



ПРИКАЗ

№ 14 от 20.02.2002 г.

№ 57

г. Минск

«О тактике лечения и ведения узловой патологии щитовидной железы»

В Республике Беларусь отмечается рост эндокринной патологии, обусловленной природным низким дефицитом и последствиями катастрофы на Чернобыльской АЭС. Так, в 2001 году первичная заболеваемость эндемическим зобом выросла с 56,43 в 1992г. до 318,91 на 100.000 населения (у детей – с 27,08 до 470,13 и у подростков – с 69,16 до 847,42 соответственно), узловым зобом – с 38,93 до 97,5 на 100.000 населения и приобретенным гипотиреозом с 5,03 до 22,3 на 100.000 соответственно. С целью снижения заболеваемости йоддефицитной патологией разработана стратегия ликвидации йодной недостаточности, основанная на первоочередном переходе на использование йодированной соли. Принято Постановление Совета Министров по данной проблеме. В тоже время онкологическая бдительность на фоне роста заболеваемости узловой патологией щитовидной железы зачастую приводит к активизации хирургической активности и проведению обилие необоснованных хирургических вмешательств при доброкачественной патологии щитовидной железы. За последние 5 лет отмечен рост первичной заболеваемости приобретенным гипотиреозом более чем в 3 раза и первичным послеоперационным гипопаратиреозом (с 0,7 до 1,8).

В тоже время, особую тревогу вызывает население, подвергшееся воздействию радионуклидов. Данные специальных исследований показывают, что узловая патология в группах повышенного риска зачастую может формироваться за счет рака щитовидной железы.

С целью унификации подходов в проведении диагностических мероприятий и определении лечебной тактики при выявлении узловой патологии щитовидной железы приказываю:

1. Утвердить:

- 1.1. Инструктивные указания по динамическому наблюдению узловой патологии щитовидной железы (Приложение №1);
- 1.2. Показания для медикаментозной терапии узловой патологии щитовидной железы (Приложение №2);
- 1.3. Инструктивные указания по хирургическому лечению доброкачественной узловой патологии щитовидной железы (Приложение №3).

Управление аховы здароўя
Продзенскага аблвыканкама
« 14 » 02 / 20 02 г.
Індэкс 100115

1.4 Инструкцию по заполнению цитологического заключения результатов тонкоигольной биопсии (Приложение №4);

1.5 Протокол тонкоигольной биопсии (Приложение №5);

1.6 Протокол ультразвукового исследования щитовидной железы и стандарты заключений (Приложение №6);

2. Начальникам управлений здравоохранения (охраны здоровья) облисполкомов, председателю Комитета по здравоохранению Мингорисполкома:

2.1. В срок до 1.06.2002г. определить отделения хирургии, специализирующиеся на оказании хирургической помощи пациентам с доброкачественной узловой патологией щитовидной железы и обеспечить проведение цитологического и гистологического экспресс-исследований ткани щитовидной железы во время операции на щитовидной железе.

2.2. Организовать централизованное консультативное лабораторное исследование цитологических мазков тонкоигольных биоптатов щитовидной железы, получаемых в подведомственных лечебно-профилактических учреждениях.

2.3. Направить в Республиканский центр онкопатологии щитовидной железы для подготовки врачей-хирургов по соответствующему профилю в течение 2002 г.

3. Директору Республиканского центра онкопатологии щитовидной железы академику Демидчику Е.П. совместно с директором Научно-исследовательского клинического института радиационной медицины и эндокринологии (далее - ИИКИ радиационной медицины и эндокринологии) Океановым А.Е.:

3.1. Организовать с 1.06.2002г. обучение на рабочем месте хирургов в Республиканском центре онкопатологии щитовидной железы в течение 1 месяца с выдачей сертификата о возможности проведения хирургических операций на щитовидной железе с 1.03.2002г. по заявкам управлений здравоохранения (охраны здоровья) облисполкомов и Комитета по здравоохранению Мингорисполкома.

