

КП № 201 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЩИТОВИДНА И ПАРАЩИТОВИДНИ ЖЛЕЗИ С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

* 06.4 ТОТАЛНА ТИРЕОИДЕКОМИЯ

Изключва:

тотална субстернална тиреоидектомия - 06.52

същото с ларингектомия - 30.3-30.4

Тиреоидектомия

30296-01 Тиреоидектомия
Почти тотална тиреоидектомия
Тироидна лобектомия, двустранна
Не включва: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])

СУБСТЕРНАЛНА ТИРЕОИДЕКОМИЯ

* 06.51 ЧАСТИЧНА СУБСТЕРНАЛНА ТИРЕОИДЕКОМИЯ

Тиреоидектомия

90046-02 Тиреоидектомия с отстраняване на ретростернална струма
Субтотална тироидна (двустранна) (едностранна) лобектомия } с отстраняване
на }
Тотална (двустранна) (едностранна) тиреоидектомия } субстернален тироид
Включва: такава чрез:
• цервикален достъп
• медиастинотомия
• стернотомия
• торакотомия
Не включва: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])

* 06.52 ТОТАЛНА СУБСТЕРНАЛНА ТИРЕОИДЕКОМИЯ

Тиреоидектомия

90046-02 Тиреоидектомия с отстраняване на ретростернална струма
Субтотална тироидна (двустранна) (едностранна) лобектомия } с отстраняване
на }
Тотална (двустранна) (едностранна) тиреоидектомия } субстернален тироид
Включва: такава чрез:
• цервикален достъп
• медиастинотомия
• стернотомия
• торакотомия
Не включва: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])

ПАРАТИРЕОИДЕКОМИЯ

*06.81 ТОТАЛНА ПАРАТИРЕОИДЕКОМИЯ

Паратиреоидектомия

Паратиреоидектомия при хиперпаратиреоидизъм
30315-01 Тотална паратиреоидектомия

РАДИКАЛНА ЕКЦИЗИЯ НА ШИЙНИ ЛИМФНИ ВЪЗЛИ

резекция на цервикални лимфни възли до мускулите и дълбоката фасция

Изключва:

същото, свързано с радикална ларингектомия - 30.4

***40.40 РАДИКАЛНА ШИЙНА ДИСЕКЦИЯ, НЕУТОЧНЕНА**

Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

31423-00 Ексцизия на шийни лимфни възли
Ексцизия на лимфни възли на шия
Тотална (обикновена) ексцизия на шийни лимфни възли

***40.41 РАДИКАЛНА ШИЙНА ДИСЕКЦИЯ, ЕДНОСТРАННА**

Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

31423-01 Ексцизия на шийни лимфни възли
Регионална ексцизия на лимфни възли на шия
Ограничена ексцизия на шийни лимфни възли
Регионална лимфна ексцизия с ексцизия на лимфо-дренажната зона включваща кожа, подкожни тъкани и мастна тъкан

***40.42 РАДИКАЛНА ШИЙНА ДИСЕКЦИЯ, ДВУСТРАННА**

Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

31435-00 Ексцизия на шийни лимфни възли
Радикална ексцизия на лимфни възли на шия
Цялостно изчистване на всички шийни възли
Радикална шийна дисекция
Резекция на шийни лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция
Не включва: радикална ексцизия на вътреорална лезия (30275-00 [403])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от две различни групи (рубрики) по **МКБ 9 КМ, посочени в Приложение № 24/** една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от два различни блока по АКМП, насочени към основната диагноза.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III ниво от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

Когато клиника по ендокринна хирургия има структура/направление по анестезиология и интензивно лечение, в съответствие с разрешението за дейност на ЛЗ, издадено от министъра на здравеопазването, се допуска сключване на договор по тази КП.

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- шест лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от трето ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по детска хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Всички планови операции на деца до 9-годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

При пациенти на възраст от 9 до 18 години оперативната процедура може да бъде извършвана от хирург или детски хирург с 10 годишен стаж по специалността.

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- лекар със специалност по хирургия, с тригодишен опит в областта на ендокринната хирургия;

- в клиниката/отделението по хирургия ниво III се извършват не по-малко от 150 оперативни интервенции в областта на ендокринната хирургия за последните три години.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

1. Спешна диагностика и лечение за пациенти със:

- остро настъпила хеморагия от щитовидната жлеза;
- напреднали тумори на щитовидната жлеза с метастази; компресия в шийната област;
- тумор на щитовидната жлеза със или без метастази;
- тумор на паращитовидната жлеза със или без метастази;
- тумори в стадии pT1-4 N0-1 M0 по TNM класификация.

2. Диагностика и лечение на пациенти със:

2.1. Хиперплазия или друго заболяване на щитовидната жлеза, съпроводено с:

- диспнея - цианоза, стридор, изпотяване, безпокойство, стягане в гръдната област;
- дисфагия - затруднения при преглъщане (в началото към твърди храни, а по-късно към течности);
- болки в областта на ларинкса, усещане за "чуждо тяло".

