

Рак, который можно **не оперировать** сразу

Активное наблюдение при низкорисковом раке щитовидной железы: что это, кому подходит и почему врачи всё чаще выбирают наблюдение вместо немедленной операции.

Если читать только одно

СУТЬ ЗА 30 СЕКУНД

Существуют маленькие раки щитовидной железы, которые **не нужно оперировать немедленно**. Вместо операции врач предлагает **активное наблюдение** — регулярный контроль по УЗИ. Это не отказ от лечения, а доказанная тактика с более чем 30-летней историей.

Если опухоль вдруг начнёт расти — операцию сделают тогда, и результат будет **таким же**, как если бы оперировали сразу. А большинству пациентов операция вообще не понадобится.

ОТКУДА ВЗЯЛАСЬ ПРОБЛЕМА

Почему раков стало «больше»

УЗИ щитовидной железы стало массовым — и врачи начали находить крошечные опухоли, которые раньше никто бы не заметил и которые не давали о себе знать всю жизнь.

Заболеваемость раком щитовидки выросла в разы. В Южной Корее, например, у женщин она поднялась с менее чем 10 до примерно **100 случаев на 100 000** к пику около 2012 года. Но вот что важно: **смертность при этом не изменилась** и осталась очень низкой — около 0,5% всех смертей от рака.

×10

рост выявления (Корея)

0,5%

доля в смертности от рака

1,7 млн

гипердиагностик за 2013–2017 (63 страны)

Этот разрыв означает простую вещь: **многие из этих опухолей никогда не угрожали бы жизни**. Их лечение приносит больше вреда и тревоги, чем пользы.

Что такое микрокарцинома

Речь о самых маленьких папиллярных раках — **микрокарциномах размером до 1 сантиметра**.

Они ведут себя на удивление спокойно: растут крайне медленно, годами остаются прежнего размера, а иногда даже уменьшаются сами по себе. Смертность от них близка к нулю. Именно поэтому к ним применим принципиально другой подход.

ЧТО ЭТО И ЧТО НЕ ЭТО

Активное наблюдение — это не «ничего не делать»

Активное наблюдение (по-английски **active surveillance**) — это **не** пассивное ожидание и не отказ от помощи. Это строгий, дисциплинированный контроль:

Регулярное УЗИ	Каждые 6 месяцев в первые 1–2 года, затем — раз в год, если всё стабильно.
Чёткие правила	Заранее известно, при каких признаках наблюдение прекращают и переходят к операции.
Операция — резерв	Её делают только если опухоль действительно начала расти или появились новые признаки.

Впервые такой подход применила больница Кума в Японии ещё в **1993 году**. С тех пор его переняли рекомендации Японии (2010), Американской тиреоидной ассоциации (2015) и многих других стран.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

Что показали 30 лет наблюдений

6,6% рост опухоли за 20 лет (Япония)	1,6% метастазы в лимфоузлы	0 смертей от рака щитовидки
--	--------------------------------------	---------------------------------------

По данным больницы Кума, за 20 лет наблюдения опухоль подросла лишь у 6–7% пациентов, метастазы в лимфоузлы появились у 1,6%, и **не было ни одной смерти** от рака щитовидной железы. Объединённый анализ примерно 2400 пациентов подтвердил: к 5 годам опухоль растёт у 5,3%, метастазы — у 1,6%.

Кому подходит, а кому — нет

Наблюдение — не для всех. Решение всегда принимает врач после оценки УЗИ и situation.

ОБЫЧНО ПОДХОДИТ

- Узел до 1 см
- В пределах железы, без прорастания
- Без метастазов в лимфоузлы
- Не агрессивный подтип по биопсии
- Старший возраст — особенно хорошо

СКОРЕЕ НЕ ПОДХОДИТ

- Прорастание за пределы железы
- Метастазы или подозрение на них
- Прилегание к трахее / нерву (задняя капсула)
- Агрессивные подтипы рака
- Молодой возраст — опухоль активнее

Интересный нюанс: **чем старше пациент, тем безопаснее наблюдение** — у пожилых опухоль прогрессирует значительно реже. У молодых она ведёт себя активнее, поэтому к ним подходят осторожнее.