3.2. Совместно с главным врачом Республиканского консультативного эндокринологического центра Грабовским О.В. усилить контроль за исполнением приказа Министерства здравоохранения от 4 ноября 1997г. № 280 «О мерах по выявлению, диагностике, лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению больных раком и другими новообразованиями щитовидной железы»

4. Начальнику Главного управления кадров, кадровой политики, учебных заведений и науки Юшко В.А., ректорам высших медицинских учреждений образования и Белорусской медицинской академии последиplomного образования совместно с директором Республиканского медицинского центра по высшему и среднему медицинскому и фармацевтическому образованию Зятиковым Е.С. предусмотреть необходимые изменения в комплексных учебных планах и материалах по вопросам узловой патологии щитовидной железы в соответствии с настоящим приказом.

5. Заместителю начальника Главного управления лечебно-профилактической помощи, начальнику отдела стационарной и специализированной помощи Трусило В.И. совместно с главным внештатным специалистом по цитологии Клюкиной А.Ф. и главным внештатным специалистом по клинической лабораторной диагностике Костным Г.М.:

5.1. Организовать и провести обучение специалистов-цитологов, занимающихся исследованием биоптатов щитовидной железы в срок до 1.06.2002г.

5.2. Организовать и постоянно проводить слепым методом контроль качества

цитологических заключений.

6. Директору НИКИ радиационной медицины и эндокринологии Океанову А.Е.:

6.1. Обеспечить специализацию (продолжительностью 2 недели) на рабочем месте врачей, занимающихся ультразвуковой диагностикой патологии щитовидной железы и проведением тонкоигольной пункционной биопсии с 1.09.2002г. на базе Научно-исследовательского клинического института радиационной медицины и эндокринологии по заявкам управлений здравоохранения (охраны здоровья) облисполкомов и Комитета по здравоохранению Мингорисполкома.

6.2. Внедрить в практику НИКИ радиационной медицины и эндокринологии современные гистохимические методы исследования пункциатов щитовидной железы.

6.3. Организовать и провести республиканскую школу-семинар для врачей-эндокринологов, хирургов и цитологов, работающих в специализированных учреждениях, с привлечением специалистов, работающих в рамках Белорусско-Американского проекта по изучению патологии щитовидной железы на территории республики (в 4 квартале 2002г.).

6.4. Подготовить и представить в Министерство здравоохранения Республики Беларусь методические документы по цитологической и ультразвуковой диагностике узловой патологии щитовидной железы. (в течение 2002г.)

7. Начальнику Главного управления лечебно-профилактической помощи Цыбину А.К. совместно с главным врачом Республиканского консультативного центра Грабовским О.В., главным внештатным специалистом по эндокринологии Мохорт Т.В. и главным внештатным детским эндокринологом Радюк К.А.:

7.1. Постоянно контролировать качество диспансеризации и своевременность взятия на диспансерный учет пациентов с узловой патологией щитовидной железы, с

7.2. Совместно с директором Белорусского центра медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения Граковичем А.А. и директором НИКИ радиационной медицины и эндокринологии Океановым А.Е. продолжить работу и завершить в установленные сроки разработку программного обеспечения и заполнение регистра «Щитовидная железа».

7.3. Провести проверку и анализ работы по выявлению и учету послеоперационных осложнений.

8. Главному врачу Республиканского диспансера радиационной медицины Ржеутскому В.А. совместно с главным врачом Республиканского консультативного эндокринологического центра Грабовским О.В. обеспечить преемственность в работе лечебно-профилактических учреждений на районном, областном и республиканском уровне по проблемам эндокринологии.

9. Настоящий приказ довести до сведения заинтересованных.

10. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра Постоляко Л.А.

МИНИСТР

В.А. Остапенко
В.А. ОСТАПЕНКО

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава Беларуси
№ 57 от 27.04.2002

ИНСТРУКТИВНЫЕ УКАЗАНИЯ ПО ДИНАМИЧЕСКОМУ НАБЛЮДЕНИЮ УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Узловой зоб - очаговое образование в проекции щитовидной железы, определяемое пальпаторно или другим методом и превышающее в размере 10 мм (у взрослых). Все пациенты с узловым зобом подлежат диспансерному наблюдению эндокринолога. Кроме того, диспансерному наблюдению подлежат:

- пациенты с узловыми образованиями в щитовидной железе до 10 мм в возрасте до 18 лет на момент аварии на ЧАЭС;
- дети и мужчины с узловыми образованиями в щитовидной железе менее 10 мм.