2.2. Хипертиреозидизъм с невровегетативна симптоматика - сърцебиене, тремор на крайниците, лесна уморяемост, неповлиян от прилаганото консервативно лечение.

2. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Оперативно лечение на първичния карцином на щитовидната жлеза

Оперативното лечение на карцинома на щитовидната жлеза е в зависимост от големината на тумора, зоните на разпространение, стадия на заболяването, възрастта на пациента, хистологичната характеристика на процеса.

В зависимост от обема на оперативната интервенция при карцинома на щитовидната жлеза се извършват два основни типа оперативни намеси:

Частични резекции на щитовидната жлеза – към тях се прибъгва при малки по обем онкологични тумори (T1 No), които включват: субтотална резекция на щитовидната жлеза, лобектомия с истмектомия, лобектомия с парциална (субтотална) резекция на другия лоб.

Този тип оперативни намеси се прилагат при: болни с Базедова болест, при които интраоперативно се установява “микрокарцином”; болни, оперирани за полинодозна струма, при които се установява “микрокарцином”; млади болни, при които туморният процес е T1 No.

Тиреоидектомия

Показания:

Операцията е показана при наличие на тумор в щитовидната жлеза от T2 No стадии и нагоре независимо от хистологичния вариант на тумора.

Противопоказания:

Местни противопоказания – онкологично заболяване инфилтриращо голяма част от трахеята, хранопровода, ерозиращ кръвоносните съдове и наличие на далечни метастази.

Оперативно лечение на метастазирал в регионалния шиен лимфен басейн карцином на щитовидната жлеза

1. Едностранна шийна дисекция (селективна, систематична, функционална, радикална)

Тя е индицирана при пациенти с доказан /хистологично/ карцином на щитовидната жлеза и налична суспекция /от извършената локализационна диагностика/ за **едностранно** (ипсилатерално или контралатерално) локализиращи шийни метастази в централен или латерален шиен лимфен басейн.

Следоперативно пациентът подлежи на Радиоiod- или лъчетерапия, след преценка на Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор

2. Двустранна шийна дисекция (селективна, систематична, функционална, радикална)

Тя е индицирана при пациенти с доказан /хистологично/ карцином на щитовидната жлеза и налична суспекция /от извършената локализационна диагностика/ за **двустранно** (ипсилатерално или контралатерално) локализиращи шийни метастази в централен или латерален шиен лимфен басейн.

Следоперативно пациентът подлежи на Радиойод- или лъчетерапия, след преценка на Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

Оперативно лечение на първичния карцином на паращитовидната жлеза

Оперативното лечение на карцинома на паращитовидната жлеза е в зависимост от големината на тумора, зоните на разпространение, стадия на заболяването, възрастта на пациента, хистологичната характеристика на процеса. При първичен или вторичен хиперпаратиреоидизъм също се налага оперативно лечение след провеждане на съответна диагностика.

В зависимост от обема на оперативната интервенция при карцинома на паращитовидната жлеза се извършва паратиреоидектомия и лобектомия на прилежащия тиреоиден лоб. При наличие на лимфни метастази се извършва лимфаденомектомия.

Показания:

Операцията се провежда при наличие на тумор в паращитовидната жлеза от T1N0 стадии и нагоре, независимо от хистологичния вариант на тумора.

Противопоказания:

Местни противопоказания – онкологично заболяване, инфилтриращо голяма част от трахеята, хранопровода, ерозиращо кръвоносните съдове и наличие на далечни метастази.

Лъчелечение на карцинома на щитовидната жлеза и паращитовидните жлези

Провежда се като самостоятелна радикална терапия при пациенти с напреднал тиреоиден карцином (иноперабилен) или следоперативно в общо огнищна доза (ООД) 60-70 Gy.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред – и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

Здравни грижи.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Интраоперативно и постоперативно, след задължително хистологично изследване и верифициране на тумора. При злокачествени заболявания се определя клиничният стадий на онкологичното заболяване по TNM системата.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет в последните 24 часа;
- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения;
- гладък следоперативен период и постигане на хирургичен туморен контрол;
- при напреднали тумори и противопоказания за оперативно лечение болните се насочват към диспансера за палиативна и симптоматична терапия.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредбата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти *“Анестезия и интензивно лечение”* и *“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в *“История на заболяването”* (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти *“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”*).

3.3. Документиране на следоперативните дни в *“История на заболяването”* (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”*;

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* (бл. МЗ - НЗОК № 7);

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Какво всъщност представлява щитовидната жлеза?

