

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПАПИЛЛЯРНЫЙ И Фолликулярный)

Рак щитовидной железы возникает относительно нечасто по сравнению с другими видами рака. В Соединенных Штатах Америки согласно расчетам, в 2016 году будет диагностировано примерно 64 000 новых случаев рака щитовидной железы, соответствующий показатель для рака молочной железы составляет более 240 000 пациентов, а для рака толстого кишечника – 135 000 пациентов. Тем не менее, ежегодно от рака щитовидной железы умирает чуть менее 2000 пациентов. В 2013 году (последний год, для которого доступны статистические данные) в Соединенных Штатах Америки проживало более 630 000 пациентов, страдающих раком щитовидной железы.

Рак щитовидной железы обычно хорошо поддается лечению и часто излечивается хирургическим путем (см. брошюру «*Хирургическое лечение щитовидной железы*») и, если есть показания, путем применения радиоактивного йода (см. брошюру «*Радиоактивный йод*»). Для наиболее распространенных форм рака щитовидной железы доступны эффективные методы лечения, даже если заболевание уже достигло поздней стадии. Несмотря на то, что диагноз рака сам по себе страшен, прогноз для большинства пациентов с *папиллярным и фолликулярным раком щитовидной железы* обычно очень хороший.

Наиболее часто задаваемые вопросы касательно рака 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.

КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ ТИПЫ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Папиллярный рак щитовидной железы является наиболее часто встречающимся типом, составляя примерно 70%-80% от всех злокачественных опухолей щитовидной железы. Папиллярный рак щитовидной железы может возникать в любом возрасте. Он склонен к медленному росту и распространению в лимфатические узлы шеи. Однако, в отличие от многих других типов рака, папиллярный рак характеризуется в целом очень благоприятным прогнозом, даже в случае распространения на лимфатические узлы.

Фолликулярный рак щитовидной железы. В США доля фолликулярного рака щитовидной железы составляет примерно 10%-15% от всех злокачественных опухолей щитовидной железы. Фолликулярный рак щитовидной железы может распространяться на лимфатические узлы шеи, но значительно реже в сравнении с папиллярным раком. Также фолликулярный рак щитовидной железы в сравнении с папиллярным раком в большей степени склонен метастазировать в отдаленные органы, в частности в легкие и кости.

Папиллярный и фолликулярный рак щитовидной железы относятся к высоко дифференцированным ракам щитовидной железы (ДРЩЖ). В этой брошюре представлена информация только касательно дифференцированного рака щитовидной железы. Другие виды рака щитовидной железы, перечисленные ниже, будут рассмотрены в других брошюрах.

Медуллярный рак щитовидной железы. Медуллярный рак щитовидной железы (МРЩЖ) составляет примерно 2% от всех злокачественных опухолей щитовидной железы. Примерно 25% случаев медуллярного рака щитовидной железы представлены наследственной формой заболевания и сопровождаются также развитием других эндокринных опухолей (см. брошюру «*Медуллярный рак щитовидной железы*»). При этом в ранней диагностике медуллярного рака щитовидной железы у других членов семьи пациента, помогает тестирование на наличие генетической мутации в протоонкогене RET, что дает возможность в дальнейшем успешно выполнить у них радикальное хирургическое лечение.

Анапластический рак щитовидной железы. Анапластический рак щитовидной железы является наиболее тяжелым и агрессивным видом злокачественной опухоли данного органа. Он меньше всего реагирует на проводимое лечение. Анапластический рак щитовидной железы встречается очень редко, и выявляется менее чем у 2% пациентов, страдающих раком щитовидной железы (см. брошюру «*Анапластический рак щитовидной железы*»).

КАКОВЫ СИМПТОМЫ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Рак щитовидной железы обычно выглядит как комок или узелок в щитовидной железе, при этом он обычно не вызывает никаких симптомов (см. брошюру *Узлы в щитовидной железе*). Анализы крови, как правило, не позволяют обнаружить рак щитовидной железы, а показатели анализов крови с определением функциональных параметров щитовидной железы, таких как уровень ТТГ, обычно находятся в пределах нормы, даже при наличии рака. Обычно узлы в щитовидной железе и рак щитовидной железы обнаруживаются, когда Ваш врач обследует Вашу область шеи. Зачастую, узелки в щитовидной железе обнаруживаются случайно при проведении визуализационных обследований по другим не связанным причинам (КТ шеи, УЗИ сосудов шеи). Иногда пациенты сами находят узлы щитовидной железы, замечая комок на шее, глядя в зеркало, застегивая воротник или надевая ожерелье. Рак щитовидной железы и узелки в щитовидной железе очень редко вызывают какую-либо симптоматику. В этих случаях пациенты могут жаловаться на боль в шее, челюсти или ухе. Если узелок достаточно большой, и вызывает сдавление дыхательных путей или пищевода, это может вызвать затруднения при дыхании, глотании или вызвать «щекотание в горле». Еще реже может возникать хрипота, если рак щитовидной железы поражает нерв, который контролирует голосовые связки.

