

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01064&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 01064. Спостереження за пацієнтами з раком щитоподібної залози на первинній медичній допомозі після початку лікування.

Автор: Camilla Schalin-Jäntti

Редактор оригінального тексту: Hanna Pelttari

Дата останнього оновлення: 2017-08-08

## Основні положення

- Спостереження за пацієнтами з папілярним чи фолікулярним раком щитоподібної залози за умови знаходження їх у стані ремісії може відбуватись на первинній медичній допомозі впродовж 5 років після початкового лікування.
- Спостереження включає в себе вимірювання рівнів сироваткового тиреотропного гормону, вільного Т4 та тиреоглобуліну (Тg), а також ультразвукову діагностику (УЗД) для оцінки структури щитоподібної залози.
- У різних країнах настанови зі спостереження можуть мати свої особливості.

## Епідеміологія раку щитоподібної залози

- Рак щитоподібної залози спостерігається рідко, проте є найчастішим серед онкологічних захворювань ендокринної системи.
- 85–95% випадків раку щитоподібної залози складають папілярні та фолікулярні карциноми. Ці види раку мають сприятливий прогноз.

- Більшість віддалених метастазів виявляють впродовж 3 років від початку лікування. Згідно з нещодавніми фінськими дослідженнями рецидиви захворювання впродовж шістнадцятирічного спостереження виникають у 10,3% пацієнтів. Більшість рецидивів виникає впродовж 10 років. Найчастіше рак щитоподібної залози метастазує у шийні лімфовузли.

## Лікування раку щитоподібної залози [доказ] [06874][C]

- Усталене лікування включає субтотальну тиреоїдектомію з подальшою радіоїодтерапією.
- Лікування поодиноких, малих за розміром пухлин діаметром до 1 см є лише хірургічним, радіоїодтерапія у таких випадках зазвичай не показана.
- Згідно з новими клінічними настановами рутинне призначення усім пацієнтам радіоїодтерапії не проводиться. Тироксин також призначають з більшою обережністю; супресивні дози, що пригнічують синтез тиреотропного гормону, більше не рекомендуються для лікування пацієнтів низького ризику.

*Коментар експерта.* Міжнародна непатентована назва лікарського засобу тироксин - левотироксин натрію

## Призначення тироксину після лікування раку

- Пацієнти у стані ремісії повинні отримувати тироксин у дозах, що рутинно використовуються для лікування звичайного гіпотиріозу; контролюючи рівні ТТГ та вільного Т4.
- У разі резидуального раку чи підозрі на нього ріст пухлини пригнічують за допомогою додаткових доз тироксину з регулярним визначенням рівнів ТТГ та вільного Т3. Пацієнтів лікують у спеціалізованому відділенні.

## Протоколи спостереження

- Усі пацієнти спостерігаються фахівцями впродовж 5 років після початку лікування.
- Якщо пацієнт знаходиться під наглядом фахівця, дозування тироксину не має змінюватись лікарем первинної медичної допомоги.