КАК ЭТО УСТРОЕНО

Как именно наблюдают

Чем контролируют	УЗИ шеи — основной и достаточный метод.
Как часто	Каждые 6 месяцев первые 1–2 года, затем ежегодно.
Когда оперировать	Если опухоль выросла (обычно порог ≥ 3 мм), появились метастазы или признаки прорастания.
Защита от ошибки	Рост подтверждают на двух последовательных УЗИ — чтобы не спутать с погрешностью измерения.

ЕСЛИ ОПУХОЛЬ НАЧАЛА РАСТИ

Время не теряется

ГЛАВНОЕ ОПАСЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

«А вдруг, пока я наблюдаю, будет упущено время?» Исследования отвечают чётко: если опухоль начинает расти и приходит время операции, её результат **не отличается** от той, что сделали бы сразу — по выживаемости, рецидивам и объёму вмешательства. Отсрочка не ухудшает прогноз.

ЗАЧЕМ ВООБЩЕ ЖДАТЬ

У операции есть своя цена

Операция на щитовидной железе — не безобидная процедура. Именно поэтому, если без неё можно безопасно обойтись, врачи предпочитают обойтись.

Пожизненный гормон	При удалении всей железы — ежедневный приём гормона до конца жизни.
Голосовой нерв	Риск повреждения возвратного нерва — осиплость, изменение голоса.
Паращитовидные железы	Риск нарушения обмена кальция.
Прочее	Кровотечение, рубец на шее, наркоз.

Когда опухоль не опасна, эти риски перевешивают любую возможную пользу от спешки.

ОСОБЫЕ СИТУАЦИИ

Беременность и Хашимото

Беременность

Беременность **не повод отказываться** от наблюдения. Опухоль может немного подрасти на фоне гормональных изменений, но рост обычно мягкий и самоограничивающийся, без увеличения риска метастазов, а после родов нередко стабилизируется или уменьшается.

Аутоиммунный тиреоидит (Хашимото)

Сопутствующий тиреоидит Хашимото **не противопоказание** к наблюдению. По данным исследований, он не повышает риск прогрессии, а возможно даже связан с более благоприятным течением.

ПСИХОЛОГИЯ

Тревога — главный противник

Самое сложное в наблюдении — не медицина, а психология. Жить со словом «рак» в карте тяжело, и именно тревога — основная причина, по которой пациенты выбирают операцию, даже когда она не нужна.

ЧТО ВАЖНО ЗНАТЬ

Качество жизни при наблюдении в среднем **не хуже**, чем после операции, а часто и лучше — без шрама, гормона и осложнений. А понимание того, что происходит и почему это безопасно, заметно снижает тревогу. Этот гид — как раз про это.

Термоабляция — «выжигание» узла

Для тех, кто не готов годами наблюдать, но и не хочет полноценной операции, есть промежуточный вариант — малоинвазивная термоабляция под контролем УЗИ (радиочастотная, лазерная или микроволновая).

57,6%

полное исчезновение узла

3,2%

частота осложнений

0,4%

рецидивы

В отличие от операции, термоабляция не требует пожизненного гормона и реже даёт осложнения. Но это относительно новый метод с ограниченными долгосрочными данными, поэтому решение принимается индивидуально.

ПОДГОТОВКА К РАЗГОВОРУ С ВРАЧОМ

Какие вопросы задать

- ? Какого размера мой узел и какая у него категория по УЗИ?
- ? Подхожу ли я под критерии активного наблюдения?
- ? Если да — как часто нужно делать УЗИ?
- ? Что именно будет сигналом к операции?
- ? Какие риски операции конкретно в моём случае?
- ? Подойдёт ли мне термоабляция как альтернатива?

ИТОГ

Главное

Не каждый рак — это срочная операция. Для строго отобранных пациентов с маленьким низкорисковым раком щитовидной железы активное наблюдение безопасно, сохраняет качество жизни и не ухудшает прогноз. Решение всегда индивидуально и принимается **вместе с врачом**.

Важно. Этот материал носит образовательный характер и не заменяет очную консультацию. Тактику в вашем конкретном случае может определить только врач после осмотра и оценки обследований. Разобрать вашу ситуацию можно на консультации — [universum.earth](#) · @md_pereligyn

Источник. Материал подготовлен по данным PubMed, в основе — обзор: «Active surveillance for low-risk papillary thyroid carcinoma: Integrating guidelines, emerging evidence, and directions», iScience, 2026. DOI: [10.1016/j.isci.2026.115832](#). С опорой на рекомендации ATA (2025) и многолетние когортные данные (Kuma Hospital, Япония).