

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 23 ივნისის N5 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 21 მაისის N01-150/ო ბრძანებით

## ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი დაავადების მართვა

პროტოკოლი

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი დაავადების მართვა .....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
4. პროტოკოლის მიზანი .....	3
5. სამიზნე ჯგუფი .....	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	3
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	4
8. რეკომენდაციები .....	4
8.1 კლინიკური შეფასება და დიაგნოზი.....	4
8.2 მართვა და მკურნალობა .....	7
8.3 ორსულობა და ბავშვები .....	10
8.4 ფჯ კვანძების მართვა ბავშვებში.....	11
9. მოსალოდნელი შედეგები .....	12
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	12
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	12
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	12
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე .....	13
14. პროტოკოლის ავტორები.....	13

## ცხრილები

ცხრილი N1. წვრილნემსიანი ასპირაციული ბიოფსიის ჩვენებები .....	6
ცხრილი №2. მტკიცებულებების სიმლიერე .....	11
ცხრილი №3. გამოყენებული რეკომენდაციების ხარისხი.....	11
ცხრილი №4. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	12

## 1. პროტოკოლის დასახელება: ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი დაავადების მართვა

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
არატოქსიური ერთკვანძიანი ჩიყვი	E04.1
არატოქსიური მრავალკვანძოვანი ჩიყვი	E04.2
თირეოტოქსიკოზი, ერთკვანძიანი ტოქსიკური ჩიყვით	E05.1
თირეოტოქსიკოზი, მრავალკვანძიანი ტოქსიკური ჩიყვით	E05.2
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
ფარისებრი ჯირკვლის ულტრასონოგრაფია	BADE1A
ფარისებრი ჯირკვლის ბიოფსია პუნქციური ნემსით ციტოლოგიური გამოკვლევისთვის	BAXX20
ფარისებრი ჯირკვლის იზოტოპური გამოკვლევა,	BAI
ფარისებრი ჯირკვლის და პარათირეოიდული ჯირკვლების კტ	BADD00
ფარისებრი ჯირკვლის და პარათირეოიდული ჯირკვლების მაგნიტო-რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ)	BADG00
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
თირეოტროპული ჰორმონის განსაზღვრა სისხლში (TSH)	HR.3.6
თიროქსინის თავისუფალი ფრაქციის განსაზღვრა სისხლში (FT4)	HR.1.3
ფარისებრი ჯირკვლის სხვა ჰორმონების განსაზღვრა სისხლში: ტრიოდთირონინის თავისუფალი ფრაქციის (FT3),	HR1.6
ანტისხეულები თირეოიდული პეროქსიდაზის მიმართ (anti TPO)	IM4.1.2
ანტისხეულები თირეოგლობულინის მიმართ (anti TG)	IM4.1.1

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინის საფუძველზე:

AACE, AME, ETA – medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules- 2010 და ATA 2009 guideline.

ბ) ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციებში ცვლილებები არ არის შეტანილი.

## 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი დაავადების მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ნებისმიერი ასაკისა და სქესის პაციენტს, ფარისებრი ჯირკვლის კვანძოვანი დაავადებით.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია შემდეგი სპეციალობის ექიმებისთვის: ენდოკრინოლოგი, რადიოლოგი, ონკოქირურგი, პედიატრი და პათოლოგ-ანატომი.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

### 8.1 კლინიკური შეფასება და დიაგნოზი

#### ანამნეზი

ჩაიწერეთ შემდეგი ინფორმაცია: (B;2)

- ასაკი, სქესი;
- ოჯახური ანამნეზი (ჰაპილარული კიბო, მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზია, ფარისებრი ჯირკვლის მედულური კარცინომა);
- ინფორმაცია თავ-კისრის მიდამოში რადიაციული ზემოქმედების ეპიზოდის (დასხივების) შესახებ;
- კისრის მიდამოში არსებული წარმონაქმნის ზრდის ტემპი;
- დისფონია, დისფაგია ან დისპნოე;
- ჰიპერ- ან ჰიპოთირეოზის სიმპტომები;
- იოდშემცველი მედიკამენტების ან ბიოდანამატების გამოყენება.

