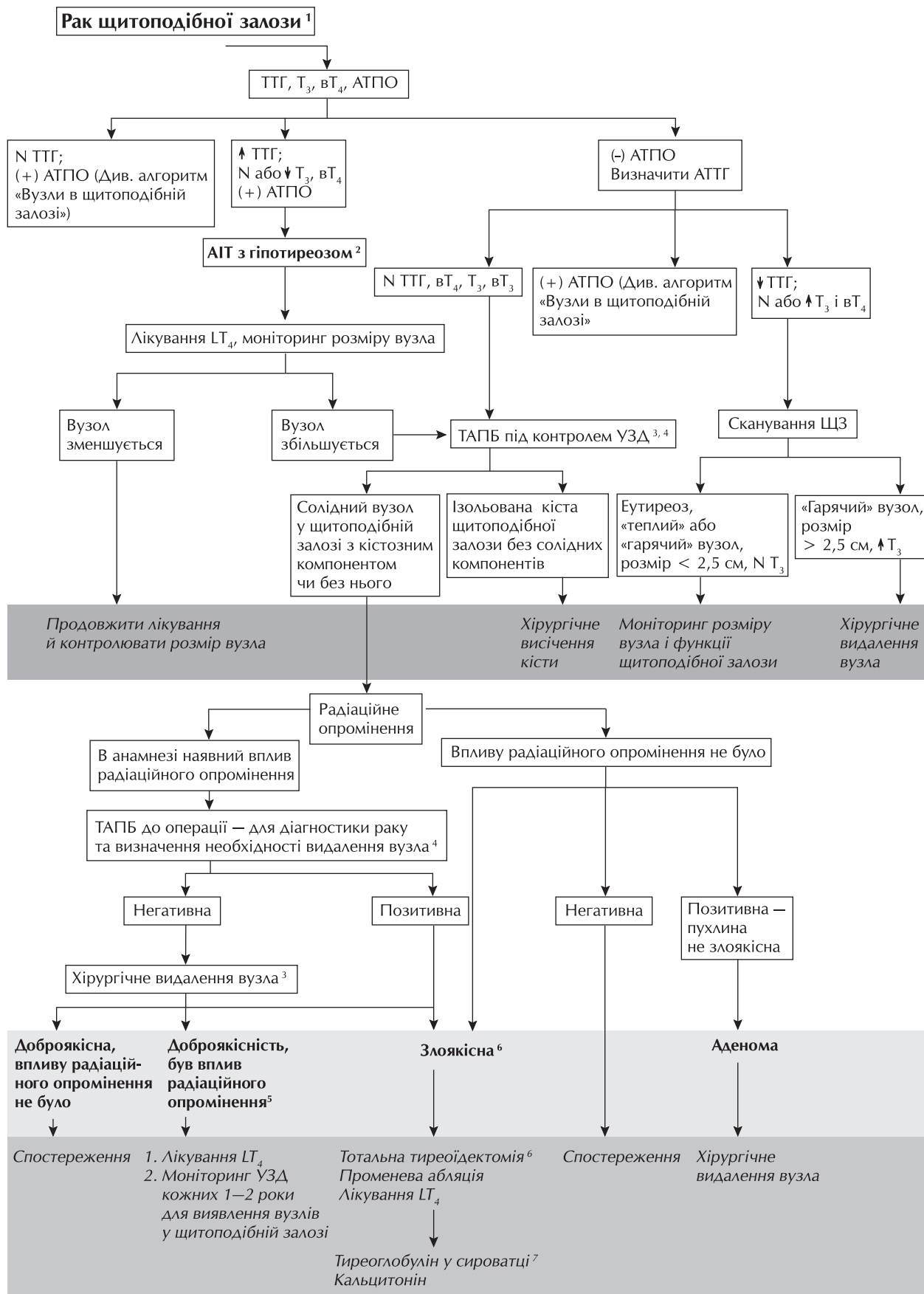


# Рак щитоподібної залози



### Примітка

1 — рак ЩЗ у дітей та підлітків зазвичай, хоч і не завжди, виявляється одиничним безсимптомним об'ємним утворенням або вузлом у ЩЗ. Рідко виявляють більше ніж один вузол, особливо в дітей, які внутрішньоутробно, у ранньому або більш старшому дитячому віці зазнавали впливу іонізаційної радіації.