В группу риска должны быть включены остальные пациенты с узловыми образованиями от 5мм до 10 мм.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «УЗЛОВОЙ ЗОБ» :

1. Узловой коллоидный зоб.
2. Узловую гиперплазию щитовидной железы.
3. Истинную или ложную кисту.
4. Аденомы любого строения (фолликулярную, портлеклосточную и оксифильно-клеточную), в том числе токсическую.
5. Сочетание узлового зоба и аутоиммунного тиреоидита и ДТЗ.
6. Кальцификаты.
7. Злокачественные новообразования (карцинома-папиллярная, фолликулярная, медулярная, недифференцированная; лимфома; тератобластома; метастазы рака из других органов).
8. Редкие формы узлообразования (туберкулез, сифилис, паратиреоидную кисту, амилоидоз, актиномикоз и т.д.).

2. ЦЕЛИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА

1. Исключение или подтверждение злокачественного роста.
2. Определение функциональной активности узла и щитовидной железы в целом.
3. Оценка объёма, распространенности узла и определение его взаимоотношения с близлежащими органами и тканями

3. ОБЛИГАТНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1-й ЭТАП

- Осмотр и пальпация шеи.
- Ультразвуковое исследование с заполнением стандартного протокола .

Прицельная тонкоигльная аспирационная биопсия (ТАБ) под ультразвуковым контролем*.

2-й ЭТАП

- Определение функциональной активности щитовидной железы (тиреотропный гормон, трийодтиронин и тироксин) и антигиреотидных антител (антитела к тиреоидной пероксидазе и тиреоглобулину).
- Сцинтиграфия щитовидной железы для верификации тиреоидной автономии.

Примечание:* Критерии направления на ТАБ: на биопсию направляются пациенты, у которых по данным пальпации или при УЗИ выявлены следующие отклонения:

1. Узловые образования или локальные изменения с наибольшим диаметром ≥ 10 мм:
2. Узловые образования или локальные изменения, как минимум частично солидные, менее 10мм с признаками, указывающими на возможную малигнизацию:
 - нечеткий контур узла,
 - распространение за пределы капсулы,
 - неоднородная или пониженная эхогенность,
 - точечные кальцификаты,
 - увеличение размеров узлового образования в динамике,
 - увеличение лимфатических узлов неясной этиологии.
3. Диффузное изменение эхогенности, сопровождающееся увеличением лимфатических узлов, которое не может быть объяснено наличием сопутствующего заболевания (при этом выполняется биопсия щитовидной железы в одной/двух лимфоузлов).
4. При отсутствии информативного цитологического заключения ТАБ выполняется до 3 раз в год.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ**1. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЧАЛА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ**

Размер узла до 3 см при отсутствии факторов риска и/или клинических (цитологических) признаков злокачественного образования.

1. Монотерапия тиреоидными гормонами показана при невозможности исключения аутоиммунного поражения щитовидной железы, а терапия комбинированными препаратами (содержащими калия йодид) наиболее целесообразна в йод-дефицитных регионах у лиц моложе 40 лет.
2. Продолжительность лечения не должна превышать 24 месяца.
3. Доза тиреоидных гормонов определяется индивидуально по уровню тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ), уровень которого не должен превышать 0,5 мЕд.

2. ПОКАЗАНИЯ К ПРОДОЛЖЕНИЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

1. Наличие подтвержденного при гормональном исследовании гипотиреоза.
2. Рост узла после отмены лечения тиреоидными гормонами.

3. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

1. Назначение гормонов щитовидной железы показано всем пациентам, прооперированных на фоне эутиреоза или гипотиреоза.
2. Доза препаратов подбирается индивидуально под контролем уровня тиреотропного гормона (ТТГ), который не должен выходить за нормальные пределы.
3. При верификации первичного гипотиреоза терапия тиреоидными гормонами становится заместительной и рекомендуется пожизненно.

**ИНСТРУКТИВНЫЕ УКАЗАНИЯ ПО ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ
УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****1. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

1. Цитологическое заключение с подозрением или признаками злокачественной опухоли:
 - папиллярного, медулярного или недифференцированного рака;
 - фолликулярной неоплазии;
 - гюртлеклеточной или оксифильной аденомы.
2. Подозрение на малигнизацию по эхографическим признакам:
 - рост узла на фоне лечения и/или наблюдения (0,5 см за 1/2 года);
 - изменение ультразвуковых контуров узла;
 - выявление регионарных лимфатических узлов изомогенного характера.
3. Автономные узлы в щитовидной железе или многоузловой токсический зоб.
4. Загрудный зоб с признаками компрессии органов шеи и/или средостения.
5. Большие (более 3 см в диаметре) кисты после 2-х кратной аспирации и консервативного лечения инъекциями спиртодержащих препаратов.
6. Быстрый рост и плотная консистенция узла щитовидной железы, большие размеры узла (более 1,5см), плотная консистенция увеличенного лимфатического узла (узлов) на шее.
7. **ГРУППЫ РИСКА** 1. *Узел у лиц, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС, особенно в возрасте до 18 лет на момент аварии.*
2. *Дети и мужчины любого возраста.*

**2. СТАНДАРТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОЙ
ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

1. Все хирургические вмешательства на щитовидной железе должны выполняться под общим наркозом.
2. При выборе доступа следует руководствоваться данными о топографии узла и учитывать возможный косметический дефект.
4. Все хирургические вмешательства на щитовидной железе должны выполняться эктракапсулярно.
4. Во время операции следует обязательно произвести срочное цитологическое (пунктат, мазки-отпечатки) и гистологическое исследование.
5. Выбор анестезиологического пособия должен определяться с учетом антропометрических особенностей больного (короткая шея) и топографии патологического образования. У больных с шейно-медиастинальной локализацией узлового образования должна выполняться раздельная интубация главных бронхов с отключением легкого на стороне поражения.
6. Стандартной операцией у больных аденомой или узловым зобом следует считать гемитиреоидэктомию. При маленьких доброкачественных узлах (менее 10мм) допустима резекция перешейка или нижнего полюса доли.

7. У больных раком щитовидной железы стандартной операцией является тотальная тиреоидэктомия. Гемитиреоидэктомия допустима в исключительных случаях при солитарной высокодифференцированной карциноме небольших размеров (до 10мм в наибольшем измерении) без метастазов в регионарных лимфатических узлах и отдаленных органах.
8. Диагноз злокачественного образования щитовидной железы, независимо от распространения опухоли, предполагает обязательное удаление претрахеальных, паратрахеальных и глубоких латеральных лимфатических узлов в едином блоке с жировой клетчаткой на обеих сторонах шеи.

3. ОШИБКИ И ОПАСНОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И ЗОНАХ РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ.

Операция на шее сопряжена с риском повреждения важных анатомических структур. Поэтому доступ к щитовидной железе и клетчаточным пространствам, в которых располагаются лимфатические сосуды и узлы, должен обеспечить хороший обзор и возможность выполнения хирургических манипуляций.