კვანძების უმრავლესობა ასიმპტომურია და სიმპტომების არარსებობა არ გამორიცხავს ავთვისებიანობას. (C;3)

#### საექიმო გასინჯვა

სავალდებულოა ფჟ-ისა და კისრის ლიმფური კვანძების გასინჯვა. A;3

**გასინჯვის შედეგად ჩაიწერეთ:** C;3

- ფარისებრი ჯირკვლის კვანძის ლოკალიზაცია, კონსისტენცია და კვანძ(ებ)-ის ზომა;
- კისრის მიდამოს მგრძობელობა ან მტკივნეულობა;
- კისრის ლიმფადენოპათია.

ერთეული (სოლიტარული) კვანძის ან მრავალკვანძოვანი ჩიყვის მქონე პაციენტებში კიბოს განვითარების რისკი თანაბარია. B;2

**ულტრასონოგრაფიული კვლევა (უსგ კვლევა)** საერთო პოპულაციაში უსგ გამოკვლევა არ არის რეკომენდებული. C;3

**უსგ გამოკვლევა რეკომენდებულია:** B;3

- ფჟ-ის ავთვისებიანი სიმსივნის რისკის მქონე პაციენტებში: თავ-კისრის რეგიონში რადიაციის ისტორია, ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნის ოჯახური ანამნეზი, კვანძის აღმოჩენის შემთხვევაში ასაკი <14 ან >70 წ-ზე, მამრობითი სქესი, კვანძი ზრდის ტენდენციით, მკვრივი კონსისტენცია, კისრის ლიმფადენოპათია, დისფონია, დისფაგია ან დისპნოე.
- იმ შემთხვევაში, როდესაც კლინიკური მონაცემების და რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით არსებობს ეჭვი ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების არსებობაზე და პალპაციის შედეგი ნორმალურია, უსგ-ს ჩატარება მაინც რეკომენდირებულია.
- პალპირებადი კვანძების ან მრავალკვანძოვანი ჩიყვის მქონე პაციენტებში;

- პაციენტებში ლიმფადენოპათიით, საექვო ავთვისებიან დაზიანებაზე.

### როგორ აღწეროთ უსგ კვლევის შედეგები

- უსგ კვლევის პასუხი ორიენტირებული უნდა იყოს ავთვისებიანი სიმსივნის სტრატეგიკაციის რისკზე. C;4
- აღწერეთ კვანძ(ებ)-ის პოზიცია, ფორმა, ზომა, კიდეები, შიგთავსი, ექოგენობა და სისხლმომარაგება (ვასკულარიზაცია). C;3
- მრავლობითი კვანძების შემთხვევაში ყველაზე დიდი ზომის „დომინანტური“ კვანძის ნაცვლად აუცილებელია დეტალურად აღწეროთ ის კვანძი, რომელიც გამოირჩევა ავთვისებიანობისათვის დამახასიათებელი უსგ ნიშნებით (ჰიპოექოგენობა და/ან უსწორმასწორო კიდეები, ვერტიკალური ზომა > ჰორიზონტალურზე, მიკროკალციფიკატები ან კვანძშიდა უწესრიგოდ, ქაოსურად განლაგებული სისხლძარღვოვანი ქსელი). C;3

### სადიაგნოსტიკოდ მოწოდებული სხვა რადიოლოგიური კვლევები

- კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია არ არის მოწოდებული ფგ-ის კვანძების რუტინული კვლევისათვის. D
- კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიის ჩვენებებია: დიდი ზომის კვანძოვანი წარმონაქმნი, სუბსტერნალური კვანძოვანი ჩიყვი, ჰაერგამტარ გზებზე კომპრესია. C;3

### წვრილნემსიანი ასპირაციული (წნა) ბიოფსია

ფარისებრი ჯირკვლის წნა ბიოფსია

- ფ.ჯ.-ის კვანძებიდან ციტოლოგიური მასალის აღება უნდა წარიმართოს ულტრაბგერითი კონტროლის ქვეშ. A;3
- ციტოლოგიური დიაგნოზის სარწმუნოობა გაცილებით მაღალია მასალის ასეთი წესით აღების შემთხვევაში, ვიდრე უსგ კონტროლის გარეშე. B;3