Надзвичайно важливо визначити наявність сімейного анамнезу щодо раку ЩЗ, оскільки спадкові форми медулярного раку ЩЗ передаються за автосомно-домінантним механізмом спадкування; крім того, нечасто трапляються сімейні форми папілярного раку ЩЗ.

2 — вузол у ЩЗ або вузлові зміни ЩЗ можуть бути початковим виявом аутоімунного тиреоїдиту Хашимото (АІТ), і цей діагноз необхідно заперечити на підставі дослідження функції ЩЗ і визначення тиреоїдних антитіл. Однак слід пам'ятати, що у хворих з раком ЩЗ може бути низький титр тиреоїдних антитіл, але нормальні результати дослідження тиреоїдної функції.

3 — при виконанні патоморфологічного дослідження кваліфікованим фахівцем з проблем раку ЩЗ ТАПБ — дуже надійний початковий діагностичний тест у випадках, коли результати інших функціональних тестів нормальні. Оскільки ТАПБ зазвичай виконують під контролем УЗД, необхідності в окремому УЗД ЩЗ немає, тому що кісти в ЩЗ добре видно. Візуалізаційні дослідження ЩЗ можуть допомогти в диференціюванні етіології вузла, якщо аутоімунний тиреоїдит заперечений. Якщо результати функціональних досліджень ЩЗ нормальні, УЗД виконують для диференціювання простої кісти ЩЗ із солідною масою або з кістою із солідним компонентом, які під час УЗД можуть бути схожі з раком ЩЗ. Якщо результати досліджень тиреоїдної функції свідчать про гіпертиреоз, для візуалізації бажано застосувати сканування ЩЗ з  $^{99m}\text{Tc}$  або  $^{123}\text{I}$ , щоб встановити, чи вузол гіперфункціональний. Якщо результати УЗД різномірні й можуть свідчити про рак ЩЗ, показане виконання ТАПБ домінантного чи найбільшого вузла ЩЗ або вузла, що має УЗД-ознаки, не типові для простого вузла.

4 — під час оцінки вузлів ЩЗ ТАПБ дає змогу розрізнити доброякісні та злоякісні утворення. Якщо у звіті про результати ТАПБ процес характеризується як фолікулярний, до новоутворення необхідно ставитися як до злоякісного, оскільки сучасна цитологія не спроможна розрізнити доброякісні і злоякісні фолікулярні новоутворення. Аналогічно, якщо результат біопсії описаний як «підозрілий», до новоутворення також слід ставитися як до злоякісного. Така невизначеність в інтерпретації результатів цитологічного дослідження вказує на необхідність хірургічної біопсії або висічення частки залози.

Інформативним сучасним методом діагностики раку ЩЗ є цитохімічне визначення в матеріалі,

отриманому під час ТАПБ, активності ферменту дипептидил-амінопептидази IV (ДАП IV, або антиген CD26), який доцільно використовувати як маркер малігнізації. Найменша ступінь активності ДАП IV (ДАП IV — 0) у доброякісному вузлі ЩЗ. Зі збільшенням ступеня активності ризик злоякісності процесу зростає, і найбільша активність (ДАП IV — 10) свідчить про високу ймовірність злоякісного вузла ЩЗ, що потребує обов'язкового хірургічного лікування.

Якщо злоякісність новоутворення підтверджено, показана радикальна тиреоїдектомія. Звичайний план подальших дій, якщо результат біопсії описаний як «невизначений» або «неадекватна проба», полягає у виконанні повторної ТАПБ. Якщо решта даних змушує запідозрити злоякісний процес, слід виконати хірургічну біопсію. Чим більші розміри новоутворення, тим швидше слід виконати ТАПБ. Хворих, у яких результати біопсії свідчать про доброякісне новоутворення, слід ретельно спостерігати, а в разі виявлення росту новоутворення необхідно повторно виконати ТАПБ.

