

КП № 107 ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА С ИНСТРУМЕНТАЛНА ДИАГНОСТИКА

Минимален болничен престой – до 24 часа

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

C73 Злокачествено новообразувание на щитовидната жлеза

Други видове хипотиреоидизъм

Не включва: хипотиреоидизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреоидизъм след медицинска намеса (E89.0)

E03.5 Микседемна кома

E03.8 Други уточнени видове хипотиреоидизъм

E03.9 Хипотиреоидизъм, неуточнен

Микседем БДУ

Други видове нетоксична гуша

Не включва: вродена гуша:

- БДУ
- дифузна
- паренхиматозна

} (E03.0)

гуша, свързана с йоден недоимък (E00—E02)

E04.1 Нетоксичен единичен възел на щитовидната жлеза

Колоиден възел (кистозен)(тиреоиден)

Нетоксичен единичен възел

Тиреоиден (кистозен) възел БДУ

E04.2 Нетоксична полинодозна гуша

Кистозна гуша БДУ

Полинодозна (кистозна) гуша БДУ

Тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм]

Не включва: хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза (E06.2)
неонатална тиреотоксикоза (P72.1)

E05.0 Тиреотоксикоза с дифузна гуша

Екзофталмична или токсична гуша БДУ

Болест на Graves

Токсична дифузна гуша

E05.1 Тиреотоксикоза с токсичен единичен тиреоиден възел

Тиреотоксикоза с токсична едновъзлеста гуша

E05.2 Тиреотоксикоза с токсична полинодозна гуша

Токсична възлеста гуша БДУ

E05.3 Тиреотоксикоза от ектопична тиреоидна тъкан

E05.4 Тиреотоксикоза, изкуствено предизвикана (factitia)

E05.5 Тиреотоксична криза или кома

E05.8 Други видове тиреотоксикоза

Хиперсекреция на тиреостимулиращ хормон

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E05.9 Тиреотоксикоза, неуточнена

Хипертиреоидизъм БДУ

Тиреотоксична болест на сърцето† (I43.8*)

Тиреоидит

Не включва: тиреоидит след раждане (O90.5)

E06.0 Остър тиреоидит

Тиреоидит:

• пиогенен

	• гноен При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).
E06.1	Подостър тиреоидит Тиреоидит: • на de Quervain • гигантоклетъчен • грануломатозен • негноен Не включва: автоимунен тиреоидит (E06.3)
E06.2	Хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза Не включва: автоимунен тиреоидит ((E06.3)
E06.3	Автоимунен тиреоидит Тиреоидит на Hashimoto Хашитоксикоза (преходна) Лимфоаденоматозна гуша Лимфоцитарен тиреоидит Лимфоматозна гуша
E06.4	Медикаментозен тиреоидит При необходимост от идентифициране на лекарствения препарат се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).
<u>Други болести на щитовидната жлеза</u>	
E07.0	Хиперсекреция на калцитонин С-клетъчна хиперплазия на щитовидната жлеза Хиперсекреция на тиреокалцитонин
E07.8	Други уточнени болести на щитовидната жлеза Дефект на тироксин-свързващия глобулин Кръвоизлив Инфаркт Синдром на болест с еутиреоидизъм
<u>Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, неклаифицирани другаде</u>	
E89.0	Следпроцедурен хипотиреоидизъм Хипотиреоидизъм след облъчване Следоперативен хипотиреоидизъм
<u>Увреждания на слъзния апарат и орбитата при болести, класифицирани другаде</u>	
N06.2*	Екзофталм при нарушение на функцията на щитовидната жлеза (E05.—†)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9КМ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ТИРЕОИДНАТА И ПАРАТИРЕОИДНИТЕ ЖЛЕЗИ	
**06.11 ЗАТВОРЕНА (ИГЛЕНА) (ПЕРКУТАННА) БИОПСИЯ НА ТИРЕОИДНАТА ЖЛЕЗА	
Аспирационна биопсия на тиреоидната жлеза	
Биопсия на щитовидна или паращитовидна жлеза	
30094-10	Тънкоиглена биопсия [перкутанна] на щитовидна жлеза
МЕКОТЪКАННО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЛИЦЕ, ГЛАВА И ШИЯ	
Изключва:	
ангиография - 88.40-88.68	
**87.04 КАТ НА ГЛАВА	

Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс
фаринкс
слюнчена жлеза
горен хранопровод

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава за шиен гръбнак (виж блок [1959])
такава при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шията

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

**87.09 ДРУГО МЕКОТЪКАННО РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ГЛАВА И ШИЯ

Друга рентгенография

90903-00 Рентгенография на мека тъкан, неклассифицирана другаде

ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК (ЕХОГРАФИЯ)

**88.71 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА ГЛАВА И ШИЯ

Изключва:
око - 95.13

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
ЕхоенцефалогRAFия

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

ДРУГО ДИАГНОСТИЧНО ОБРАЗНО ИЗОБРАЖЕНИЕ

**88.97 МАГНИТНО РЕЗОНАНСНО ИЗОБРАЖЕНИЕ НА ДРУГИ И НЕОПРЕДЕЛЕНИ МЕСТА

Магнитно резонансен образ

90901-08 Ядрено магнитен резонанс на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

****90.19 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ЕНДОКРИННА ЖЛЕЗА**
Цитологично изследване

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92204-00 Неинвазивни диагностични тестове, измервания или изследвания, неклассифицирани другаде

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**
Включва някои от следните медико-диагностични изследвания:
ПКК и хормонални изследвания – fT4;TSH
и/или
Имунологични изследвания
и/или
Имуноцитохимично изследване на биоптат
и/или
Функционални тестове с хормони

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13839-00 Вземане на кръв за диагностични цели
Включва: чрез артериална пункция
Не включва: проба от адренална вена (13839-02 [1858])
стимулационен тест с адренокортикотропен хормон (30097-00 [1858])
вземане на кръв за преливане (13709-00 [1891])
хемафереза:
• донорска (13755-00 [1892])
• терапевтична (13750 [1892])
интра-артериално канюлиране за кръвно-газов анализ (13842-00 [1858])
проба от синус петрозум [венозен] (13839-01 [1858])
тези при новородени (13312-00 [1858])

****90.79 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ЛИМФЕН ВЪЗЕЛ И ЛИМФА**
Цитологично изследване

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92204-00 Неинвазивни диагностични тестове, измервания или изследвания, неклассифицирани другаде

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ИНЦИЗИЯ НА ТИРЕОИДНАТА ОБЛАСТ

***06.01 АСПИРАЦИЯ ОТ ТИРЕОИДНАТА ОБЛАСТ ПРИ НЕОПЕРАБИЛНИ БОЛНИ**

Изключва:

аспираторна биопсия на тиреоидната - 06.11
дренаж чрез инцизия - 06.09

Процедури по прилагане, поставяне или премахване върху тироидна или паратироидна жлеза

- 90047-00 Аспирация на тироидна жлеза
Перкутанен [иглен] дренаж на щитовидна жлеза
Не включва: аспирационна биопсия на щитовидна жлеза (30094-10 [112])
дренаж чрез инцизия (90047-01 [111])
постоперативна аспирация на щитовидна жлеза (90047-02 [111])

*06.02 ПОСТОПЕРАТИВНА АСПИРАЦИЯ НА ОБЛАСТТА

Инцизионни процедури на щитовидна жлеза

- 90047-02 Реоперация на рана щитовидна жлеза
Реоперация на рана на тироидна жлеза за:
- контрол на (постоперативна) хеморагия
 - проверка
 - изследване
 - отстраняване на хематом

*06.98 ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ТИРЕОИДНАТА ЖЛЕЗА

Инжектиране на алкохол в образувания на щитовидната жлеза за склерозиране

Други процедури на щитовидна и парашитовидна жлеза

- 90041-00 Други процедури на тироидна жлеза

ЛЕЧЕБНА РАДИОЛОГИЯ И НУКЛЕАРНА МЕДИЦИНА

*92.28 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНСТИЛАЦИЯ НА РАДИОИЗОТОПИ

Интравенозно инжектиране или инстилиране за лечение на доброкачествени заболявания на щитовидната жлеза

Прилагане на терапевтична доза на незапечатан радиоизотоп

- 16009-00 Прилагане на лечебна доза 131 – йод

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

*99.18 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ЕЛЕКТРОЛИТИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

***99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД**

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

***99.24 ИНЖЕКЦИЯ НА ХОРМОН**

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

***99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО**

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изисквания:

1. При доказване на злокачествено заболяване на щитовидната жлеза (код С73) клиничната пътека се счита за завършена при извършени четири основни диагностични процедури с код ****90.59**(13839-00), ****88.71**(55028-00, 55032-00), ****06.11**(30094-10) и ****90.19**(92204-00) или ****90.79**(92204-00) и положителен цитологичен резултат. Задължително насочване към хирургична клиника за радикално оперативно лечение.