- Через 2–5 років пацієнти, які знаходяться у стані ремісії та мають сприятливий прогноз, скеровуються для подальшого спостереження до лікаря первинної допомоги.
- Пацієнти з резидуальним раком чи підозрою на нього спостерігаються у фахівця щонайменше 10 років, а у деяких випадках — постійно. У таких пацієнтів зазвичай виявляють ріст пухлини за межі щитоподібної залози, при патогістологічному дослідженні — судинне проростання.
  - До цієї групи входять пацієнти з визначеним рівнем ТТГ-стимульованого сироваткового тиреоглобуліну, дослідження якого проводиться під час оцінки відповіді на початкове лікування. Більш того, візуалізаційні дослідження можуть свідчити щодо залишкового раку.
  - План спостереження підбирається індивідуально для кожного пацієнта, і якщо вважатиметься необхідним, визначення рівня ТТГ-стимульованого сироваткового тиреоглобуліну додають до УЗД шиї як наступний засіб. Також може бути рекомендоване сканування всього тіла.
  - Мета спостереження — утримання рівня сироваткового ТТГ нижче референтного діапазону (на рівні 0,05–0,1 мОд/л), а вільного Т3 — в її межах.
    - Однак у пацієнтів не має виникати симптомів гіпертиреозу, що негативно впливатиме на їх якість життя.
    - Часто у старших пацієнтів чи пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями існує необхідність у підтримці вищих рівнів ТТГ.
    - Тривалий субклінічний гіпертиреоз у жінок в постменопаузальному періоді може викликати остеопороз, а в усіх груп пацієнтів — фібриляцію передсердь чи гіпертрофію лівого шлуночка.
    - Згідно з теперішніми даними зниження рівнів ТТГ нижче 0,1–0,05 мОд/л немає додаткових переваг.
    - Зменшення дози тироксину відбувається не пізніше моменту, коли нагляд за пацієнтом передається лікарю первинної медичної допомоги (цільовий рівень ТТГ — приблизно 1 мОд/л).
- На первинній медичній допомозі
  - Перевірку можна легко здійснити при оновленні рецепту на тироксин.

- Моніторинг загального стану здоров'я
  - Чи є ознаки гіпертиреозу?
  - Наприклад, симптоми менопаузи можуть нагадувати гіпертиреоз. Внаслідок занадто високих доз тироксину може виникати тахікардія.
- Щорічне вимірювання рівнів сироваткового ТТГ, вільного Т4 та тиреоглобуліну.
  - ТТГ необхідно відрегулювати до рівня близько 1 мОд/л, а вільний Т4 — в межах норми.
  - Після терапії радіоактивним йодом сироватковий тиреоглобулін не має визначатись взагалі, а у пацієнтів, яким вона не проводилась — має залишатись на попередньому рівні. У випадку використання чутливого методу поріг виявлення становить — 0,2 мкг/л. Антитіла до тиреоглобуліну (як правило, не виявляються) вимірюють одночасно для забезпечення надійності тесту.
- Огляд та пальпації шиї проводиться щорічно.
- УЗД шиї зазвичай проводять кожні 2–3 роки. Після 5 років спостереження УЗД можна проводити 1 раз на 5 років.
- Якщо рівні сироваткового ТГ зросли або пальпація шиї, проведена разом із УЗД та тонкоіголковою пункційною біопсією підвищує настороженість щодо локального рецидиву чи метастазування у лімфовузлі, про це слід повідомити фахівця.

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 01081] Primary care follow-up o...]

## Джерела інформації

R1. Pelttari H. Long-term outcome of patients with low-risk papillary or follicular thyroid carcinoma. Academic dissertation. University of Helsinki, Helsinki 2012

[веб] <https://helda.helsinki.fi...>

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06874](#). Recombinant human thyrotropin (rhTSH) aided radioiodine treatment for remnant ablation in differentiated thyroid cancer .  
Дата оновлення: 2011-08-18  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Recombinant human thyrotropin (rhTSH) aided radioiodine treatment may be as effective as thyroid hormone withdrawal on iodine-131 thyroid remnant ablation and appears to decrease whole body radiation exposure.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: [ebm01064](#)    Ключ сортування: [024.037](#)    Тип: [EBM Guidelines](#)

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: [2017-08-08](#)

---

Автор(и): [Camilla Schalin-Jäntti](#)    Редактор(и): [Hanna Pelttari](#)    Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: [Kristian Lampe](#)  
Видавець: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)    Власник авторських прав: [Duodecim Medical Publications Ltd](#)

---

Навігаційні категорії

[EBM Guidelines](#)    [Endocrinology](#)    [Neoplastic diseases](#)

---

Ключові слова індексу

speciality: [Endocrinology](#)    speciality: [Neoplastic diseases](#)    [Thyroid cancer](#)    [Thyroid neoplasms](#)    [Thyroid gland](#)    [Cancer](#)  
[Thyroglobulin](#)    [Thyroxine](#)    [Follow-up](#)    [Radioiodine therapy](#)    icpc-2: [T71](#)