

МИКРОКАРЦИНОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ОБЗОР

Узлы в щитовидной железе встречаются часто. Практически у каждого человека на протяжении его жизни к возрасту 65 лет образуются маленькие узелки в щитовидной железе (размером менее 1 см), которые можно обнаружить с помощью ультразвукового метода исследования. В большинстве случаев эти узелки не требуют проведения какого-либо дополнительного обследования. Узелки размером менее 5-6 мм практически никогда не требуют дополнительного врачебного внимания. Узелки размером 7-10 мм иногда обладают определенными подозрительными характеристиками, которые требуют диагностического уточнения путем проведения пункционной биопсии (тонкоигольная аспирационная биопсия). Микрокарциномы – это рак щитовидной железы размером менее 1 см. Микрокарциномы, как правило, представляют собой папиллярный рак щитовидной железы – наиболее распространенный тип рака щитовидной железы. Среди специалистов по онкологическим заболеваниям щитовидной железы ведется много споров о том, как из способов лечения этих маленьких форм рака является наиболее оптимальным.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ КАСАТЕЛЬНО МИКРОКАРЦИНОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЧТО ТАКОЕ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА?

Щитовидная железа – это эндокринная железа, по своей форме напоминающая бабочку, и в норме расположенная в переднем нижнем отделе шеи. Задача щитовидной железы заключается в синтезе гормонов щитовидной железы, которые секретируются в кровоток, а затем разносятся кровью по всем тканям организма. Гормоны щитовидной железы помогают организму использовать энергию, поддерживать температуру тела, а также способствуют нормальному функционированию головного мозга, сердца, мышц и других органов.

НЕКОТОРЫЕ ЧИСЛОВЫЕ ДАННЫЕ

Микрокарциномы (менее 1 см) очень распространены и могут встречаться у 1 из 10 взрослых жителей Соединенных Штатов Америки. Большинство пациентов не знают об их наличии, так микрокарциномы не вызывают никаких симптомов. В большинстве случаев микрокарциномы обнаруживаются случайно, как правило, по результатам диагностических визуализационных обследований области шеи, которые выполняют по другим несвязанным причинам. Прогноз для пациентов при этих маленьких онкологических новообразованиях довольно хороший, но независимо от того, насколько маленькой может быть раковая опухоль, слово «рак» может сильно испугать. Следует отметить следующее:

- Существует 10% риск роста опухоли примерно на 3 мм в течение 10 лет – это означает, что около 90% мелких раковых опухолей щитовидной железы не увеличиваются в размерах.
- Существует 4% риск распространения опухоли в лимфатические узлы вокруг щитовидной железы в течение периода 10 лет – это означает, что примерно 96% микрокарцином не распространяется.
- Поскольку в подавляющее большинство микрокарциномы щитовидной железы не будут вызывать каких-либо рисков в отношении здоровья пациента на

протяжении всей его жизни, врачи считают, что существует два правильных подхода к лечению этих опухолей: хирургическое иссечение или активное наблюдение.

- Риск умереть от небольшой раковой опухоли щитовидной железы чрезвычайно мал (менее 1 на 1000 человек).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Операция по поводу папиллярных микрокарцином щитовидной железы обычно заключается в удалении доли щитовидной железы, в которой содержится микрокарцинома. Лимфатические узлы вокруг щитовидной железы обычно не удаляются, если они не выглядят увеличенными и в них не выявлено ничего подозрительного по результатам УЗИ шеи или при визуальной оценке во время операции. В отличие от более агрессивных видов рака щитовидной железы, после операции удаления папиллярных микрокарцином, как правило, нет необходимости в применении радиоактивного йода.

Выживаемость после операции по поводу папиллярной микрокарциномы щитовидной железы составляет более 99%. Вероятность рецидива рака щитовидной железы после операции составляет 2-4%. При развитии рецидива опухолевый рост обычно происходит в другой доле щитовидной железы или в лимфатических узлах средней области шеи (вокруг щитовидной железы). Это означает, что эти лимфатические узлы были слишком малы, чтобы хирург их заметил и удалил во время первоначальной операции. Эти лимфатические узлы со временем могут увеличиваться, или же не увеличиваться, и если происходит их увеличение, то они растут очень медленно. Вероятность распространения микрокарциномы щитовидной железы в отдаленные участки тела за пределами области шеи составляет менее 1%.