2. При доказване на нетоксична възловидна струма (код Е04.1, Е04.2) клиничната пътека се счита за завършена при извършени четири основни диагностични процедури с код ****90.59**(13839-00), ****88.71**(55028-00, 55032-00), ****06.11**(30094-10) и ****90.19**(92204-00) или ****90.79**(92204-00) и приложен цитологичен резултат.

3. Във всички други случаи клиничната пътека се счита за завършена, когато са извършени три основни диагностични процедури ****90.59**(13839-00), ****88.71**(55028-00, 55032-00) и ****06.11**(30094-10). При извършване на биопсия се отчита допълнително и четвърта диагностична процедура – ****90.19**(92204-00)или ****90.79**(92204-00).

Забележка: 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-то ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Ендокринология и болести на обмяната”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

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 ендокринология или Клиника/отделение по детска ендокринология
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия.
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

Забележка*: В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, 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 обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за възраст над 18 години:

- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

Блок 2. Необходими специалисти за възраст до 18 години:

- лекар със специалност по детска ендокринология и болести на обмяната или лекар със специалност по ендокринология и болести на обмяната и поне един с квалификация по ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

Забележка: 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.

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

- лекар със специалност по ендокринология и болести на обмяната (поне един от посочените по-горе основни специалисти) да притежава съответна квалификация по ехография на шийна област и извършване на ТАБ под ехографски контрол, както и алкохолно склерозирание на нефункциониращи и функциониращи доброкачествени възли на щитовидната жлеза под ехографски контрол.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. СПЕШНИ:

- болни с тежка тиреотоксикоза и заплашваща тиреотоксична криза;
- тежка тиреоидасоциирана офталмопатия (ТАО) – III в, IV б, V и VI класове;
- клиника за компресия в шийната област;
- хипотиреоидизъм с усложнения (сърдечна недостатъчност, перикарден или друг излив, ТАО, миастенна симптоматика, съпътстващ хипопаратиреоидизъм – постаблативен, идиопатичен);
- хипертиреоидизъм с усложнения (левкопения, алергия към тиреостатици, токсичен медикаментозен хепатит, сърдечна недостатъчност, ТАО, миастенна симптоматика).

1.2. ПЛАНОВИ:

- бързонарастваща струма;
- неуточнена възлеста гуша за диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение;
- съмнение за тиреоидит, кръвоизлив в тиреоидна киста и други с или без болка в шийната област;
- неуточнена пареза на възвратен нерв;
- среднотежка, тежка и усложнена тиреотоксикоза до и след започване на тиреостатично лечение;
- незадоволителен резултат от провеждано амбулаторно консервативно лечение; рецидиви на заболяването;
- ТАО от клас 2б нагоре (NOSPECS – ETA) и активност;
- тежка и активна ТАО след телегаматерапия;
- обострен ТАО след ¹³¹йод терапия и след хирургично лечение на щитовидната жлеза;
- новооткрит, неуточнен или вроден хипотиреоидизъм;
- болни с активна ТАО за провеждане на пулс терапия с метилпреднизолон.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В ПОСОЧЕНИТЕ ВАРИАЦИИ И ВЪЗМОЖНОСТИ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията. Подготовката за инвазивна процедура започва непосредствено след началото на хоспитализацията. Ехография и биопсия се извършва най-късно до 48 часа от постъпването на пациента. Контролни образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

ЛЕЧЕНИЕ

- **медикаментозно:** тиреостатици, кортикостероиди;
- ¹³¹**Йод – лечение** след обсъждане от специална комисия;
- **аспирация на тиреоидна киста;**
- **алкохолно склерозизиране на възли в щитовидната жлеза;**
- **симптоматично лечение на усложненията:** кортикостероиди, кардиотоници, диуретици, антиаритмични средства, антихипертензивни, антибиотици, инсулин.