Тактические ошибки, осложнения и погрешности при выполнении операций

Ошибки и погрешности	Возможные последствия
<input type="checkbox"/> Гемитиреоидэктомия или субтотальная резекция щитовидной железы произведена при медуллярном, анапластическом или плоскоклеточном раке. <input type="checkbox"/> Гемитиреоидэктомия произведена при папиллярном и фолликулярном раке pT2-4a, pT1-4b, pN1, M1 <input type="checkbox"/> Профилактическая шейная диссекция не производилась на обеих сторонах шеи	<input type="checkbox"/> рецидив рака в остатках тиреоидной ткани <input type="checkbox"/> Рецидив рака в остатках тиреоидной ткани <input type="checkbox"/> Метастазы в регионарных лимфатических узлах (в 25% случаев)
Повреждения органов, сосудов или нервов <input type="checkbox"/> пищевод или трахея <input type="checkbox"/> паращитовидные железы <input type="checkbox"/> грудной лимфатический проток <input type="checkbox"/> внутренняя яремная вена <input type="checkbox"/> сонная артерия или её ветви <input type="checkbox"/> подключичная вена <input type="checkbox"/> возвратный гортанный нерв <input type="checkbox"/> верхний гортанный нерв <input type="checkbox"/> диафрагмальный нерв <input type="checkbox"/> добавочный нерв <input type="checkbox"/> нервы плечевого и шейного сплетения <input type="checkbox"/> лицевой нерв (красная ветвь нижней челюсти) <input type="checkbox"/> узлы симпатического ствола	<input type="checkbox"/> медиастинит, флегмона шеи, свищи <input type="checkbox"/> гипопаратиреоз <input type="checkbox"/> лимфорез <input type="checkbox"/> кровотечение, воздушная эмболия <input type="checkbox"/> кровотечение, гематома <input type="checkbox"/> кровотечение, гемоторакс <input type="checkbox"/> стеноз гортани, нарушение голосообразования и дыхания <input type="checkbox"/> нарушение глотания <input type="checkbox"/> паралич диафрагмы, нарушение дыхания <input type="checkbox"/> атрофия трапециевидной мышцы <input type="checkbox"/> нарушение функции конечности, болевой синдром

<input type="checkbox"/> плевра	<input type="checkbox"/> опущение угла рта
	<input type="checkbox"/> синдром Горнера
	<input type="checkbox"/> пневмоторакс
Погрешности операции	
<input type="checkbox"/> Рассечение кожи электроножом	<input type="checkbox"/> глубокий ожог дермы и формирование келлоидного рубца
<input type="checkbox"/> Иссечение подподъязычных мышц	<input type="checkbox"/> странгуляционный синдром ¹ келлоидный рубец
<input type="checkbox"/> Травматизация кожи зажимом или щипцом	
Не проводится:	
<input type="checkbox"/> мобилизация нижнего кожно-мышечного лоскута	<input type="checkbox"/> смещение кожного рубца на грудную клетку
<input type="checkbox"/> сшивание подкожной мышцы при закрытии раны	<input type="checkbox"/> формирование келлоидного рубца
<input type="checkbox"/> вакуум-дренирование раны	<input type="checkbox"/> гематома, отёк и воспалительная инфильтрация мягких тканей
<input type="checkbox"/> иссечение участка избыточной кожи	<input type="checkbox"/> нависающий кожный рубец

Странгуляционный синдром – совокупность жалоб и объективных признаков, вызванных рубцовым сдавливанием трахеи или пищевода с нарушением их двигательной функции

4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

1. Тотальная тиреоидэктомия выполняется только по строгим показаниям при наличии верифицированного диагноза злокачественной опухоли.
2. Необходимо иметь в виду, что перевязка общего ствола нижней щитовидной артерии ведёт к нарушению кровоснабжения паращитовидных желез.
3. В случаях, когда паращитовидные железы не обнаруживаются в типичных местах, следует проверить возможность их эктопического расположения в вилочковой железе или около неё. Кровоснабжение паращитовидных желез, лежащих в толще вилочковой железы, осуществляется за счёт нижней щитовидной артерии.
4. Чтобы избежать повреждения пищевода, в его просвет перед операцией нужно ввести эластичный зонд. Это способствует определению места расположения пищевода и его связи с опухолью.
5. Перевязка внутренней яремной вены при операции Крайла может вызвать отёк мозга. Необходимо формировать анастомоз между проксимальными концами внутренней и наружной яремных вен для оттока крови от головного мозга.
6. Удалённые паращитовидные железы во время операции целесообразно имплантировать в одну из мышц шеи, предварительно разрезав их на мелкие кусочки. Подобные действия позволяют предотвратить развитие гипопаратиреоза в течение первого месяца после операции

7. Пересеченные нервы (диафрагмальный, блуждающий, добавочный, ветви плечевого сплетения) целесообразно сшить. Восстановление их функции наступает в течение 2 – 3 лет.

