация, сходство ткани лимфатического узла с тканью ЩЖ, менее специфичными – увеличение размеров, закругленность контуров, отсутствие ворот.

При наличии подозрительных ультразвуковых признаков в узловом образовании ЩЖ рекомендуется ультразвуковая оценка подвижности голосовых складок с целью исключения инвазии опухоли в гортань и/или пареза голосовой складки вследствие вовлечения в процесс возвратного гортанного нерва (зависит от анатомического строения гортани).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

При РЩЖ или подозрении на него независимо от субъективной оценки голосовой функции всем пациентам на дооперационном этапе рекомендуется проведение видеоларингоскопии с целью объективной оценки подвижности голосовых связок [3].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Тонкоигольная аспирационная биопсия

Тонкоигольная аспирационная биопсия рекомендуется всем пациентам с подозрением на РЩЖ в качестве основного метода дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных поражений ЩЖ и лимфатических узлов.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

Тонкоигольную аспирационную биопсию рекомендуется проводить под ультразвуковым контролем с целью повышения диагностической точности исследования [1,3].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарий: ТАБ может выполнять врач любой специальности, владеющий методикой ее проведения (эндокринолог, эндокринный хирург, онколог, врач лучевой диагностики).

Показания к проведению ТАБ:

- узловые образования ЩЖ, равные или превышающие 1 см в диаметре;
- узловые образования размером <1 см, если пациент относится к группе риска наличия агрессивных форм РЩЖ, при наличии следующих факторов:
 - концентрация базального или стимулированного кальцитонина >100 пг/мл;
 - наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов;
 - облучение головы и шеи в анамнезе;
 - семейный анамнез РЩЖ;
 - паралич голосовой складки;
 - узловые образования ЩЖ, случайно выявленные при позитронно-эмиссионной томографии;
 - пациенты моложе 20 лет;
 - изменение ультразвуковой структуры доброкачественных узлов ЩЖ в процессе динамического наблюдения [10].

При получении доброкачественного цитологического заключения из узла с явными подозрительными ультразвуковыми признаками ТАБ рекомендуется повторить в ближайшее время с целью своевременной постановки диагноза злокачественного новообразования.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

При обнаружении измененных регионарных лимфатических узлов всем пациентам с РЩЖ рекомендована их прицельная ТАБ с целью морфологической верификации с проведением цитологического исследования биопсийного материала.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Диагностическая точность ТАБ из лимфатических узлов повышается при исследовании смыва из иглы на ТГ или кальцитонин в зависимости от предполагаемой морфологической формы РЩЖ [8].

Цитологическое исследование

Рекомендуется использование 6 стандартных категорий заключений современной международной цитологической классификации (Bethesda Thyroid Classification, 2009, 2017) при изучении пунктатов из узловых образований ЩЖ с целью повышения диагностической точности исследования.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Международная цитологическая классификация пунктатов из узловых образований ЩЖ включает в себя 6 категорий:

I категория – неинформативная пункция;

II категория – доброкачественное образование (коллоидные и аденоматозные узлы, хронический аутоиммунный тиреоидит, подострый тиреоидит);

III категория – атипия неопределенного значения (сложная для интерпретации пункция с подозрением на опухолевое поражение);

IV категория – фолликулярная неоплазия или подозрение на фолликулярную неоплазию;

V категория – подозрение на злокачественную опухоль (подозрение на папиллярный рак, медуллярный рак, метастатическую карциному, лимфому); VI категория – злокачественная опухоль (папиллярный, низкодифференцированный, медуллярный, анапластический рак).

Заключения, содержащие только описательную часть, а также заключения без конкретного цитологического диагноза неинформативны. В этих ситуациях необходимо проконсультировать готовые цитологические препараты у опытного морфолога или повторить ТАБ в специализированном лечебном учреждении [9].

Компьютерная томография

Компьютерная томография (КТ) шеи и грудной клетки с контрастированием рекомендована при неподвижной опухоли, симптомах экстратиреоидного распространения, размере опухоли Т3-4, подозрении на экстратиреоидное распространение или наличие измененных регионарных лимфатических узлов по данным УЗИ с целью уточнения распространенности опухоли [1, 3].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Магнитно-резонансную томографию и позитронно-эмиссионную томографию применяют для диагностики метастазов по индивидуальным показаниям. При шейно-грудной локализации метастатического процесса эти методы значительно уступают диагностическому комплексу УЗИ + ТАБ + КТ.