Лечение на болни с ТАО

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза и очния статус се провежда тридневен венозен пулс с кортикостероид. След около 2 месеца се прави контролен преглед и според активността на заболяването се преценява нуждата от пореден курс пулс-терапия. Понякога клиничният ход на заболяването налага провеждането на 4 – 6 (при нужда повече) лечебни курса. Всяка хоспитализация за пулс-терапия трябва да се отчита като нова клинична пътека.

¹³¹Йод-лечение на болни с хипертиреозидизъм

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите заболявания, болният се насочва за планово явяване пред Комисия по ¹³¹Йод-лечение (ендокринолог и радиолог), където след непосредствено направени ¹³¹Йод-каптация и тиреосцинтиграфия(ТСГ), се определя терапевтичната доза ¹³¹Йод за венозно приложение. На 3^{ти}, 6^{ти} и 12^{ти} месец болният отново се хоспитализира за преоценка на постигнатия ефект (хормони-амбулаторно - 3^{ти},6^{ти},12^{ти} месец, ¹³¹Йод-каптация и ТСГ-6^{ти} и 12^{ти} месец) и евентуално определяне на повторна доза ¹³¹Йод-лечение. Всяка хоспитализация в рамките на посочените четири (изходно, 3^{ти},6^{ти} и 12^{ти} месец) да се отчита като нова клинична пътека. В случай, че болният получи за пореден път (втори или трети) доза ¹³¹Йод-лечение, отново се открива лечебен цикъл от 4^{ри} хоспитализации (изходно,3^{ти},6^{ти} и 12^{ти} месец), считано от датата на съответната доза ¹³¹Йод.

Лечение на болни с хипертиреозидизъм с усложнения – левкопения, алергия, токсичен хепатит

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус, съпътстващите консервативното лечение усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кортикостероид венозно с последваща амбулаторно терапия пер ос, колони-стимулиращ фактор, антибиотици, витамини, луголов разтвор, бета-блокери, хепатопротективни средства, антиалергични средства.

Лечение на болни с хипертиреозидизъм със сърдечно-съдови усложнения (ритъмни или проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, артериална хипертония)

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите сърдечно-съдови усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кардиотоник – парентерално или пер ос; диуретик – парентерално или пер ос; антиаритмично средство – парентерално или пер ос; антихипертензивно средство – парентерално или пер ос.

Лечение на болни с хипотиреозидизъм със сърдечно-съдови усложнения (ритъмни или проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, артериална хипертония)

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите сърдечно-съдови усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кардиотоник – парентерално или пер ос; диуретик – парентерално или пер ос; антиаритмично средство – парентерално или пер ос; антихипертензивно средство – парентерално или пер ос.

Поведение при злокачествени образувания на щитовидната жлеза

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза (статус, тиреоидни хормони, тиреоидни антитела, УЗ диагностика, ТАБ под ехографски контрол и положителен цитологичен резултат), болният се насочва за радикално оперативно лечение.

Поведение при доброкачествени образувания на щитовидната жлеза

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза (статус, тиреоидни хормони, тиреоидни антитела, УЗ диагностика, ТАБ под ехографски контрол и цитологичен резултат без данни за малигненост), се определя терапевтичното поведение и болният се насочва за:

- оперативно лечение;
- ¹³¹Iод лечение;
- алкохолизация – перкутанно инжектиране на абсолютен алкохол в доброкачествено новообразование на щитовидната жлеза;
- аспирация на съдържимото от киста на щитовидната жлеза;
- активно наблюдение и диспансеризация от ендокринолог при редовен ехографски контрол.

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.

Съобразно клиничната находка, резултатите от клинико-лабораторни показатели – биохимични, тиреоидни хормони и тиреоидни антитела, инструментални изследвания и цитологичното изследване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- резултати от изследване на тиреоидни хормони (fT4 или TSH);
- ехография на щитовидна жлеза;
- след проведена диагностична биопсия;
- след венозни инфузии с кортикостероиди по повод на ТАО;
- след симптоматично лечение на усложненията при тиреоидни заболявания;
- след аспирация на тиреоидна киста;
- след алкохолно склерозирание на възли в щитовидна жлеза.

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 епикриза.

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 Наредба № 40 от 2004 (обн. ДВ бр. 97/9.12.2011г.)

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”* - бл.МЗ-НЗОК №7.