Важно помнить, что злокачественные опухоли, возникающие в узлах щитовидной железы, обычно не вызывают никаких симптомов, показатели анализов функции щитовидной железы обычно находятся в пределах нормы даже при наличии раковой опухоли, и наилучший способ найти узелок в щитовидной железе это когда Ваш врач осматривает Вашу шею при периодических профилактических осмотрах.

ЧТО ВЫЗЫВАЕТ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Рак щитовидной железы чаще встречается у людей, ранее подвергавшихся воздействию высоких доз радиации, имеющих отягощенный семейный анамнез по

раку щитовидной железы, а также у лиц старше 40 лет. Однако у большинства пациентов установить конкретную причину или причины развития рака щитовидной железы не удается.

Облучение высокими дозами, особенно в детском возрасте, увеличивает риск развития рака щитовидной железы. До 1960-х годов лечение рентгеновским облучением часто использовалось при таких состояниях, как угри, воспаление миндалин и аденоидов, увеличенные лимфатические узлы, а также для лечения увеличенной железы в грудной клетке, называемой тимусом. Позднее было обнаружено, что все эти методы лечения ассоциированы с повышенным риском развития рака щитовидной железы в более старшем возрасте. Даже лучевая терапия, используемая для лечения онкологических заболеваний, таких как болезнь Ходжкина (злокачественная опухоль лимфатических узлов) или рак молочной железы, была ассоциирована с повышенным риском развития рака щитовидной железы, при условии, что во время лечения оказывалось воздействие также на область головы, шеи или грудной клетки. Стандартное воздействие рентгеновского излучения, как, например, при стоматологических обследованиях, рентгенографии грудной клетки и маммографии, не вызывает рак щитовидной железы.

Воздействие радиации, высвобождаемой во время ядерных катастроф (авария на Чернобыльской АЭС в России в 1986 году или ядерная катастрофа в Фукусиме, Япония, в 2011 году), также связано с повышенным риском развития рака щитовидной железы, особенно у детей, подвергшихся такому воздействию. При этом рак щитовидной железы у таких лиц может развиваться через 40 лет после воздействия.

Можно защитить себя от развития рака щитовидной железы в случае ядерной катастрофы, путем приема йодид калия (см. брошюру *Ионизирующее излучение и щитовидная железа*). Йодид калия предотвращает поглощение радиоактивного йода и снижает риск развития рака щитовидной железы. Американская ассоциация по заболеваниям щитовидной железы рекомендует всем людям, проживающим в радиусе 200 миль от ядерной катастрофы, осуществлять профилактический прием йодида калия в случае ядерной аварии. Если вы живете недалеко от ядерного реактора и хотите получить больше информации о роли йодида калия, ознакомьтесь с правительственными рекомендациями по следующей ссылке: www.thyroid.org/web-links-for-importantdocuments-about-potassium-iodide/.

КАК ДИАГНОСТИРУЮТ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Диагноз рака щитовидной железы может быть выставлен по результатам тонкоигольной аспирационной биопсии материала из узла щитовидной железы, и может быть окончательно верифицирован после хирургического удаления узла (см. брошюру «*Узлы щитовидной железы*»). Несмотря на то, что узлы щитовидной железы встречаются очень часто, менее чем в 1 случае из 10 такой узел будет являться раком щитовидной железы.

КАК ЛЕЧАТ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ?

Хирургическое лечение. Основным методом лечения при всех типах рака щитовидной железы является хирургическое лечение (см. брошюру *Хирургическое лечение щитовидной железы*). Объем хирургического вмешательства при дифференцированном раке щитовидной железы (удаление

только доли, вовлеченной в раковый процесс – называется лобэктомией – или удаление всей щитовидной железой – называется тотальной тиреоидэктомией) будет зависеть от размера опухоли и от того, ограничен ли рост опухоли только щитовидной железой. Иногда результаты, полученные до операции или во время операции, как, например, данные о распространении опухоли на окружающие области или наличие явно вовлеченных лимфатических узлов, указывают на необходимость выполнения тотальной тиреоидэктомии.