2.5 Иные диагностические исследования Молекулярно-генетическое исследование

Для дифференциальной диагностики опухолей ЩЖ в рамках цитологического заключения III, IV и V групп по Bethesda Thyroid Classification, 2009, 2017 рекомендовано молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF и иных мутаций (RAS, RET/PTC, PAX8/PPAR- γ , TERT и т. д.) [10].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

3. ЛЕЧЕНИЕ

Назначение и применение лекарственных препаратов, указанных в консенсусе, направлено на обеспечение пациента клинически эффективной и безопасной медицинской помощью, в связи с чем их назначение и применение в конкретной клинической ситуации определяется в соответствии с инструкциями по применению конкретных лекарственных препаратов с реализацией представленных в инструкции мер предосторожности при их применении, также возможна коррекция доз с учетом состояния пациента.

3.1 Хирургическое лечение

Введение: Лечение и наблюдение пациентов с высококодифференцированным РЩЖ (ВДРЩЖ) должно проводиться в специализированных медицинских учреждениях, обладающих полноценным арсеналом средств диагностики и опытом лечения ВДРЩЖ.

При IV, V и VI категории цитологического заключения по современной международной цитологической классификации (Bethesda Thyroid Classification, 2009, 2017) рекомендовано хирургическое лечение с целью повышения выживаемости пациентов.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При III категории (атипия неясного значения) необходима повторная пункция, по результатам которой уточняется степень риска злокачественности узла и показания к оперативному лечению. Показания к хирургическому лечению при III и IV категориях цитологического заключения могут обсуждаться в индивидуальном порядке с пациентом в рамках применения молекулярно-генетических панелей, дающих дополнительную информацию о риске ВДРЩЖ. Тем не менее в связи с крайне ограниченным опытом таких исследований в России группа экспертов на момент публикации этого документа не высказывает мнения ни «за», ни «против». Основополагающим является окончательный объем хирургического лечения по результатам планового гистологического исследования. Применение срочного интраоперационного морфологического исследования при III и IV категории цитологического заключения не является обязательным, так как обладает низкой чувствительностью в диагностике ВДРЩЖ, а при V и VI категории не показано.

При опухоли размером >4 см или при опухоли с выраженной экстрагиреоидной инвазией (клинически T4), клинически выраженными метастазами (сN1) или отдаленными метастазами (M1) в качестве первичного лечения рекомендуется тиреоидэктомия с максимальной хирургической аблацией опухолевой ткани в пределах возможных противопоказаний с целью повышения выживаемости пациентов [10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Гемитиреоидэктомия может быть рекомендована пациентам с папиллярным РЩЖ группы низкого риска (без семейного анамнеза РЩЖ и облучения головы и шеи) с целью снижения хирургической травмы и повышения качества жизни.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Выбор тиреоидэктомии связан с решением о послеоперационной радиойодтерапии (РЙТ) и упрощенном наблюдении или с предпочтениями пациента. При опухоли размером от 1 до 4 см без экстрагиреоидной инвазии (определяемой клинически или по данным УЗИ) и/или метастатических лимфатических узлов (сN0) [11].

Хирургическое вмешательство на лимфатических узлах шеи

Удаление лимфатических узлов центральной зоны (VI уровень) рекомендовано с целью уточнения распространения карциномы.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Удаление клетчатки II–V уровней фасциально-клетчаточного пространства шеи рекомендуется только при доказанном метастатическом поражении лимфатических узлов этих зон по результатам ТАБ с целью повышения качества жизни пациентов.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Селективное удаление метастатических лимфатических узлов вне футлярно-фасциального блока нецелесообразно.

Послеоперационная стратификация риска рецидива ВДРЩЖ

Введение: Стадирование послеоперационного риска необходимо для определения оптимальной тактики послеоперационного ведения пациента.

Современные принципы стадирования послеоперационного риска основаны на рекомендациях Американской тиреоидологической ассоциации (American Thyroid Association, ATA) 2015 г. Выделяют 3 группы: высокого, промежуточного и низкого риска.

Группа низкого риска: папиллярный РЩЖ со всеми перечисленными ниже признаками:

без регионарных или отдаленных метастазов; удалена макроскопически вся опухолевая ткань; отсутствие экстрагиреоидной инвазии; отсутствие сосудистой инвазии;

неагрессивный гистологический вариант; 131 отсутствие метастатических очагов по данным 1-й скintiграфии с I.

с N0 или p N1 при поражении не более 5 лимфатических узлов, микрометастазы (размером <0,2 см в наибольшем измерении); интратиреоидный фолликулярный ВДРЩЖ с капсулярной инвазией или без нее и минимальной сосудистой инвазией (<4 очагов); интратиреоидный папиллярный рак размером <4 см при отсутствии мутации BRAF V600E; интратиреоидная папиллярная микрокарцинома, унифокальная или мультифокальная, независимо от наличия мутации BRAF V600E.