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

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

- *“История на заболяването”*;

- част III на *“Направление за хоспитализация”* - бл.МЗ-НЗОК №7;

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

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

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Функцията на щитовидната жлеза е да абсорбира йода, попаднал в организма чрез храната и да го преработва в тироидните хормони тироксин (Т4) и трийодотиронин (Т3) чрез комбиниране на йод и аминокиселината тирозин. След това Т3 и Т4 попадат в кръвта и се разпространяват из цялото тяло, като контролират метаболизма (превръщането на кислород и калории в енергия). Здравата щитовидна жлеза произвежда около 80% Т4 и 20% Т3, но въпреки това хормоналната "сила" на Т3 е около 4 пъти по-голяма от тази на Т4.

Щитовидната жлеза се командва от *хипофизата*, малка жлеза с формата на фъстък, разположена в основата на мозъка. Когато нивата на тироидните хормони (Т3 и Т4) паднат твърде много, хипофизата произвежда тироидно стимулиращия хормон TSH (известен в България още и като ТТХ), който стимулира щитовидната жлеза да произвежда повече хормони. Под въздействието на TSH, щитовидната жлеза секретира Т3 и Т4 и така повишава нивото им в кръвта. Хипофизата усеща това и реагира, като понижава секрецията на TSH. Хипофизата от своя страна се командва от хипоталамуса. Той произвежда хормона TRH, който има функцията да "казва" на хипофизата да стимулира щитовидната жлеза (тоест да секретира TSH). Това е идеалния вариант.

При увеличена функция на жлезата (хипертиреоза), която се изразява със засилено производство на Т3 и Т4, се регистрират типични симптоми. На първо място обмяната на веществата работи на ненормално високи обороти, настъпва повишаване на телесната температура, на сърдечната честота, нерядко и на кръвното налягане. Наблюдава се безсъние, треперене, често изпотяване, разстройство и засилен апетит, без обаче да е налице нарастване на теглото. Това най-често става, когато определени зони от жлезата не се "подчиняват" на контрола на хипоталамуса и хипофизата и произвеждат повече от необходимото количество хормони. Подобно състояние е възможно да се получи при автоимунно заболяване, когато организмът сам произвежда имунни вещества, стимулиращи растежа и "непокорството" на жлезата. Така се стига до нарастване, наречено в България "гуша". Сходен е и механизмът на познатата ни *Базедова болест*. За нея е характерно изпъкването на очите. Само 20 процента от този тип заболявания засягат мъжкия пол. Най-често хипертиреозата се лекува медикаментозно с много добър резултат, но нерядко, за да се разруши жлезата, се налага прилагането на радиоактивен йод. След това идва ред на заместителното лечение с тироидни хормони, което трае до края на живота.

При намалена функция на щитовидната жлеза организмът страда от липсата на Т3 и Т4, като най-честата причина е недостигът на йод в храната. Хипоталамусът и хипофизата "улавят" този дефицит и стимулират жлезата да произвежда непрекъснато все повече и повече хормони, което не е възможно. Жлезата нараства неимоверно, образува се "гуша", която, за разлика от описаната по-горе, не произвежда достатъчно Т3 и Т4. Енергията в организма не е достатъчна, всички процеси протичат по-бавно и по-мудно - налице са нарушена мисловна концентрация, лесна уморяемост, студени вълни, апатия, нерядко и депресивни настроения. Макар че рядко се явяват у мъжете, тези състояния не бива да се подценяват от лекарите. Още повече, че напредването на възрастта и тук води до по-оскъдно производство на хормони. Леките форми на болестта се лекуват с добавяне на йод към храната, а по-тежките – със заместително лечение с щитовидни хормони.

Понякога щитовидната жлеза започва да расте, причинявайки развитието на един или повече възли в нея.

Голяма част от тези солидни или изпълнени с течност бучки са доброкачествени и не причиняват симптоми. В действителност вие не знаете, че имате възел, докато той не се открие при рутинен преглед от лекар.

Някои възли нарастват значително и притискат гръкляна и хранопровода, причинявайки затруднения в гълтането и дишането.

Около 5% от възелчетата могат да бъдат злокачествени.

Повечето възелчета се откриват, когато лекарите преглеждат шията ви при рутинен медицински преглед. Ще бъдете помолени да преглъщате по време на прегледа, тъй като възелчетата в жлезата обикновено се движат нагоре и надолу по време на гълтането, докато възелчетата от другите части на шията остават на място.