Результати ТАПБ розцінюють як остаточні, якщо у цитологічному висновку зазначено, що новоутворення злоякісне або підозріле на злоякісність, і такої позиції дотримуються доти, доки не з'являться точніші результати цитологічного дослідження. Перед висіченням солідного новоутворення ЩЗ, яке не накопичує радіоактивного йоду, показане виконання ТАПБ для надання хірургу даних, які допоможуть йому визначитися з характером і обсягом втручання, якщо під час біопсії пухлина виявилася злоякісною або підозрілою на злоякісність.

5 — хворих із доброякісним новоутворенням ЩЗ, які зазнали впливу іонізаційної радіації, слід лікувати  $\text{LT}_4$ , оскільки результати проведених досліджень свідчать про зниження частоти рецидиву новоутворень ЩЗ після такого лікування. Вплив іонізаційного опромінення під час лікувальних втручань або з інших джерел, наприклад, із довкілля (Чорнобиль), супроводжується підвищенням ризиком захворювань ЩЗ (тиреоїдит, доброякісні новоутворення, папілярний рак). Чим молодший вік на момент впливу радіації і чим більша доза радіації, тим вищий ризик захворювання.

6 — дітям і підліткам з діагнозом папілярного раку ЩЗ з метастазами, мультифокального папілярного раку ЩЗ, фолікулярного раку, медулярного раку слід виконати тиреоїдектомію зі збереженням або реімплантацією парашитоподібних залоз. У хворих з папілярним і фолікулярним раком ЩЗ після хірургічного видалення показана абляційна терапія радіоактивним йодом, а лікування  $\text{LT}_4$  слід титрувати під контролем рівня ТТГ, який має бути супресованим у межах 0,1—0,5 МОД/л. Також необхідно здійснювати моніторинг вмісту в сироватці тиреоглобуліну, виконуючи аналізи постійно в одній і тій самій надійній лабораторії, що має відповідний досвід і прово-

дять дослідження високоякісними методами, а також контролювати рівень ТТГ тестами третього покоління, визначати вміст в  $T_4$  для забезпечення адекватності лікування  $LT_4$  і підтримувати рівень тиреоглобуліну зниженим або невизначуваним. Підвищення рівня тиреоглобуліну в сироватці на тлі отримання хворим супресивної терапії  $LT_4$  свідчатиме про рецидив хвороби, і в таких випадках показано візуалізаційне дослідження з радіоактивним йодом після відміни лікування  $T_4$  або під час лікування синтетичним ТТГ чи тирогеном.

7 — оскільки медулярний рак ЩЗ успадковується автосомно-домінантним шляхом і відомі генетичні мутації Ret-протоонкогена, необхідно обстежувати всіх хворих з підозрою на медулярний рак. У разі позитивного результату в сиблінгів хворих, які мають цю патологію, слід провести дослідження ДНК на предмет наявності мутацій. У всіх випадках, коли виявлена мутація, показано виконання тотальної тиреоїдектомії відразу після встановлення діагнозу. Після тотальної тиреоїдектомії у хворих з медулярною карциномою необхідно здійснювати моніторинг рівня кальцитоніну в сироватці в базальному стані й після інфузії пен-

тагастрину. Залишок пухлини й ранне рецидивування можна виявити, якщо незабаром після операції рівень кальцитоніну в сироватці виявився підвищеним.

Багатоцентрові клінічні дослідження показали, що в дітей та підлітків з одиничним, добре диференційованим папілярним раком і відсутністю місцевої інвазії або метастазування пухлинного процесу можливе успішне лікування видаленням частки залози, зокрема перешийка. Цих хворих необхідно лікувати  $LT_4$  для пригнічення ТТГ або доведення його до рівня нижче нормальних меж для відповідного віку. Також необхідно здійснювати моніторинг залишкової частки ЩЗ шляхом УЗД і контролювати рівень тиреоглобуліну в сироватці. До сьогодні відсутні результати віддаленого спостереження, які б дали змогу оцінити розвиток рецидивів захворювання після такого виду лікування.

### Скорочення

АІТ — автоімунний тиреоїдит

ДАП-IV — дипептидил-амінопептидаза IV