Группа промежуточного риска:

агрессивный гистологический вариант ; интратиреоидный папиллярный рак размером <4 см при наличии мутации BRAF V600E; cN1 или p N1 при поражении >5 лимфатических узлов, макрометастазы (размером <3 см в наибольшем измерении); микроскопическая экстраиреоидная инвазия ; папиллярный рак с сосудистой инвазией; мультифокальная папиллярная микрокарцинома с микроскопической экстраиреоидной инвазией и мутацией BRAF V600E; наличие метастатических очагов на шее, накапливающих радиоактивный йод по данным 1-й сцинтиграфии с 131 I .

Группа высокого риска:

резидуальная опухоль; опухоль при сочетании индуцирующих агрессивное течение мутаций (TERT ± BRA F); pN1 с любым метастатическим лимфатическим узлом размером >3 см в наибольшем изменении; макроскопическая экстраиреоидная инвазия ; широко инвазивный фолликулярный рак (>4 очагов); доказанные отдаленные метастазы ; высокая концентрация ТГ в крови, характерная для отдаленных метастазов [12].

После выполнения органосохраняющих операций в случаях, когда по результатам стратификации риска рецидива пациент относится к группе промежуточного или высокого риска, рекомендуется выполнение окончательной тиреоидэктомии для последующего лечения радиоактивным йодом.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4)

3.2. Лечение радиоактивным йодом

Подавляющему большинству пациентов дифференцированным РЩЖ T1N0M0 лечение радиоактивным йодом не показано и не улучшает отдаленных результатов лечения.

Назначается пациентам с верифицированным папиллярным, фолликулярным, Гюртле-клеточным раком щитовидной железы согласно стратификации риска рецидива и персистенции заболевания [13,14].

С целью подготовки к РЙТ без применения тиротропина-альфа всем пациентам рекомендуется отменить левотироксин натрия** за 3-4 недели до процедуры с целью достижения должного эффекта РЙТ.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Радиойодтерапия проводится на фоне 2-недельной диеты с низким содержанием йода. Для РЙТ требуется высокая концентрация ТТГ крови (>30 мЕд/л). Последний может достигаться путем эндогенной стимуляции при отмене левотироксина натрия** на 4 нед. или введения тиротропина альфа. У пациентов группы низкого риска радиойодабляция может проводиться при уровне ТТГ более 10 мЕд/л.

Применение тиротропина альфа для подготовки к РЙТ **рекомендуется: Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)**

Комментарий: РЙТ позволяет уничтожить остатки тиреоидной ткани и накапливающие радиоактивный йод очаги опухоли. Оказывает положительное влияние на общую и безрецидивную выживаемость в группе пациентов промежуточного и высокого риска. Сцинтиграфия всего тела (СВТ), проведенная после РЙТ, позволяет выявлять метастазы ВДРЩЖ.

В связи с отсутствием влияния на показатели смертности РЙТ в группе пациентов низкого риска не рекомендуется [15, 16].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

Радиойодтерапия рекомендована больным группы промежуточного и высокого риска, поскольку достоверно уменьшает вероятность прогрессирования заболевания и увеличивает выживаемость.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

3.3. Терапия левотиоксином натрия

Заместительная терапия левотиоксином натрия** направлена на коррекцию послеоперационного гипотиреоза, супрессивная – на подавление ТТГ-зависимого роста остаточных опухолевых клеток.

В группе пациентов низкого риска и биохимической ремиссии проведение супрессивной терапии левотиоксином натрия** не рекомендуется ввиду отсутствия увеличения выживаемости и ухудшения качества жизни, вместо этого рекомендуется проведение заместительной терапии [17].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

В группах пациентов промежуточного риска, биохимического рецидива и неопределенного опухолевого статуса рекомендуется супрессивная терапия с целью повышения показателей выживаемости пациентов [17].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: мягкая супрессия целесообразна при тахикардии и менопаузе; заместительная терапия – в возрасте старше 60 лет, при наличии фибрилляции предсердий, остеопороза.

В группе пациентов высокого риска и структурного рецидива с целью повышения показателей выживаемости рекомендуется супрессивная терапия, кроме пациентов с фибрилляцией предсердий, которым проводится мягкая супрессия.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Целевые диапазоны уровня ТТГ в различных режимах [1, 3, 4]: супрессивная терапия: уровень ТТГ <0,1 мЕд/л, уровень свободного тироксина не превышает верхнюю границу нормы; мягкая супрессия: уровень ТТГ 0,1–0,5 мЕд/л; заместительная терапия: уровень ТТГ 0,5–2,0 мЕд/л.

3.4. Таргетная терапия

Таргетная терапия больных дифференцированным раком щитовидной железы T1N0M0 не показана.