След установяването на възела е важно да се разбере дали той е злокачествено и дали причинява нарушена функция на щитовидната жлеза. Поради тази причина се извършват следните изследвания:

Ехография на щитовидната жлеза. Тази образна техника използва звукови вълни с висока честота. Прилага се за разграничаване на солидни от кистични възли, за определяне на големината на възлите, както и за насочване на посоката на иглата при извършване на тънко-иглена биопсия на възела.

Функционални изследвания на щитовидната жлеза. Изследванията, които измерват нивата на тироксин (T4), трийодтиронин (T3) и тиреоид-стимулиращия хормон (TSH) показват дали щитовидната жлеза произвежда твърде голямо количество тироксин (хипертиреоидизъм) или твърде ниско (хипотиреоидизъм).

Тънкоиглена аспирационна биопсия. Това е най-доброто изследване за различаване на доброкачествен от злокачествен възел. При тази процедура, лекарят вкарва тънка игла във възела и взема материал за изследване. При наличие на повече от един възел, материал се взема от всеки един поотделно. Понякога лекарят може да използва ехограф за насочване на иглата към възела. Материалите се изпращат до патоанатомическа лаборатория, за да бъдат анализирани под микроскоп.

Сцинтиграфия на щитовидната жлеза. Въпреки, че е позагубило вече значението си, това изследване се прави за преценка на функцията на намерените възли в щитовидната жлеза. При това изследване се инжектира радиоактивен йод във вените. Вие лягате на кушетка, докато специална камера възпроизвежда образ на щитовидната жлеза върху компютърен екран. Възлите, които отделят повишено количество щитовидни хормони и се наричат "горещи възли" се изобразяват с по-интензивно оцветяване, тъй като поемат по-голямо количество радиоактивен йод. "Топлите възли" изглеждат и функционират както нормалната тъкан, докато "студените възли" са нефункциониращи и изглеждат дефекти в изпълването или "дупки" на сцинтиграфията. Горещите възли са почти винаги доброкачествени, докато малък процент от топлите и студените възли са злокачествени.

В зависимост от вида на възела и функцията на щитовидната жлеза съществуват следните възможности за лечение:

Изчаквателно поведение. Ако тънкоиглената биопсия покаже, че имате доброкачествен възел, лекарите препоръчват наблюдение на състоянието ви, което означава преглед и изследване на хормоните на щитовидната жлеза през определени интервали от време. Ако доброкачественият възел не претърпи промяна, може никога да не се наложи лечение.

Лечение, подтискащо хормоните на щитовидната жлеза. При този метод, доброкачествените възли се лекуват с L-thyroxin - синтетичната форма на тироксина, която се приема в таблетна форма. Целта е доставката на допълнително количество щитовидни хормони е да накара хипофизната жлеза да произвежда по-малко TSH- хормон, който стимулира растежа на щитовидната жлеза. Това лечение се провежда все по-рядко, поради липса на ясни доказателства, че намалява размера на възлите. Лечението дава и сериозни странични ефекти при предозиране.

Радиоактивен йод. Използва се често за лечение на възлите и на многовъзлестата гуша с повишена функция на щитовидната жлеза. След приема му под формата на капсула

или в течно състояние, радиоактивният йод се натрупва в щитовидната жлеза, причинявайки свиването на възлите и намаляването на симптомите на хипертиреозидизма (повишена функция на щитовидната жлеза) в срок от два до три месеца.

Аблация на възлите с алкохол. Това е противоречиво лечение, което рядко се прилага, поради възможните си странични действия. При него възлите с повишена функция се инжектират с етилов алкохол, което води до свиването им и подтискане на симптомите на хипертиреозидизма.

Операция. Злокачествените възли на щитовидната жлеза подлежат на хирургическо отстраняване, често заедно с голяма част от тиреоидната жлеза. Тази процедура е известна като субтотална тиреоидектомия. Понякога доброкачествените възли също изискват оперативно премахване ако са толкова големи, че пречат на дишането и преглъщането. Оперативната интервенция е предпочитана и при хора с голяма многовъзлеста гуша, която притиска дихателните пътища, хранопровода и кръвоносните съдове. При пълно отстраняване на жлезата, ще имате нужда от заместително лечение с хормони до края на живота ви.