Тя е орган с пеперудоподобна форма, разположена пред трахеята, непосредствено под тиреоидния хрущял и гръкляна. Има два странични лоба и свързваща част – мост. Щитовидната жлеза е един от най - кръвоснабдените органи в човешкият организъм. Тя произвежда хормони, които са главният стимулиращ и регулиращ фактор на метаболизма в човешкия организъм.

Какво представляват паращитовидните жлези?

Те са хормоно-произвеждащи органи - на брой от два до осем, обикновено четири, разположени по задната повърхност на щитовидната жлеза. Те произвеждат паратхормон, който участва в калциево-фосфорната обмяна на организма.

ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА И ПАРАЩИТОВИДНИТЕ ЖЛЕЗИ

Оперативното лечение зависи от функционалното състояние на щитовидната жлеза. При пациентите с хипертиреозидизъм (Базедова болест, токсичен аденом, базедофицирана струма) се извършва предварителна подготовка с тиреостатична терапия, която продължава в рамките на една-две години. Тази терапия цели да доведе пациента до еутиреоидно състояние (отзвучаване на оплакванията), след което да се извърши тиреоидната намеса. При пациентите с доброкачествена струма се оперират без предварителна подготовка.

Пациентите с аденом на паращитовидните жлези подлежат на срочна оперативна намеса след предварителна обща подготовка.

ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА И ПАРАЩИТОВИДНИТЕ ЖЛЕЗИ

Онкологичните тумори на щитовидната жлеза са относително чести заболявания, при които нормалните клетки на щитовидната жлеза се израждат в онкологични клетки, т.е. в такива, които се делят безконтролно и не носят никаква функционална или структурна полза за организма.

Карциномът на паращитовидните жлези е изключително рядко заболяване.

Как се лекува карцинома на щитовидната жлеза /паращитовидните жлези?

Развитието на съвременната медицина позволява да се осигури лечение за всички пациенти с карцином на щитовидната жлеза и паращитовидните жлези във всички стадии на заболяването. Естествено, колкото в по-ранен стадий се открие заболяването, толкова по-добри са резултатите от проведеното лечение, подобрява се прогнозата и се снижава смъртността.

Хирургично лечение

Хирургичното лечение има за цел премахване на туморното образувание.

При напредналите стадии се налага да се премахне цялата щитовидна жлеза, а при наличие на шийни метастази се премахват и шийните лимфни възли.

В следоперативния период е възможно да настъпят някои усложнения, свързани със самата оперативна намеса. Увреждането на паращитовидните жлези води до изтръпване по лицето и ръцете, изискващо бърза лекарска намеса.

При разширените оперативни намеси е възможно и увреждане на гласовите нерви (едностранно или двустранно), като при последното е възможно и поставянето на

трахеостомна канюла. Състоянието е неприятно, но в следствие при всички болни се постига трайно възстановяване чрез провеждане на гласова рехабилитация.

Йод 131 терапия и лъчетерапия

След уточняване на хистологичния вид на тумора и стадия на заболяването ние Ви представяме на съвместно обсъждане с лъчетерапевт и химиотерапевт и за постигане на туморен контрол може да се наложат допълнително лъчетерапия и химиотерапия.

Йод 131 терапията и лъчетерапията най-често се провежда след оперативното лечение.

Химиотерапията и имунотерапията се използват допълнително при някои от видовете тумори за постигане на добри резултати.

Какво е необходимо да се направи за ранното диагностициране на карцинома на щитовидната жлеза?

Ако имате възлова формация в областта на шията (щитовидната жлеза) трябва своевременно да се обърнете към вашият лекуващ лекар и да направите специфичните за това изследвания. Всички възлови образувания на щитовидната жлеза подлежат на оперативно лечение. Ако имате промяна в гласа, болки и стягане в шийната област следва да се обърнете към УНГ-специалист или ендокринолог.

Защо е необходимо да постъпите в болница?

Необходимостта за постъпване в болница се налага за доказване наличието на малигнен тумор на щитовидната жлеза или паращитовидните жлези и предприемане на съответно лечение.

Преглед на щитовидната жлеза.

Лекарят започва своя преглед на щитовидната жлеза или паращитовидните жлези чрез оглед и палпация на шийната област, която може да бъде извършена по няколко способа. В следствие се назначават хормонални изследвания (вземане на кръв) и инструментални изследвания (направа на ТСЦ, ехография, пункционна биопсия, туморни маркери).

Лечение и прогноза

Възможностите за лечение и прогноза зависят от клиничното и функционалното състояние на щитовидната жлеза/паращитовидните жлези. В случаите на повишено производство на хормони (хипертиреозидизъм) се налага медикаментозно лечение по схема за определен период.

В случаите на установени възлови образувания в щитовидната жлеза се препоръчва оперативно лечение.

След провеждане на лечението (медикаментозно, хирургично, лъчелечение, химиотерапия или комбинирано) пациентите подлежат на редовни контролни прегледи, при които се следи дали състоянието е овладяно.