Рак щитовидной железы

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C73 · Российское общество детских онкологов и гематологов

Рак щитовидной железы — злокачественная опухоль из железистого эпителия щитовидной железы. У детей и подростков заболевание часто протекает агрессивнее, поэтому ключевые этапы ведения — раннее выявление, цитологическая и гистологическая верификация, стадирование, радикальная хирургия и пожизненное наблюдение.

Главное

- У детей заболевание чаще выявляется в виде узла или увеличенных шейных лимфоузлов; возможны осиплость, затруднение дыхания и глотания. Метастазы в лимфоузлы могут быть первым проявлением опухоли.
- Факторы риска узловых образований и РЩЖ у детей: дефицит йода, облучение головы и шеи, семейные случаи заболеваний щитовидной железы и генетические синдромы. Особое внимание нужно уделять пациентам, ранее получавшим лучевую терапию на область шеи.
- Папиллярный рак у детей составляет 70–99% случаев РЩЖ и часто сопровождается метастазами в регионарные лимфоузлы; отдалённые метастазы обычно локализуются в лёгких.
- Клиническую и патологоанатомическую стадии определяют по TNM. У пациентов младше 45 лет с дифференцированным РЩЖ стадия I соответствует M0, а стадия II — наличию отдалённых метастазов M1.
- Хирургическое лечение у детей проводят в специализированных стационарах мультидисциплинарной командой; при возможности используют интраоперационный нейромониторинг (УУР С, УДД 5).
- После операции требуется пожизненное наблюдение онкологом и эндокринологом. В первый год контроль проводят каждые 3 месяца, в течение последующих пяти лет — не реже одного раза в 6 месяцев, далее — не реже одного раза в год.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: время появления и скорость роста образования на шее, изменение голоса, кашель, нарушение дыхания или глотания, случаи РЩЖ и внезапной смерти у родственников, предшествующее облучение и признаки эндокринной патологии. При подозрении направить на первичный осмотр к детскому онкологу и детскому эндокринологу (УУР С, УДД 5).
2. Выполнить осмотр, оценить рост, массу тела и физическое развитие, пальпировать щитовидную железу и лимфоузлы шеи, обследовать брюшную полость и провести аускультацию лёгких. Отдельно оценить голос, дыхание, глотание и одышку (УУР С, УДД 5).
3. Назначить общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ТТГ, свободный Т4, тиреоглобулин, антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину; кальцитонин — при наличии узлов, подлежащих ТАБ, а также при подозрении на медуллярный рак. При подозрении на МРЩЖ исследовать базальный и стимулированный кальцитонин (УУР С, УДД 4).
4. Провести УЗИ щитовидной и паращитовидных желез, лимфоузлов шеи, органов брюшной полости и забрюшинного пространства. При МРЩЖ обязательно оценить надпочечники; КТ органов грудной полости выполняют с толщиной шага 1 мм для поиска лёгочных метастазов (УУР С, УДД 5).
5. Выполнить ТПАБ подозрительного образования щитовидной железы независимо от его размера с цитологическим исследованием; при подозрении на метастаз — пункцию лимфоузла под УЗ-контролем с определением тиреоглобулина или кальцитонина в смыве из иглы. ТПАБ узла для цитологической верификации имеет УУР А, УДД 1.
6. Перед операцией выполнить ларингоскопию. При подозрении на врастание в трахею или пищевод, загрудинном расположении опухоли либо поражении верхних медиастинальных лимфоузлов дополнить обследование КТ и/или МРТ шеи с контрастированием (УУР С, УДД 5).
7. При подозрении на наследственную форму заболевания, а также всем пациентам с МРЩЖ рекомендованы консультация врача-генетика и молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене RET (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Основной метод лечения у детей — хирургический. Операцию выполняют радикально, но с максимальным сохранением жизненно важных структур; всем пациентам рекомендуют интраоперационный нейромониторинг (УУР С, УДД 5).
- Минимальный объём операции — гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка. При солитарной папиллярной карциноме T1a–T1b N0–N1a с не более чем тремя микрометастазами и M0 выполняют экстрафасциальную гемитиреоидэктомию с удалением перешейка и центральных лимфоузлов VI уровня; при N1b — тиреоидэктомию с боковой лимфодиссекцией.
- При папиллярном раке у детей до пубертата выполняют тиреоидэктомию, кроме случаев T1aN0M0. При любой другой распространённости дифференцированного РЩЖ выполняют тиреоидэктомию с удалением лимфоузлов центральной зоны шеи; при боковых метастазах добавляют лимфодиссекцию II–VI уровней.
- При фолликулярном раке без признаков инвазии по данным предоперационного УЗИ на стадиях T1–T3a N0M0 выполняют гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка. Лимфоузлы и клетчатку шеи при ФРЩЖ удаляют только при доказанном метастатическом поражении (УУР С, УДД 4).
- При медуллярном раке стандартом для детей и подростков является тиреоидэктомия любого размера с центральной, а при показаниях — боковой лимфодиссекцией. При неоперабельном МРЩЖ проводят лучевую терапию: СОД 60 Гр на первичный очаг и 40 Гр на зоны регионарных метастазов (УУР С, УДД 5).
- Радиойодтерапию после тиреоидэктомии или близкой к ней операции проводят детям с дифференцированным РЩЖ промежуточного и высокого риска; предпочтительный срок — до 6 месяцев после операции. Послеоперационная активность натрия йодида [131I] составляет 30–100 мКи, при последующих курсах — 100–200 мКи, редко до 300 мКи (УУР С, УДД 4).
- Перед радиойодтерапией добиваются ТТГ >30 мМЕ/л: левотироксин отменяют за 2 недели, соблюдают йод-ограниченную диету до 2 недель и избегают йодсодержащего контраста 2–3 месяца. После приёма [131I] супрессивную терапию левотироксином начинают на 3-й день в дозе 2,5–3 мкг/кг утром минимум за час до еды.
- При радиойодрефрактерном прогрессирующем неоперабельном или метастатическом дифференцированном РЩЖ после решения онкологического консилиума применяют ленватиниб 14 мг/сут внутрь до прогрессирования или неприемлемой токсичности (УУР С, УДД 4). При неоперабельном МРЩЖ с отдалёнными метастазами возможно паллиативное лечение вандетанибом 100–300 мг/м²/сут непрерывно (УУР С, УДД 4).