8. При выполнении паратрахеальной диссекции следует помнить, что иногда правая общая сонная артерия или плечеголовной ствол располагаются спереди от трахен на уровне яремной вырезки грудины и выше неё.

9. Вакуум дренирование раны предупреждает отёк тканей шеи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава Беларуси
№ 141 от 18.07.2002

ИНСТРУКЦИЯ

ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

1. Запишите день, месяц, год
2. Укажите место выполнения формы
3. Запишите фамилию врача

1. БИОПТИРУЕМОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

- Укажите по схеме участок щитовидной железы или прилежащих тканей, пункция которого была выполнена (по протоколу стандартизированной формы УЗИ щитовидной железы, см. приложение 6)

2. ОПИСАНИЕ

Из предложенного списка возможных заключений (см. ниже) отметьте крестиком бокс (графу), рядом с признаками, выявленными Вам при цитологическом исследовании. Если признак отсутствует, пометьте бокс рядом со словом «Другие» и опишите их в свободной форме.

3. ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ

Отметьте бокс, соответствующий Вашему заключению об адекватности препарата

Критерии адекватности следующие:

- Удовлетворительно для диагноза - ≥ 6 кластеров фолликулярного эпителия на каждом из 2 слайдов
- Диагностическая достоверность ограничена из-за недостаточной нецеллюлярности - < 6 кластеров фолликулярного эпителия на каждом из 2 слайдов
- Неудовлетворительно для диагностики - ≤ 6 кластеров на каждом из 2 стекл, недостаточное количество эпителиальных клеток или технические недостатки при фиксировании или окрашивании.

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Следует выбрать один пункт из 4 перечисленных

1. Нет диагноза**2. Не-неопластический процесс**

Выбрать любую комбинацию из приведенных ниже заключений:

Узловой зоб

Киста (много макрофагов, гемосидерин, кровь, охарактеризовать нецеллюлярность в соответствующей графе выше)

Коллоидный узел (обильный коллоид; охарактеризовать нецеллюлярность в соответствующей графе выше)

Аденоматозная гиперплазия (пласты и кластеры фолликулярного эпителия с фолликулами различного размера, занесенными коллоидом и на фоне коллоида)

Лимфоцитарный (аутоиммунный) тиреоидит (фолликулярный эпителий на фоне лимфоцитов, имеющих локальную фолликулярную трансформацию)

Гранулематозный (подострый) тиреоидит (мультиядерные ? гигантские клетки, эпителиоидные тучные клетки, лимфоциты и фолликулярный эпителий)

3. Подозрение на неоплазму

Используется как самостоятельное заключение или следует выбрать один из последующих 2 пунктов

Подозрение на фолликулярную неоплазму: клеточные мазки с признаками фолликулярной пролиферации, пласты и кластеры фолликулярного интителя с фолликулами одинакового размера, скудный коллоид в фолликулах и на фоне скудного коллоида. Может присутствовать ядерная атипия. Диагноз может быть сформулирован иначе: Клеточное фолликулярное поражение, вероятно неоплазма

Подозрение на Гюртле-клеточную неоплазму: Гюртле-клеточная пролиферация, скудный коллоид отсутствуют; лимфоциты тиреоидит. Диагноз может быть сформулирован иначе: Гюртле-клеточное поражение клеток, вероятно неоплазма

4. Неоплазма

Как самостоятельное заключение или выбрать одно из следующих уточнений:

- Фолликулярная неоплазма
- Гюртле-клеточная неоплазма

ИЛИ

- Подозрение на злокачественную опухоль
- Злокачественная опухоль

При использовании двух последних заключений следует выбрать один из следующих 5 пунктов:

- Папиллярная карцинома
- Медулярная карцинома
- Недифференцированная карцинома
- Лимфома
- Другое (уточнить)