Несмотря на то, что хирургическое вмешательство по поводу микрокарцином в руках опытных хирургов является абсолютно безопасным, встречаются все же и осложнения, о которых всегда необходимо помнить. Как и в случае любого хирургического вмешательства, операции на щитовидной железе также сопровождаются типичными операционными рисками, включая кровотечение, инфекцию и проблемы с анестезией. В дополнение к этим рискам, после операции на щитовидной железе обычно остается 1-2-дюймовый рубец у основания шеи, который у разных людей заживает по-разному. Два основных значимых осложнения, которые являются специфичными для *операций на щитовидной железе*, это нарушения голоса и низкий уровень кальция. Оба этих осложнения могут иметь как временный, так и стойкий характер. Но в руках опытного хирурга, специализирующегося в операциях на щитовидной железе, стойкие изменения возникают крайне редко.

Другими факторами, которые необходимо учесть, прежде чем отдать предпочтение хирургическому методу лечения, являются длительность восстановления после операции и необходимость последующего наблюдения. Обычно длительность периода восстановления после операции на щитовидной железе составляет от 5 до 7 дней. Некоторые пациенты не чувствуют себя достаточно хорошо вплоть до 8 недель после операции. Этот период восстановления в значительной степени обусловлен необходимостью определить потребность в заместительной терапии гормонами щитовидной железы после операции и, если потребуется, то и необходимостью корректировки дозы препарата на основе гормона щитовидной железы. Приблизительно у половины пациентов, которым удалили половину щитовидной железы, потребуется поддерживающая терапия гормонами щитовидной железы, в то время как после

удаления всей щитовидной железы пациентам потребуется постоянный прием таблеток на основе гормона щитовидной железы.

Большинство людей чувствует себя одинаково как со щитовидной железой, так и без нее. Некоторым пациентам приходится подбирать дозы гормонов щитовидной железы, пока они не начнут себя достаточно хорошо чувствовать. Небольшое число пациентов продолжает жаловаться на увеличение веса, нарушения со стороны энергетического обмена и эмоциональной сферы, а также на снижение когнитивных функций, даже когда уровень гормонов щитовидной железы в их организме находится в нормальном диапазоне.

После операции на щитовидной железе пациенты должны находиться под наблюдением на протяжении всей жизни. В рамках наблюдения необходимо выполнять ежегодные анализы крови, чтобы убедиться, что уровень гормонов щитовидной железы находится в нормальном диапазоне, а также каждые 5 лет необходимо выполнять ультразвуковое исследование области щитовидной железы.

АКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Не во всех случаях после выявления требуется удалять микрокарциномы щитовидной железы. Последние данные свидетельствуют о том, что в 5%-10% случаев в течение периода 10 лет микрокарцинома щитовидной железы может расти или распространяться в близлежащие лимфатические узлы. До настоящего времени не было зарегистрировано ни одного случая смертности от микрокарциномы щитовидной железы, и ни один пациент не сообщал о том, что эта злокачественная опухоль щитовидной железы распространилась на другие области тела за пределами шеи. Многие пациенты считают, что воздержание от хирургического вмешательства с учетом столь малой вероятности прогрессирования опухоли является значительным преимуществом в такой ситуации. К счастью, даже при этих 5%-10% карцином, которые растут или распространяются в периоде активного наблюдения, отсроченное хирургическое лечение позволяет полностью излечить рак щитовидной железы с таким же прекрасным прогнозом, как если бы операция была выполнена сразу после постановки диагноза.