თირეოიდული კვანძების კლინიკური მართვა უნდა ხდებოდეს უსგ კვლევის შეფასებისა და წნა ბიოფსიის შედეგების გათვალისწინებით. A;3

### წნა-ბიოფსია რეკომენდებულია ისეთი კვანძებისთვის: B;3

- რომლის დიამეტრი >10 მმ-ზე და არის სოლიდური, ჰიპოექოგენური უსგ კვლევით;
- ნებისმიერი ზომის კვანძი, თუ უსგ კვლევა აღწერს ექსტრაკაფსულარულ ზრდას ან კისრის ლიმფური კვანძების მეტასტაზურ დაზიანებას;
- ნებისმიერი ზომის კვანძი:
  - თუ პაციენტს ანამნეზში აქვს კისრის მიდამოს დასხივება ბავშვობის ან მოზარდობის ასაკში,
  - ოჯახური ისტორია – პირველი რიგის ნათესავებში ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული, მედულარული კიბო ან მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზია-2,
  - თუ ადრე ფარისებრ ჯირკვალზე ჩატარებული აქვს ქირურგიული მკურნალობა კიბოს გამო,
  - მომატებული კალციტონინის დონე მისი სეკრეციის მასტიმულირებელი ფაქტორების არარსებობის დროს;

- 10 მმ-ზე ნაკლები დიამეტრის მქონე კვანძ(ებ)ი, როცა უსგ კვლევით საექვოა მალიგნიზაცია; 2 ან მეტი უსგ კრიტერიუმის არსებობის დროს იზრდება ფარისებრის ჯირკვლის კიბოს რისკი.

არ არის რეკომენდირებული სცინტიგრაფიით დადასტურებული ცხელი კვანძების წნა-ბიოფსია. B;3

ამასთან ერთად, მიზანშეწონილად ჩაითვალა ATA-ს 2009 წლის რეკომენდაციებით გათვალისწინებული წნა ბიოფსიის ჩვენებების ცხრილის სახით მოწოდება:

### ცხრილი N1. წვრილნემსიანი ასპირაციული ბიოფსიის ჩვენებები

კვანძის სონოგრაფიული ან კლინიკური ნიშნები	კვანძის რეკომენდირებული ზღურბლოვანი ზომა წნა-სთვის
<b>მაღალი რისკის ანამნეზი</b> (ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს არსებობა ერთ ან მეტ პირველი რიგის ნათესავში, გარეგანი სხივური თერაპია ან მაიონიზებული რადიაციის შემოქმედება ბავშობის ან მოზარდობის ასაკში, ჰემითირეოიდექტომიის შემდგომ პათომორფოლოგიური კვლევით დადასტურებული კიბოს დიაგნოზი, პოზიტრონულ ემისიური ტომოგრაფიით (PET) გამოვლენილი კვანძები, მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზია 2(მენ2) / მედულური კიბოს ოჯახურ ფორმასთან ასოცირებული RET პროტონკოგენის მუტაცია, პლაზმური კალციტონინი > 100 პგ/მლ)	
<i>კვანძი საექვო უსგ ნიშნებით</i> (მიკროკალციფიკატები, ჰიპოექოგენურობა, კვანძის გაძლიერებული ვასკულარიზაცია, უსწორმასწორო ინფილტრაციული კიდეები, სიმაღლე > სიგანე, ჰალოს არარსებობა)	>5მმ (რეკომენდაცია A)
<i>კვანძი საექვო უსგ ნიშნების გარეშე</i>	>5მმ (რეკომენდაცია I) (ექიმის გადაწყვეტილებით)
<b>კისრის შეცვლილი ლიმფური კვანძები</b>	ყველა (რეკომენდაცია A)
<b>მიკროკალციფიკატების არსებობა კვანძში</b>	≥ 1 სმ (რეკომენდაცია B)
<b>სოლიდური კვანძი</b>	
<i>და ჰიპოექოგენური</i>	>1სმ (რეკომენდაცია B)
<i>და იზო- ან ჰიპერექოგენური</i>	≥ 1 – 1,5 სმ (რეკომენდაცია C)
<b>შერეული ცისტურ-სოლიდური კვანძი</b>	
<i>ნებისმიერი საექვო უსგ ნიშნით</i>	≥ 1.5 – 2.0 სმ (რეკომენდაცია B)
<i>საექვო უსგ ნიშნების გარეშე</i>	≥ 2.0 სმ (რეკომენდაცია C)
<b>ღრუბლისებური (სპონჯიფორმული) კვანძი</b>	≥ 2.0 სმ (რეკომენდაცია C)
<b>ჭეშმარიტი კისტა</b>	წნა არ არის ნაჩვენები (რეკომენდაცია E) (შესაძლოა ჩატარდეს მხოლოდ თერაპიული ჩვენებით)