3.5. Дистанционная лучевая терапия

Дистанционная лучевая терапия больных дифференцированным раком щитовидной железы T1N0M0 не показана.

3.6. Обезболивание

Порядок и рекомендации по обезболиванию при дифференцированном РЩЖ соответствуют рекомендациям «Хронический болевой синдром у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», представленным в рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России.

Диетотерапия

Не применяется.

4. РЕАБИЛИТАЦИЯ

Рекомендовано использование протоколов ускоренного восстановления после операции после перенесенного лечения, в которые входят комплексное обезболивание, раннее начало энтерального питания, отказ от рутинного использования катетеров и дренажей, ранняя мобилизация пациентов: активизация и вертикализация, так как протокол является безопасным, уменьшает длительность пребывания в стационаре, снижает число нехирургических осложнений и не увеличивает общее количество послеоперационных осложнений. В раннем послеоперационном периоде рекомендуется купирование болевого синдрома в сочетании с методами психологической коррекции.

5. ПРОФИЛАКТИКА

5.1. Динамическая стратификация риска и диспансерное наблюдение пациентов

Принадлежность пациента к определенной группе риска не является постоянной и должна подлежать переоценке в зависимости от ответа на проведенное лечение. Это позволяет индивидуализировать наблюдение, снизить финансовые затраты и своевременно выявить рецидив заболевания, тем самым оказав положительное влияние на прогноз заболевания.

Динамическая стратификация риска позволяет разделить пациентов на следующие 4 основные группы по результатам проведенного лечения [10].

1. Биохимическая ремиссия (вероятность рецидива составляет 1–4 %): отрицательные данные УЗИ, СВТ, КТ; концентрация нестимулированного ТГ <0,2 нг/мл; концентрация стимулированного ТГ <1 нг/мл.

2. Биохимический рецидив: отрицательные данные УЗИ, СВТ, КТ; концентрация нестимулированного ТГ >1 нг/мл; концентрация стимулированного ТГ >10 нг/мл; вираж антител к ТГ.

В данной группе примерно у 30 % больных происходит спонтанное снижение биохимических показателей, у 20 % – ремиссия после дополнительного лечения (РЙТ), у 20 % – структурный рецидив. Смертность, связанная с РЩЖ, составляет <1 %.

При сохранении стабильной концентрации ТГ или ее снижении в большинстве случаев проводят наблюдение, при отсутствии специфических противопоказаний предпочтительна супрессия уровня ТТГ. При росте уровня ТГ или вираже антител к ТГ рекомендуется активное обследование и проведение дополнительных лечебных опций (РЙТ).

В качестве промежуточной группы между пациентами с биохимической ремиссией и с биохимическим рецидивом выделена группа больных с неопределенным опухолевым статусом.

3. Неопределенный опухолевый статус: отрицательные или неспецифические данные УЗИ, СВТ, КТ; концентрация ТГ без стимуляции составляет более 0,2, но менее 1 нг/мл; концентрация ТГ после стимуляции составляет более 1, но менее 10 нг/мл; титр антител к ТГ стабильный или снижается.

4. Структурный рецидив: структурные или функциональные признаки опухоли при любой концентрации ТГ и/или антител к ТГ.

Прогноз: около 50–60 % пациентов сохраняют персистенцию, несмотря на дополнительное лечение. Смертность, связанная с РЩЖ, при шейных метастазах составляет 11 %, при отдаленных – 50 %. Выбор лечебной тактики зависит от размера, локализации, объема поражения, скорости роста, захвата ¹³¹I или флудексоглюкозы [18F], гистологического варианта опухоли.

5.2 Определение тиреоглобулина и антител к тиреоглобулину

Наиболее высокочувствительным методом динамического наблюдения является определение ТГ – специфического высокочувствительного маркера тиреоцитов, а также клеток папиллярного и фолликулярного РЩЖ.

Присутствие в крови антител к ТГ может стать причиной ложноотрицательного результата исследования уровня ТГ. Определение ТГ должно осуществляться с помощью чувствительного иммунорадиометрического анализа (функциональная чувствительность – 0,2 нг/мл).

После первичного лечения ТГ может обнаруживаться в крови пациентов в течение нескольких месяцев, поэтому его определение целесообразно выполнять не ранее чем через 3 мес после проведения последнего лечебного этапа [1, 3, 10].

