Дифференцированный рак щитовидной железы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C73, D44.0 · Российская ассоциация эндокринологов, Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

Дифференцированный рак щитовидной железы — злокачественная опухоль из фолликулярных клеток, сохраняющих признаки дифференцировки; как правило, проявляется узловым зобом. Рекомендация описывает диагностику, выбор объема операции, радиойодтерапию, супрессию ТТГ, системное лечение и динамическое наблюдение.

Главное

- Диагноз до операции основывается на цитологии пунктата щитовидной железы и, при подозрении на метастазы, пунктатов шейных лимфоузлов со смывом на тиреоглобулин; окончательная верификация выполняется по операционному материалу при патологоанатомическом исследовании.
- При узловом образовании рекомендуется оценка ТТГ и кальцитонина; предоперационный тиреоглобулин для первичной диагностики рака не используют. УУР B, УДД 3 для ТТГ; УУР C, УДД 4 для кальцитонина и отказа от предоперационного ТГ.
- Тактику определяют по цитологической категории Bethesda, размеру опухоли, экстратиреоидному распространению и метастазам: при категориях IV–VI рекомендуется хирургическое лечение, при категории III сначала повторяют пункцию. УУР C, УДД 4.
- После операции риск разделяют на низкий, промежуточный и высокий. Радиойодтерапия обычно не показана при низком риске, назначается индивидуально при промежуточном и имеет абсолютные показания при высоком риске, включая резидуальную опухоль, макроскопическую экстратиреоидную инвазию и нестимулированный ТГ более 10 нг/мл через 6–12 недель.
- Таргетную терапию при радиойодрефрактерном заболевании начинают только при доказанном структурном прогрессировании по RECIST 1.1 за последние 12 месяцев; одного роста ТГ или антител к ТГ недостаточно.
- Наблюдение строят по динамическому ответу на лечение; пациентов разделяют на группы биохимической ремиссии, биохимического рецидива, неопределенного опухолевого статуса и структурного рецидива.
- Уровни ТГ и антител к ТГ на фоне терапии левотироксином натрия послеоперационно исследуют каждые 6–12 месяцев, а в группе биохимической ремиссии — каждые 12–24 месяца.
- После операции УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез, а также лимфатических узлов шеи проводят через 6–12 месяцев в зависимости от группы риска и динамики концентрации ТГ.
- Ведение высокодифференцированного рака, особенно при распространенном или агрессивном процессе, должно проходить в специализированном учреждении с необходимыми диагностическими и лечебными возможностями.

Диагностика

1. Собрать семейный и личный онкологический анамнез, уточнить облучение головы и шеи, дисфагию, дисфонию, ранее выполненные операции по поводу рака и случайное выявление узла при ПЭТ с [18F]фтордезоксиглюкозой. Осмотреть контуры шеи, щитовидную железу и регионарные лимфоузлы, предварительно оценить голосовую функцию. УУР C, УДД 5.
2. При узловом образовании рекомендуется определить ТТГ и кальцитонин в крови; кальцитонин оценивают с учетом гендерной верхней границы нормы. Базальный кальцитонин более 100 пг/мл крайне подозрителен на медуллярный рак. Предоперационный тиреоглобулин не назначают как маркер рака. УУР B, УДД 3 для ТТГ; УУР C, УДД 4 для кальцитонина.
3. Выполнить УЗИ щитовидной и паращитовидных желез и регионарных лимфоузлов; оценить размер, локализацию и признаки подозрительности узла. Для выбора показаний к пункции использовать EU-TIRADS: ТАБ показана при EU-TIRADS 3 от 2,0 см, EU-TIRADS 4 от 1,5 см и EU-TIRADS 5 от 1,0 см. УУР B, УДД 2.
4. При подозрении на рак объективно оценить подвижность голосовых складок: выполнить видеоларингоскопию, а при невозможности ее проведения — УЗИ голосовых складок. УУР C, УДД 5.

5. Провести ТАБ подозрительного узла под УЗ-контролем с цитологией по Bethesda; измененные лимфоузлы II–V уровней пунктировать прицельно, дополняя исследование смыва на ТГ или кальцитонин. При узле EU-TIRADS 5 менее 1 см пункция нужна при факторах высокого риска; без таких факторов она нецелесообразна. УУР В, УДД 2 для УЗ-контроля ТАБ; УУР С, УДД 3 для пункции лимфоузлов.
6. При опухоли Т3–Т4, подозрении на выход за пределы щитовидной железы или измененных лимфоузлах по УЗИ выполнить КТ шеи и органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием. УУР С, УДД 5.
7. Окончательно подтвердить диагноз плановым патологоанатомическим исследованием операционного материала, при необходимости — с иммуногистохимическим типированием.