NB: Можно отмечать более, чем одну категорию. Например, Подозрение на злокачественную опухоль и папиллярная карцинома. Подозрение на злокачественную опухоль и Фолликулярная опухоль. Подозрение на злокачественную опухоль и Гюртле-клеточная неоплазма.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава Беларуси
№ 97 от 18/11/2002

ПРОТОКОЛ ТОНКОИГОЛЬНОЙ БИОПСИИ

1. Дата заполнения _____

Фамилия врача _____

2 Место проведения _____

3 Под контролем УЗИ Да Нет Размер иглы [][][][][][]4 Тип образования Узел ЩЖ Лимфоузел Зоб Другое (уточнить) _____

5 Биопсия

Код повреждения	Узел (Диаграмма Д-1)				Лимфоузел (Диаграмма Д-2)				Другое (Диаграмма-Д1)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	
По данным УЗИ												
Число стекол												
Номер/код стекла												
Полученный материал:												
<input type="checkbox"/> Достаточно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Недостаточно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Тип биоптата:					Комментарии _____							
• Эпител. клетки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>						
• Коллоид	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>						
• Кровь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>						
• Кистозная жидкость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>						
• Прозрачная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>						
• Бесцветная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>						
• Желтоватая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>						
• Кровянистая	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>						

6 Осложнения

Да

Нет

Описать _____

Фамилия эксперта _____

Подпись _____

Дата _____

Бланк истолкования результатов тонкоигольной биопсии

2. Фамилия врача: _____

3. Место заполнения: _____

Биоптируемое образование	1	2	3
Код локализации по УЗН			
№ биопсии (до 3 на повязке/ленте)			
Описание:			
• Коллоид			
• Макрофаги			
• Лимфоциты			
• Клетки Гюртля			
• Фолликулы яичника/яичек			
Проплиферация - умеренная			
- выраженная			
- атипичная			
Характер клеточных скопления			
- одиночные клетки			
- кластеры			
- пласты			
- фолликулярный			
- инфильтрированный			
- солидный			
• Ядерные бороздки			
• Ядерные включения			
• Гигантские клетки			
• Несаммониевы тельца			
• Недифференцированные клетки			
• Другие (указать)			
Оценка адекватности			
• Удовлетворительно для диагноза			
• Диагностическая ценность ограничена недостаточной площадью/высотой			
• Неудовлетворительно для диагноза из-за недостаточности эпителальных клеток или по техническим причинам			
Заключение			
• Люб. диагноза			
• Не-неопластический процесс			
• Вероятно узловой зоб			
- дробя			
- коллоидный узел			
- adenomatous гиперплазия			
• Диффузно-узловой (аутоиммунный) тиреоидит			
• Гранулематозный (вирусный) тиреоидит			
• Подозрение на неопластический процесс (уточнить)			
• Неопластический процесс (уточнить)			
• фолликулярная неоплазма			
• Поруло-клеточная неоплазма			
• Подозрение на рак			
• Подтвержденный рак (уточнить):			
- Папиллярная карцинома			
- Папиллярная карцинома, фолликулярным компонентом			
- Другие (указать)			

4. Заключение

Подпись врача _____

примечание 15/16

ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

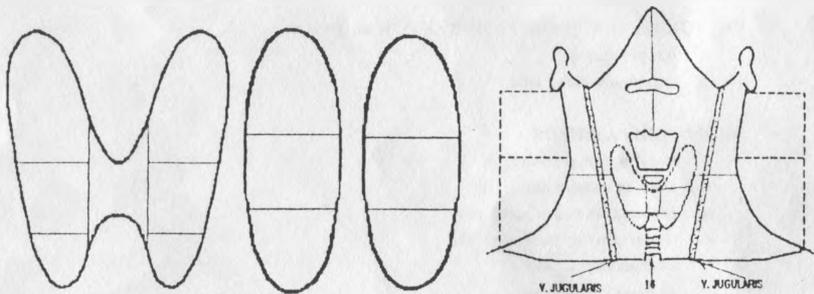
Ф.И.О. пациента _____
Дата обследования _____ Фамилия врача _____