Послеоперационное определение ТГ и антител к ТГ на фоне терапии левотироксином натрия** рекомендовано всем пациентам каждые 6–12 мес. с целью исключения рецидива заболевания.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

В группе биохимической ремиссии интервал определения ТГ и антител к ТГ на фоне терапии левотироксином натрия** рекомендуется изменить до 12–24 мес. с целью повышения качества жизни пациентов и снижения экономических затрат.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Интервал определения ТТГ рекомендуется не более 12 мес. для всех пациентов на фоне терапии левотироксином натрия** с целью своевременного выявления рецидива заболевания.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Динамическое определение ТГ не реже 6–12 мес. рекомендуется в группах пациентов высокого риска, структурного рецидива, биохимического рецидива, неопределенного опухолевого статуса с целью повышения выживаемости пациентов.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Повторное определение стимулированного ТГ рекомендовано в группах пациентов: высокого риска; структурного рецидива; биохимического или неопределенного статуса рецидива; при снижении концентрации ТГ, спонтанном или последовавшем за проведенным лечением (контроль терапевтического эффекта).

5.3. Послеоперационное ультразвуковое исследование

После хирургического лечения УЗИ шеи рекомендуется через 6–12 мес. в зависимости от группы риска и динамики концентрации ТГ с целью выявления структурного рецидива [1, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

При выявлении при УЗИ подозрительных лимфатических узлов максимальным размером >0,8–1,0 см рекомендуется прицельная ТАБ, которая дополняется определением ТГ в смыве из иглы с целью морфологической или биохимической верификации рецидива заболевания [1, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: При меньшем размере лимфатического узла возможно динамическое наблюдение (если размеры узла остаются стабильными и нет угрозы прорастания жизненно важных структур).

5.4. Сцинтиграфия всего тела

Сцинтиграфия костей всего тела рекомендуется через 6–12 мес. после РИТ у пациентов групп высокого и промежуточного риска без достижения биохимической ремиссии и с персистенцией заболевания с целью оценки прогрессии заболевания.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

5.5. Компьютерная, магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография

Компьютерная томография мягких тканей шеи и органов грудной клетки рекомендуется при сомнениях в адекватной оценке распространенности заболевания при УЗИ, подозрении на прорастание трахеи, гортани, глотки, пищевода, выявления метастазов в легкие и лимфатические узлы средостения у пациентов группы высокого риска с повышенной концентрацией ТГ (как правило, >10 нг/мл) или с виражом антител к ТГ независимо от результатов сцинтиграфии всего тела с целью адекватной оценки распространенности заболевания.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Магнитно-резонансная томография головного мозга, скелета, брюшной полости рекомендуется пациентам группы высокого риска с повышенной концентрацией ТГ (как правило, >10 нг/мл) при отсутствии метастазов в легкие, лимфатические узлы шеи и средостения или наличии характерных симптомов метастатического поражения органов вышеуказанных локализаций с целью адекватной оценки распространенности заболевания и выявления структурного рецидива.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Позитронно-эмиссионная томография всего тела рекомендуется пациентам группы высокого риска при высокой концентрации ТГ (>10 нг/мл) и отрицательных данных сцинтиграфии всего тела с целью исключения структурного прогрессирования болезни, начального стадирования при низкодифференцированном или широко инвазивном фолликулярном РЩЖ или оценки результатов лечения при радиойодрезистентных формах ВДРЩЖ:

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

5.6. Рак щитовидной железы и беременность

Высокодифференцированный РЩЖ в большинстве случаев является опухолью с латентной прогрессией, и его выявление во время беременности не является показанием к ее прерыванию. Беременность не является фактором, способствующим прогрессированию ВДРЩЖ. Большинство исследований свидетельствуют о том, что отдаленный прогноз ВДРЩЖ, диагностированного во время беременности, ничем не отличается от прогноза РЩЖ, выявленного в других ситуациях. Нет никаких различий в показателях летальности и персистенции ВДРЩЖ у беременных, оперированных во II триместре до 24-й недели, и у женщин, оперированных после родов.

Если при пункционной биопсии и цитологическом исследовании у беременной поставлен диагноз ВДРЩЖ, ей показано хирургическое лечение, однако решение о сроках проведения операции должно быть индивидуализировано.

Существуют исследования, в которых сообщается о более высокой частоте специфических и неспецифических осложнений у женщин, перенесших операцию в период беременности, по отношению к небеременным женщинам, что потребовало более длительного пребывания в стационаре и повышенных затрат на лечение. Объем комплексного лечения пациенток с ВДРЩЖ может быть индивидуализирован исходя из факта планирования беременности (терапия радиоактивным йодом может быть в ряде случаев отложена).

Прерывание беременности не рекомендовано при выявлении ВДРЩЖ [10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Выявление ВДРЩЖ является показанием к оперативному лечению, сроки которого определяются индивидуально, при этом в большинстве случаев оно может быть отложено до послеродового периода [10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: сроки хирургического лечения определяются индивидуально, при этом в большинстве случаев оно может быть отложено до послеродового периода. При ВДРЩЖ, диагностированном цитологически на ранних сроках беременности, показано динамическое УЗИ с частотой 1 раз в месяц.