Когда направить и как наблюдать

- Ребёнка с подозрением на узловое поражение щитовидной железы направляют в специализированную медицинскую организацию — эндокринологический или детский онкологический центр.
- Хирургическое лечение проводят только в профильном детском онкологическом или специализированном эндокринологическом учреждении с полным предоперационным стадированием, возможностью интраоперационного гистологического исследования и мультидисциплинарной командой.
- Госпитализация нужна для биопсии, операции, лучевой или лекарственной терапии, коррекции осложнений, требующей стационара, а также для манипуляций под общей анестезией.
- При завершении этапа терапии или всего лечения пациент может быть выписан при стабильном удовлетворительном соматическом статусе; при инкурабельности возможен перевод под наблюдение паллиативной службы или в хоспис.

Частые вопросы

Как обычно проявляется рак щитовидной железы у ребёнка?

Чаще выявляются деформация или асимметрия шеи, узел в щитовидной железе либо увеличенные шейные лимфоузлы. При местно-распространённом процессе возможны осиплость, затруднение дыхания и глотания.

Нужно ли выполнять ТПАБ при небольшом узле?

При подозрении на злокачественное образование щитовидной железы ТПАБ выполняют независимо от размера узла; материал исследуют цитологически. При подозрении на поражение лимфоузла дополнительно определяют тиреоглобулин или кальцитонин в смыве из иглы.

Когда ребёнку с дифференцированным РЩЖ нужна радиойодтерапия?

После тиреоидэктомии или близкой по объёму операции РЙТ проводят пациентам промежуточной и высокой группы риска прогрессирования. Рекомендуемый срок — до 6 месяцев после операции; послеоперационная активность составляет 30–100 мКи.

Какие цели ТТГ используют после лечения дифференцированного РЩЖ?

При высокой группе риска и структурном рецидиве целевой ТТГ — менее 0,1 мЕд/л; при промежуточном риске — 0,1–0,5 мЕд/л. При низком риске, биохимической ремиссии, медуллярном и анапластическом раке используют заместительный диапазон 0,5–2 мЕд/л.

Что делать при выявлении герминальной мутации RET у ребёнка?

Нужны медико-генетическое консультирование и обсуждение профилактической тиреоидэктомии. Срок зависит от мутации и классификации риска: в таблице клинического риска для высокого риска указан возраст 1–6 месяцев, для среднего — до 5 лет, для низкого — 5–10 лет; в рекомендациях ATA для самого высокого риска тиреоидэктомию проводят в первый год жизни, для высокого риска — в 5 лет и ранее.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/74-rak-shchitovidnoj-zhelezy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/74_2