Объем ЩЖ	Линейные размеры ЩЖ (см)			Объем доли см ³	Объем общей ЩЖ см ³
	П д	Ширина	Длина		
Правая доля					
Левая доля					
Перешеек					

ЭХОСТРУКТУРА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: **ОДНОРОДНАЯ / НЕОДНОРОДНАЯ**
УСИЛЕННАЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ / ДИЛАТАЦИЯ СОСУДОВ (*выраженная, умеренная*)
ГИПЕРЭХОГЕННАЯ ТЯЖИСТОСТЬ (*нет, да, выраженная, умеренная*)
ЭХОГЕННОСТЬ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: **ИЗО-, ГИПО-, ГИПЕР- ЭХОГЕННАЯ**
АНОМАЛЬНЫЕ РАЗВИТИЯ (*нет, да*)
ЛОКАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЩЖ: *не выявлена, единичная, множественная*.

Узловые образования	Номер узла очага			
	N1	N2	N3	N4
Размеры (см) длина - ширина				
Объем (см ³)				

ЛОКАЛИЗАЦИЯ _____
ФОРМА: (*округлая, эллипсоидная, неправильная*)
КОНТУРЫ: (*четкие, нечеткие, наличие капсулы, "хало" (с эхонегативным ободком)*)
ЭХОГЕННОСТЬ: (*эхонегативная, гипоэхогенная, изоэхогенная, гиперэхогенная, смешанная*)
СТРУКТУРА: (*однородная, неоднородная, типа "киста", кальцификат*)
РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ: (*нет, единичные, множественные*)
ЛОКАЛИЗАЦИЯ _____
ЭХОСТРУКТУРА _____



ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ЗАКЛЮЧЕНИЙ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

- НОРМА
- МИНИМАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ
- ДИФФУЗНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ
- ДИФФУЗНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ
- КОЛЛОИДНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ

- ТИРОИДИТ
 - очаговый
 - диффузный
- ФИБРОЗ ЩЖ:
 - очаговый
 - диффузный

- УЗЛОВАЯ ПАТОЛОГИЯ:
 - солидный узел - узловая гиперплазия
 - аденома
 - аденоматоз
 - карцинома
 - абсцесс
 - кальцификат
 - формирующийся узел
 - кистозный узел:
 - простая киста
 - поликистоз
 - смешанный узел:
 - кистоаденоматоз
 - кистоаденома
 - кистокарцинома

- УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
- МЕТАСТАЗЫ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

- СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
 - без рецидива
 - рецидив в ткани ЩЖ

- АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ
 - аплазия левой доли ЩЖ
 - аплазия правой доли ЩЖ
 - гипоплазия левой доли ЩЖ
 - гипоплазия правой доли ЩЖ
 - аплазия перешейки
 - дольчатое строение
 - эктопическая ЩЖ

- ОСОБЕННОСТИ ОКРУЖАЮЩИХ ОРГАНОВ
- ПАТОЛОГИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
- ПАТОЛОГИЯ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ
- ОСОБЕННОСТИ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- а) Гипертрофия вилочковой железы
 - б) Дополните правые доли вилочковой железы
 - в) Утолщение вилочковой железы
- СРЕДНЯЯ КИСТА ПИИ
 - СВЯЗИ ПИИ ЯЗЫЧНОГО ПРОТОКА
 - ДИЛАТАЦИЯ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ
 - ПОДЧЛЮСТНОВ ЛИМФАДЕНИТ

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ:

Узловая патология щитовидной железы, смешанный узел правой доли (эхоскопически — кистоаденома), увеличение периларальных лимфатических узлов с обеих сторон

Диффузная гиперплазия щитовидной железы, эхопризнаки очагового тиреоидита, локальный фиброз центрального отдела правой доли ЩЖ.

Состояние после оперативного лечения (левосторонняя ГТЭ), рецидив в остаточной ткани щитовидной железы. Метастатическое поражение подчелюстных лимфатических узлов?