При прогрессирующем увеличении опухоли или появлении измененных регионарных лимфатических узлов рекомендовано хирургическое лечение во II триместре беременности в сроке до 24-й недели с целью повышения выживаемости [6].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Планирование беременности женщинами, получившими лечение по поводу ВДРЩЖ, рекомендовано спустя 6–12 мес. после РИТ с целью снижения риска невынашивания беременности.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Мужчинам, прошедшим лечение радиоактивным йодом, не рекомендуют участвовать в планировании беременности в течение 120 дней (период жизни сперматозоида).

При планировании беременности после оперативного вмешательства на ЩЖ рекомендуется поддержание стойкого эутиреоза с целью снижения риска рецидива и нормального развития плода.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Целесообразно назначение заместительной терапии левотироксином натрия** (в дозе около 2 мкг/кг массы тела) с целевым показателем концентрации ТТГ 0,1–2,5 мЕд/л. Контролировать содержание ТТГ в крови во время беременности необходимо 1 раз в 6–8 нед. Женщинам, которые получили лечение по поводу ВДРЩЖ, не противопоказано грудное вскармливание.

6. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи в рамках клинической апробации, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» организуется и оказывается:

- 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 2) в соответствии с порядком оказания помощи по профилю «онкология», обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- 3) на основе настоящих клинических рекомендаций;
- 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом и иными врачами-специалистами в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении, поликлиническом отделении онкологического диспансера.

При подозрении на РЩЖ или выявлении его у пациента врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют больного на консультацию в центр амбулаторной онкологической помощи либо в первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Консультация в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении медицинской организации должна быть проведена не позднее 5 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию. Врач-онколог центра амбулаторной онкологической помощи (в случае отсутствия центра амбулаторной онкологической помощи – врач-онколог первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения) организует взятие биопсийного (операционного) материала, выполнение иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания.

В случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован центр амбулаторной онкологической помощи (первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение), биопсийного (операционного) материала, проведения иных диагностических исследований пациент направляется лечащим врачом в онкологический диспансер или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.

Срок выполнения патологоанатомических исследований, необходимых для гистологической верификации злокачественных новообразований ЩЖ, не должен превышать 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного (операционного) материала в патологоанатомическое бюро (отделение).

При подозрении на РЩЖ или выявлении его в ходе оказания скорой медицинской помощи больного переводят или направляют в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого лечения.

Врач-онколог центра амбулаторной онкологической помощи (первичного онкологического кабинета, первичного онкологического отделения) направляет больного в онкологический диспансер или в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания, врачом-онкологом центра амбулаторной онкологической помощи, первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения) и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать сроков, установленных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-онкологами, врачами-радиотерапевтами в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, имеющих лицензию, необходимую материально-техническую базу, сертифицированных специалистов, в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний, которые требуют использования специальных методов и сложных уникальных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, тактика медицинского обследования и лечения устанавливается консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию больного.

Показания для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилю «онкология», определяются консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов с привлечением при необходимости других врачей-специалистов.

Показаниями для госпитализации в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме являются:

1. наличие осложнений онкологического заболевания, требующих оказания пациенту специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;
2. наличие осложнений лечения (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, лекарственная терапия и т. д.) онкологического заболевания.

Показаниями для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме являются:

1. необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара;
2. наличие показаний к специализированному противоопухолевому лечению (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, в том числе контактная, дистанционная и другие виды лучевой терапии, лекарственная терапия, РИТ и др.), требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара.

Показаниями к выписке пациента из медицинской организации являются:

1. завершение курса лечения или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;
2. отказ больного или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь, при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;
3. несоблюдение пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих;
4. необходимость перевода больного в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи.

Заключение о целесообразности перевода больного в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или после предварительного осмотра больного врачами-специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, ВЛИЯЮЩАЯ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Факторы, влияющие на исход РЩЖ:

- распространенность опухолевого процесса;
- локализация метастатических очагов;
- способность опухоли и метастазов накапливать радиоактивный йод

Список литературы

1. Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C., et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2016;(26):1–133. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26462967>.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., А.О. Шахзадова, Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2022. илл. 252 с.
3. Решетов И.В., Романчишен А.Ф., Гостимский А.В. и др. Рак щитовидной железы. Руководство для врачей. М: «ГЭОТАР–Медиа». 2020. илл. 128 с.
4. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Румянцев П.О. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению высокодифференцированного рака щитовидной железы у взрослых. *Эндокринная хирургия*. 2017;1(11):6–27.

