

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рекомендуемая периодичность диспансерных приемов пациента врачом: в течение первого года - один раз в 3 месяца, в течение второго года - 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем - 1 раз в год (если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного) - приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н. Отдельно Клиническими рекомендациями для пациентов с раком щитовидной железы установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:



Осмотр врачом-онкологом позволяет определить пациента к одной из групп риска, выделяют 4 основные группы по результатам проведенного лечения: биохимическая ремиссия, биохимический рецидив, неопределённый опухолевый статус, структурный рецидив.



Планирование беременности женщинам, получившим лечение по поводу высокодифференцированного рака щитовидной железы (ВДРЩЖ) рекомендовано спустя 6-12 месяцев после радиойодтерапии (РЙТ) с целью снижения риска невынашивания беременности. Мужчинам, прошедшим лечение радиоактивным йодом, не рекомендуют участвовать в планировании беременности в течение 120 дней.



Определение тиреоглобулина (ТГ) и антител к тиреоглобулину. Послеоперационное определение ТГ и антител к ТГ на фоне терапии левотироксином натрия рекомендовано всем пациентам каждые 6-12 месяцев с целью исключения рецидива заболевания. В группе биохимической ремиссии интервал определения ТГ и антител к ТГ на фоне левотироксином натрия рекомендуется изменить до 12-24 месяцев. Интервал определения тиреотропного гормона (ТТГ) рекомендуется не более 12 месяцев для всех пациентов на фоне левотироксином натрия с целью своевременного выявления рецидива заболевания. Динамическое определение ТГ не реже 6-12 месяцев для пациентов высокого риска, структурного рецидива, биохимического рецидива, неопределённого опухолевого статуса.



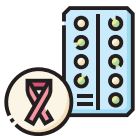
Послеоперационное ультразвуковое исследование. После оперативного лечения УЗИ шеи рекомендуется через 6-12 месяцев в зависимости от группы риска и динамики концентрации ТГ с целью выявления структурного рецидива. При выявлении при УЗИ подозрительных лимфатических узлов максимальным размером более 0,8-1 см рекомендуется прицельная тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ), которая дополняется определением ТГ в смыве из иглы с целью морфологической или биохимической верификации рецидива заболевания.



Сцинтиграфия всего тела. Сцинтиграфия костей всего тела рекомендуется через 6-12 месяцев после РИТ у пациентов групп высокого и промежуточного рисков.



Компьютерная, магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография. КТ мягких тканей шеи и органов грудной клетки рекомендуется при сомнениях в адекватной оценке распространенности заболевания при УЗИ, подозрение на прорастание трахеи, гортани, глотки, пищевода, выявления метастазов в легкие и лимфатические узлы средостения у пациентов группы высокого риска с повышенной концентрацией ТГ (более 10 нг/мл) или с виражом антител к ТГ. МРТ головного мозга, скелета, брюшной полости рекомендуется пациентам группы высокого риска с повышенной концентрации ТГ (более 10 нг/мл) при отсутствии метастазов в легкие, лимфатические узлы шеи и средостения или наличии характерных симптомов метастатического поражения органов вышеуказанных локализаций. ПЭТ всего тела рекомендуется пациентам группы высокого риска при высокой концентрации ТГ (более 10 нг/мл) и отрицательных данных сцинтиграфии всего тела с целью исключения структурного прогрессирования болезни, начального стадирования при низкодифференцированном или широко инвазивном фолликулярном РЩЖ или оценки результатов лечения при радиойодрезистентных формах ВДРЩЖ.



Целесообразно назначение заместительной терапии левотироксином натрия с целевым показателем концентрации ТТГ 0,1-2,5 мЕд/л. Контролировать содержание ТТГ в крови во время беременности необходимо 1 раз в 6-8 недель.



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС
8-800-100-81-02
звонок бесплатный

ООО «Капитал МС», лицензия ЦБ РФ ОС №3676-01
(без ограничения срока действия)

www.KAPMED.RU