С возрастом вероятность прогрессирования микрокарциномы щитовидной железы изменяется. У пожилых пациентов (старше 70 лет) вероятность роста или распространения рака щитовидной железы приближается примерно к 1%-2%, в то время как вероятность прогрессирования у 20-летних пациентов приближается примерно к 10%-15%. Пациентам младшего возраста требуется более длительное наблюдение, и в некоторых случаях такие пациенты могут принять решение удалить щитовидную железу на исходном этапе. Другие пациенты могут отложить операцию на удобное время, которое не помешает важным жизненным событиям, таким как выпускные, свадьбы и т. д. Хорошо известно, что гормоны и факторы роста, связанные с беременностью, могут послужить некоторым стимулом для роста узловых образований в щитовидной железе, а также раковой опухоли в щитовидной железе. Эти факторы лишь в редких случаях вызывают существенное увеличение мелких раковых узловых в щитовидной железе, и в большинстве случаев размеры опухолей вообще не изменяются за время периода беременности. Некоторые женщины, если они планируют беременность, отдают предпочтение не наблюдательной тактике, а немедленному выполнению хирургической операции. В то же время другие женщины на фоне понимания того, что беременность является крайне слабым стимулом к росту опухоли, могут отложить операцию на будущее.

Тактику активного наблюдения можно применять не во всех случаях микрокарциномы щитовидной железы. Поскольку основной потенциальный вред заключается в том, что опухоль может расти или распространяться в течение периода наблюдения, опухоли, которые находятся в критических анатомических зонах щитовидной железы - например, очень близко к возвратным гортанным нервам – лучше лечить путем хирургического удаления, поскольку любой рост опухоли может привести к нарушению голоса. Однако в большинстве случаев рост опухоли, расположенной в щитовидной железе, будет означать необходимость хирургического вмешательства на любом этапе. Чтобы обнаружить изменение размера опухоли или ее распространение на лимфатические узлы, расположенные за пределами щитовидной железы, необходимо каждые 6 месяцев в течение первых 2 лет выполнять ультразвуковое исследование щитовидной железы. Это исследование должен выполнять врач, обладающий соответствующим опытом. Позднее это исследование можно выполнять ежегодно в течение периода до 5 лет. Если в течение 5 лет роста или распространения опухоли зарегистрировано не было, в последующий период УЗИ щитовидной железы можно делать гораздо реже. В целом, пациенту, который выбирает активное наблюдение, придется совершить большее число посещений врача, чем пациенту, который выбирает операцию в качестве первоначально лечения. И пациентам, которые выбирают тактику активного наблюдения, подобно как и тем, кому выполняют немедленное хирургическое лечение, необходимо находится под врачебным наблюдением в течение всей жизни. В зависимости от типа медицинской страховки, а также от возраста пациента, стоимость наблюдательной тактики лечения может быть такой же или немного большей, чем стоимость тактики лечения с немедленным хирургическим вмешательством.

Наконец, несмотря на отсутствие физического воздействия на организм пациента при выборе тактики активного наблюдения, могут иметь место эмоциональные эффекты ввиду осознания пациентом наличия у него рака щитовидной железы, за которым необходимо наблюдение. Для некоторых пациентов этот эмоциональный груз может послужить причиной выбора немедленного хирургического лечения. Другим пациентам эти мысли не причиняют дискомфорт, и они понимают, что находятся под должным наблюдением, и что в случае каких-либо изменений в размере опухоли или изменений в лимфатических узлах шеи, они всегда смогут пройти хирургическое лечение в более позднем периоде.

РЕЗЮМЕ

Микрокарциномы щитовидной железы редко прорастают или распространяются на близлежащие лимфатические узлы в центральной области шеи. Имеющиеся в настоящее время данные позволяют предположить, что в отношении таких опухолей одинаково хорошо применима как тактика немедленного хирургического удаления, так и тактика активного наблюдения с хирургическим вмешательством (или без него) на более позднем этапе.

За период осуществления наблюдательной программы не было выявлено ни одного случая распространения малых раковых опухолей щитовидной железы за пределы шеи, и ни один пациент не умер от рака щитовидной железы в результате выбора метода активного наблюдения за микрокарциномой. Как немедленное хирургическое лечение, так и тактика активного наблюдения, в руках квалифицированных специалистов являются безопасными и эффективными методами лечения для таких пациентов. Надеемся, что информация в данной брошюре послужит поводом к дополнительному обсуждению этой проблемы с

Вашим врачом, в результате которого Вы сможете принять осознанное решение, подходящее именно Вам.