5. Rinaldi S., Plummer M., Biessy C. et al. Thyroid-stimulating hormone, thyroglobulin, and thyroid hormones and risk of differentiated thyroid carcinoma: the EPIC study. *J Natl Cancer Inst* 2014;106:dju097. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24824312>.
6. Alexander E.K., Cooper D. The importance, and important limitations, of ultrasound imaging for evaluating thyroid nodules. *JAMA Intern Med* 2013;173:1796–97. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23979653>.
7. Friedrich-Rust M., Meyer G., Dauth N. et al. Interobserver agreement of Thyroid Imaging Reporting and Data System (TIRADS) and strain elastography for the assessment of thyroid nodules. *PLoS One* 2013;8:e77927. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24205031>.
8. Trimboli P., D'Aurizio F., Tozzoli R., Giovanella L. Measurement of thyroglobulin, calcitonin, and PTH in FNA washout fluids. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*. 2017;55(7).
9. Cibas E.S., Ali S.Z. The 2017 Bethesda System For Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid* 2017;27:1341–46. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29091573>.
10. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). *Thyroid Carcinoma. Version 2.2023*.
11. Matsuzaki K., Sugino K., Masudo K. et al. Thyroid lobectomy for papillary thyroid cancer: long-term follow-up study of 1,088 cases. *World J Surg* 2014;38:68–79. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24081532>.
12. Francis G., Waguespack S., Bauer A., et al. American Thyroid Association Guidelines Task Force Management guidelines for children with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2015;25(7):716–59. doi: 10.1089/thy.2014.0460
13. Шуринов А.Ю., Крылов В.В., Бородавина Е.В. Радиойодоблация при раке щитовидной железы. Исторические и современные аспекты. Обзор литературы. *Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия*. 2021;4(4):9–19. <https://doi.org/10.37174/2587-7593-2021-4-4-9-19>
14. Filetti S., Durante C., Hartl D. et al. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2019;30(12):1856–1883. doi: 10.1093/annonc/mdz400.
15. Vrachimis A., Riemann B., Mäder U., et al. Endogenous TSH levels at the time of 131I ablation do not influence ablation success, recurrence-free survival or differentiated thyroid cancer-related mortality. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2016;43(2):224–231. doi: 10.1007/s00259-015-3223-2.
16. Gulec S., Ahuja S., Bernet V., et al. A Joint Statement from the American Thyroid Association, the European Association of Nuclear Medicine, the European Thyroid Association, the Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging on Current Diagnostic and Therapeutic Approaches in the Management of Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2021;31(7):1009–1019. doi: 10.1089/thy.2020.0826.
17. Kwak D., Ha J., Won Y. et al. Effects of thyroid-stimulating hormone suppression after thyroidectomy for thyroid cancer on bone mineral density in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2021;11:e043007. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33986046>.

Приложение 1. Состав рабочей группы

1. **Решетов Игорь Владимирович**, д.м.н., академик РАН, Директор Института кластерной онкологии имени профессора Л.Л. Левшина Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова, президент Общероссийской Федерации специалистов по лечению заболеваний головы и шеи
2. **Романчишен Анатолий Филиппович**, д.м.н. профессор Санкт-Петербургского государственного университета
3. **Вабалайте Кристина Викторовна**, д.м.н. профессор Санкт-Петербургского государственного университета
4. **Кульбакин Денис Евгеньевич**, д.м.н., старший научный сотрудник, врач высшей категории отделения опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского НИМЦ
5. **Никифорович Петр Алексеевич**, заместитель главного врача по координации онкологической службы ФГБУ "НИИЦ эндокринологии" Минздрава России
6. **Раджабова Замира Ахмедовна**, д.м.н., заведующая хирургическим отделением опухолей головы и шеи ФГБУ «НИИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
7. **Ромашенко Павел Николаевич**, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, начальник кафедры и клиники факультетской хирургии им. С.П. Федорова ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ
8. **Чойнзонов Евгений Лхаматренович**, д.м.н., академик РАН, директор НИИ онкологии Томского НИМЦ, заведующий отделением опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского НИМЦ, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

Приложение 2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-онкологи;
2. Врачи-хирурги;
3. Врачи-эндокринологи;
4. Врачи-радиологи;
5. Врачи общей практики.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

Уровень достоверности доказательств	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

Уровень достоверности доказательств	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай–контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