У некоторых пациентов рак щитовидной железы может проникать в лимфатические узлы шеи (метастазы в лимфатические узлы). Эти лимфатические узлы могут быть удалены во время первичной операции на щитовидной железе. В других случаях, если метастазы в лимфатических узлах выявляются позже, их удаление выполняют при последующем вмешательстве. При злокачественных образованиях очень маленьких размеров (<1 см), которые ограничены только самой щитовидной железой, с вовлечением только одной доли и без признаков поражения лимфатических узлов, достаточным считается выполнение простой лобэктомии (удаление только вовлеченной доли щитовидной железы). Результаты недавних исследований также говорят о том, что в случае небольших опухолей – так называемый микропапиллярный рак щитовидной железы – можно придерживаться тактики наблюдения без хирургического вмешательства в зависимости от особенностей локализации очагов в щитовидной железе. После операции большинство пациентов должны пожизненно принимать гормон щитовидной железы (см. брошюру «*Заместительная терапия гормонами щитовидной железы*»). Часто рак щитовидной железы удается излечить с применением только хирургического метода, особенно в случаях малого размера опухоли. В случае более крупных опухолей или, если опухоль распространяется на лимфатические узлы, или если Ваш врач считает, что у Вас очень высокий риск рецидива рака, к схеме лечения после хирургического удаления щитовидной железы могут добавить метод использования радиоактивного йода.

Лечение радиоактивным йодом. (Также называется радиойодтерапия, терапия I-131). Клетки щитовидной железы и клетки дифференцированного рака щитовидной железы поглощают и концентрируют йод. Вот почему радиоактивный йод может быть использован для удаления всех оставшихся нормальных тканей щитовидной железы и, возможно, уничтожения остаточной раковой ткани щитовидной железы после хирургической тиреоидэктомии (см. брошюру *Радиоактивный йод*). Процедура по удалению остаточной ткани щитовидной железы называется радиоактивной йодной аблацией. Процедура подразумевает достижение высокой концентрации радиоактивного йода в тканях щитовидной железы, что в конечном итоге приводит к гибели клеток железы. Поскольку большинство других тканей в организме не способны эффективно поглощать или концентрировать йод, радиоактивный йод, используемый во время процедуры аблации, обычно крайне слабо или вовсе не влияет на другие ткани организма вне щитовидной железы. Однако у некоторых пациентов, которые получают большие дозы радиоактивного йода для лечения по поводу метастазов рака щитовидной железы, радиоактивный йод может воздействовать на железы, которые вырабатывают слюну, и таким образом может вызывать осложнения в виде сухости полости рта. Если необходимо применение более высоких доз радиоактивного йода, может возникать небольшой риск развития других видов злокачественных опухолей в более позднем возрасте. Этот риск очень мал и возрастает по мере увеличения дозы радиоактивного йода. Потенциальные риски, сопряженные с проводимым лечением, могут быть сведены к минимуму при

использовании наименьшей возможной дозы радиоактивного йода. Сбалансированное сопоставление потенциальных рисков и потенциальной пользы от терапии радиоактивным йодом - это важная тема, которую Вам следует обсудить с врачом, если вам показана терапия радиоактивным йодом.

Если Ваш врач рекомендует провести терапию с применением радиоактивного йода, до начала лечения у вас необходимо будет повысить уровень ТТГ (TSH). Это можно сделать одним из двух способов.

Первый - это прекращение приема гормонов щитовидной железы (левотироксина) на период 3-6 недель. Это приводит к тому, что Ваш организм естественным образом будет вырабатывать большее количество ТТГ. Это приводит к формированию гипотиреоза, который может проявляться такими симптомами, как усталость, непереносимость холода и другими, симптомами, которые могут быть существенными. Чтобы свести к минимуму симптомы гипотиреоза, Ваш врач может назначить препарат на основе Т3 гормона (Цитомел®, лиотиронин) – это лекарственная форма гормона щитовидной железы короткого действия, которую обычно принимают после отмены левотироксина до периода за 2 недели до проведения лечения радиоактивным йодом.

Другим способом необходимого повышения уровня ТТГ без прекращения приема гормонов щитовидной железы является введение ТТГ в организм. Рекомбинантный человеческий ТТГ (rhTSH, Тироген®) можно вводить путем двух инъекций за несколько дней до применения радиоактивного йода. Преимущество этого подхода заключается в том, что Вы можете продолжать прием гормона щитовидной железы и таким образом избежать возможных симптомов, связанных с гипотиреозом.

Независимо от того, развивается ли у Вас гипотиреоз (прекращение приема гормона щитовидной железы) или же Вы используете терапию рекомбинантным ТТГ, Вас также могут попросить за 1-2 недели до начала лечения перейти на диету с низким содержанием йода (см. наиболее часто задаваемые вопросы касательно диеты с низким содержанием йода), что обеспечит впоследствии более сильное поглощение радиоактивного йода, максимизируя эффект проводимого лечения.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ.