Лечение

- При Bethesda IV–VI выполняют хирургическое лечение; при Bethesda III сначала повторяют пункцию. Для интратиреоидной опухоли Bethesda IV–VI менее 1 см выбирают гемитиреоидэктомию, а при предпочтении пациента допустимо активное наблюдение с экспертным УЗИ один раз в полгода. УУР С, УДД 4–5.
- При опухоли Bethesda V–VI размером 1–4 см без экстратиреоидной инвазии и клинических метастазов возможны гемитиреоидэктомия или тиреоидэктомия. При размере более 4 см, выраженной экстратиреоидной инвазии, клинических регионарных или отдаленных метастазах первичным объемом служит тиреоидэктомия с максимальным удалением опухолевой ткани. УУР С, УДД 4–5.
- Центральную лимфодиссекцию выполняют при подозрении на метастазы в VI зоне; профилактическую центральную лимфодиссекцию рекомендуют при Т3–Т4 или дооперационно подтвержденных метастазах в боковой клетчатке шеи. Лимфодиссекция II–V уровней показана только при доказанном метастатическом поражении. УУР С, УДД 5.
- Перед радиойодтерапией без тиротропина альфа отменяют левотироксин на 3–4 недели и проводят двухнедельную диету с низким содержанием йода; для стандартной РЙТ нужен ТТГ более 30 мЕд/л, а при радиойодаблации у пациентов низкого риска — более 10 мЕд/л. После рентгеноконтрастного исследования натрия йодид [131I] не назначают 2 месяца. УУР С, УДД 5.
- Активность [131I] составляет 30–80 мКи при радиойодаблации, 30–150 мКи при промежуточном и высоком риске, а при отдаленных метастазах или нерезектабельном локорегионарном рецидиве — 100–200 мКи. При активности более 120 мКи рекомендуется биодозиметрия, при суммарной активности более 1000 мКи — оценка риска отдаленных нежелательных явлений и миелосупрессии. УУР С, УДД 3–5.
- Цели ТТГ при левотироксине: менее 0,1 мЕд/л при супрессивной терапии, 0,1–0,5 мЕд/л при мягкой супрессии и 0,4–4,0 мЕд/л при заместительной терапии. При низком риске и биохимической ремиссии используют заместительную терапию; при промежуточном риске, биохимическом рецидиве или неопределенном статусе — супрессивную, а при высоком риске и структурном рецидиве — супрессивную, кроме пациентов с фибрилляцией предсердий, которым нужна мягкая супрессия. УУР С, УДД 5.
- При радиойодрефрактерном прогрессирующем заболевании применяют ленватиниб 24 мг/сут внутрь до прогрессирования или неприемлемой токсичности; альтернативно — сорафениб 400 мг 2 раза в сутки. При прогрессировании на ленватинибе и/или сорафенибе используют кабозантиниб 60 мг/сут; он применяется со второй или последующей линии. УУР А, УДД 2.
- При метастазах в костях назначают золедроновую кислоту 4 мг внутривенно один раз в 28 дней или деносумаб 120 мг подкожно один раз в 28 дней. УУР С, УДД 5.
- Самарий-153 оксабифор применяют при подтвержденных костных метастазах числом не менее 3, без симптомов сдавления спинного мозга, с интервалом 3–6 месяцев и активностью 0,5–1,0 мКи/кг. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении онкологического заболевания направить пациента в центр амбулаторной онкологической помощи или первичный онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней после направления.
- Солидный гипоэхогенный узел, увеличивающийся более чем на 1 см в месяц, особенно при нарушении дыхания, голоса или глотания, требует максимально быстрой маршрутизации в специализированный центр для биопсии. УУР С, УДД 5.

- При установленном анапластическом раке нужна срочная маршрутизация в специализированный центр с возможностями генетического тестирования, таргетной терапии и хирургического лечения; лечение в онкологическом учреждении общего профиля не рекомендовано. УУР С, УДД 5.
- Экстренная или неотложная госпитализация показана при осложнениях опухоли или лечения, требующих специализированной помощи. Плановая госпитализация нужна для сложных интервенционных диагностических вмешательств и противоопухолевого лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.

Частые вопросы

Нужно ли назначать тиреоглобулин до операции при узле щитовидной железы?

Нет. На первичном этапе ТГ не является маркером рака щитовидной железы и для этой цели не рекомендован. Кальцитонин, напротив, исследуют для исключения медуллярного рака.

Когда выполнять ТАБ узла по EU-TIRADS?

Пункция показана при EU-TIRADS 3 от 2,0 см, EU-TIRADS 4 от 1,5 см и EU-TIRADS 5 от 1,0 см. Узлы менее 1 см пунктируют при факторах высокого риска, включая увеличенные лимфоузлы, облучение головы и шеи, повышенный кальцитонин или паралич голосовой складки.

Как подготовить пациента к радиойодтерапии и какие активности [131I] использовать?

Без тиротропина альфа левотироксин отменяют на 3–4 недели, проводят двухнедельную низкойодную диету и добиваются ТТГ более 30 мЕд/л; для радиойодаблации у низкорисковых пациентов достаточно ТТГ более 10 мЕд/л. Активность составляет 30–80 мКи при аблации, 30–150 мКи при промежуточном и высоком риске и 100–200 мКи при отдаленных метастазах или нерезектабельном рецидиве.

Когда начинать таргетную терапию при радиойодрефрактерном раке?

Требуются неэффективность РЙТ и доказанное структурное прогрессирование по RECIST 1.1 за последние 12 месяцев; повышение ТГ или антител к ТГ без структурного прогрессирования недостаточно. Ленватиниб назначают в дозе 24 мг/сут, сорафениб — 400 мг 2 раза в сутки, кабозантиниб — 60 мг/сут после прогрессирования на ленватинибе и/или сорафенибе.

Является ли рак щитовидной железы показанием к прерыванию беременности?

Нет, выявление высокодифференцированного рака не требует прерывания беременности. При раннем выявлении проводят динамическое УЗИ один раз в месяц; при прогрессировании опухоли или появлении измененных лимфоузлов операцию выполняют во II триместре до 24-й недели. УУР С, УДД 5.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/329-differencirovannyj-rak-shchitovidnoj-zhelezy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/329_2