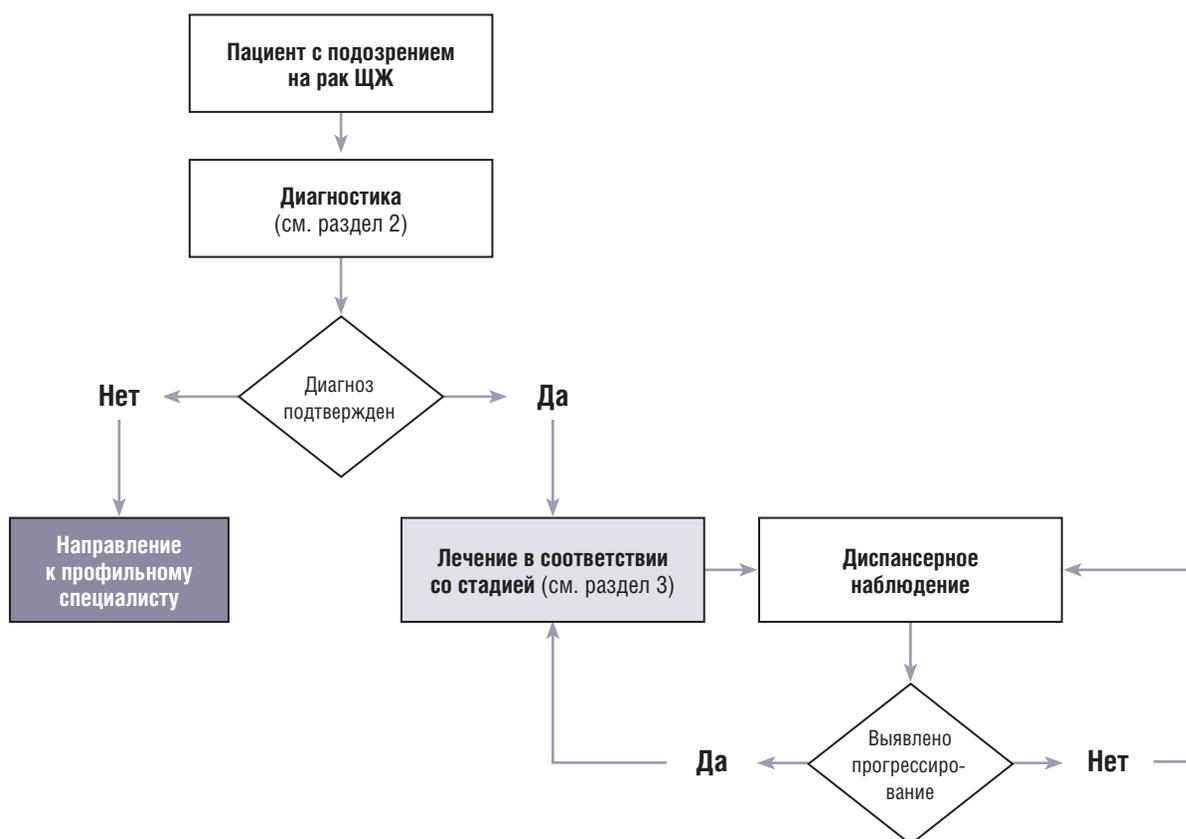
Уровень убедительности рекомендаций	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными))

Порядок обновления консенсуса. Механизм обновления консенсуса предусматривает его систематическую актуализацию – не реже чем 1 раз в 3 года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, при наличии обоснованных дополнений/ замечаний к ранее утвержденному, но не чаще 1 раза в 6 мес.

Приложение 3. Связанные документы

1. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Мельниченко Г.А. и др. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению (много)узлового зоба у взрослых (2015 г.). Эндокринная хирургия. 2016;(1):5–12.
2. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Румянцев П.О. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению высокодифференцированного РЩЖ у взрослых, 2017 г. Эндокринная хирургия 2017;11(1):6–27. DOI: 10.14341/serg201716-27.

Приложение 4. Алгоритмы ведения пациента



Приложение 5. Информация для пациентов

1. Послеоперационный прием препаратов левотироксина натрия** в качестве заместительной терапии не оказывает отрицательного влияния на качество жизни.
2. Беременность не приводит к прогрессированию РЩЖ.
3. РЩЖ не является показанием для прерывания беременности.
4. После лечения радиоактивным йодом беременность не рекомендуется планировать в течение 6 мес.
5. Мужчинам не рекомендуется участвовать в планировании беременности в течение 120 дней после лечения радиоактивным йодом.
6. Пациенткам, получившим комплексное лечение по поводу РЩЖ, не противопоказано грудное вскармливание.
7. Подготовку к диагностике или послеоперационной терапии радиоактивным йодом можно проводить как с помощью 4-недельной отмены левотироксина натрия**, так и с помощью инъекций рекомбинантного человеческого ТТГ.