Рак щитовидной железы, который распространяется (метастазирует) за пределы области шеи, встречается редко, но при этом он может стать серьезной проблемой. Хирургический метод и радиойодтерапия остаются лучшим способом лечения таких раковых заболеваний, пока они сохраняют свою эффективность. Однако при более поздних стадиях рака или при утрате эффективности терапии радиоактивным йодом, необходимы другие варианты лечения. Дистанционная лучевая терапия позволяет точно направить сфокусированные рентгеновские лучи на область, требующую терапевтического воздействия – зачастую это местнорецидивирующая опухоль, или опухоль, распространяющаяся в кости или другие органы. Такой метод позволяет уничтожить опухолевый очаг или замедлить его рост. Раковые опухоли с более широким распространением требуют дополнительного лечения.

Расширяется арсенал препаратов, доступных для лечения рака щитовидной железы, которые превосходно зарекомендовали себя в лечении других распространенных форм рака. Эти препараты крайне редко позволяют излечить пациентов с поздними стадиями раковых опухолей, распространившихся по всему организму, но они позволяют замедлить или частично обратить вспять рост этих раковых опухолей. Эти препараты обычно назначаются опытным онкологом (специалистом по лечению злокачественных опухолей) и часто требуют проведения лечения в условиях регионального или университетского медицинского центра.

WHAT IS THE FOLLOW-UP FOR PATIENTS WITH THYROID CANCER?

Всем пациентам, перенесшим рак щитовидной железы, необходимо проводить периодические контрольные осмотры, потому что рак щитовидной железы может вернуться, иногда через несколько лет после успешного начального лечения. При таких последующих посещениях врача будет тщательно собираться анамнез и проводиться физикальный осмотр с особым вниманием к области шеи. УЗИ шеи является важным инструментом обследования области шеи и выявления узлов, комков или пораженных раком лимфатических узлов, которые могут указывать на то, что рак вернулся. Анализы крови также важны для пациентов, страдающим раком щитовидной железы. У большинства пациентов, перенесших тиреоидэктомию по поводу рака, после удаления щитовидной железы требуется проведение заместительной терапии гормоном щитовидной железы левотироксином (см. брошюру «Лечение гормонами щитовидной железы»). Доза левотироксина, назначенная Вашим врачом, будет частично зависеть от исходной степени распространенности рака щитовидной железы. После удаления опухоли на поздней стадии обычно требуются более высокие дозы левотироксина для подавления ТТГ (снижение ТТГ до уровней ниже предела диапазона нормальных значений). В случаях рака с минимальным или очень низким риском, обычно считается безопасным поддержание уровней ТТГ в пределах нормального диапазона значений. Уровень ТТГ является хорошим индикатором того, правильно ли подобрана доза левотироксина, и врач должен периодически оценивать этот показатель.

Другим важным анализом является измерение уровня тиреоглобулина (ТГ, Tg) в крови. Тиреоглобулин - это белок, вырабатываемый нормальными тканями щитовидной железы и раковыми клетками щитовидной железы, и обычно этот показатель проверяется не реже одного раза в год. После тиреоидэктомии и аблации радиоактивным йодом, когда исчезают все опухолевые клетки, уровни тиреоглобулина обычно становятся очень низкими или ниже предела обнаружения. Следовательно, повышение уровня тиреоглобулина должно вызывать опасения по поводу возможного рецидива рака. У некоторых пациентов могут быть антитела к тиреоглобулину (TgAb), которые могут затруднить оценку показателя уровня Tg, поскольку в таком случае он может быть неточным.

В дополнение к стандартным анализам крови, Ваш врач может захотеть повторить сканирование всего тела с применением йода, чтобы определить, остались ли в организме какие-либо клетки щитовидной железы. Все чаще такие методы сканирования применяются только у пациентов с высоким риском, а в остальных случаях вместо этого чаще применяют обычные методы УЗИ органов шеи и измерения тиреоглобулина, которые позволяют более точно выявить рецидив рака, особенно при сочетании применения этих методов.

КАКОЙ ПРОГНОЗ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

В целом, прогноз при дифференцированном раке щитовидной железы очень хороший, особенно у пациентов моложе 45 лет и пациентов с мелкими формами рака. Превосходный прогноз также характерен для пациентов с папиллярным раком щитовидной железы, у которых первичная опухоль ограничена щитовидной железой. Десятилетняя выживаемость у таких пациентов составляет 100%, а смерть от рака щитовидной железы в любое последующее время крайне редка. Для пациентов старше 45 лет или пациентов с более крупными или более агрессивными опухолями прогноз также остается очень хорошим, но риск рецидива рака у них выше. Прогноз может быть не таким хорошим для пациентов с более поздними стадиями злокачественных опухолей, которые не удается полностью удалить хирургическим путем или разрушить с помощью радиоактивного йода. Тем не менее, эти пациенты часто могут жить долго и чувствовать себя хорошо, несмотря на то, что они продолжают жить с раком. Важно обсудить с врачом вашу индивидуальную ситуацию и имеющийся тип рака, а также предполагаемый прогноз. При этом необходимо осуществлять пожизненный мониторинг состояния пациента, даже после успешно проведенного лечения.