## რადიონუკლიდური სკანირება

- სცინტიგრაფია ტარდება ფჯკ დაავადების ან მრავალკვანძოვანი ჩიყვის დროს იმ შემთხვევაში, თუ თტკ-ის დონე დაბალია (ქვედა ზღვრის ნიშნულზე) ან ეჭვია ექტოპიური ფარისებრი ჯირკვლის ან რეტროსტერნალური ჩიყვის არსებობაზე; B;3
- იოდეფიციტურ რეგიონებში, მაშინაც კი, როდესაც თტკ-ის დონე ნორმაშია, მოწოდებულია სცინტიგრაფია ერთეული ან მრავალკვანძოვანი ჩიყვის შემთხვევაში ფარისებრი ჯირკვლის კვანძების ავტონომიურობის გამოსარიცხად. C;3
- ფ.ჯ.-ის სწინტიგრაფიისთვის გამოიყენება  $^{123}\text{I}$  ან  $^{99\text{m}}\text{TcO}_4^-$  (ნატრიუმის პერტექნეტი B;3
- $^{131}\text{I}$  ჩართვის ტესტი არ არის რეკომენდირებული რუტინული დიაგნოსტიკისთვის, თუ ეჭვი არ არის დაბალი ჩართვის თირეოქსიკოზზე. A;3

## ფარისებრი ჯირკვლის კვანძების ლაბორატორიული შეფასება

- ყოველთვის განსაზღვრე TSH - ის დონე. A;3
- თუ TSH -ის დონე არის დაბალი, განსაზღვრეთ: B;3
  - ა) FT4 , T3 ან FT3;
  - ბ) TSH -ის რეცეპტორების მიმართ ანტისხეულები;  
თუ TSH - ის დონე არის მაღალი, განსაზღვრეთ FT4 და Anti TPO;
- anti Tg – ის ტესტის ჩატარება უნდა შემოვიწახოთ იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ ქრონიკული ლიმფოციტური თირეოიდიტისთვის დამახასიათებელი უსგ და კლინიკური მონაცემები, მაგრამ anti TPO - ს დონე აქვთ ნორმალური“. C;3
- ფ.ჯ.კ-ს დიაგნოსტიკისთვის არ არის რეკომენდებული Tg-ს (თირეოგლობულინი) განსაზღვრა. პაციენტებში, რომლებსაც ჩატარებული აქვთ ოპერაციული მკურნალობა ავთვისებიანი სიმსივნის გამო, Tg (თგ)-ს განსაზღვრა ინფორმატიულია ცრუ უარყოფითი შედეგების გამოვლენისათვის. C;3

**კალციტონინი** ფ.ჯ.-ის კვანძოვანი დაავადების გამოკვლევის საწყის ეტაპზე ბაზალური კალციტონინის დონის განსაზღვრა შესაძლოა ჩაითვალოს საჭირო ტესტად B;3. არასტიმულირებული კალციტონინის განსაზღვრა შესაძლოა გამოყენებულ იქნას კვანძოვანი ჩიყვის წინასაოპერაციო პერიოდში; B;3 ფჯ-ი ს მედულარულ კარცინომაზე (MTC) ან მრავლობითი ენდოკრინული ნეოპლაზია 2 (MEN-2) -ზე კლინიკური ეჭვის ან ოჯახური ანამნეზის არსებობის შემთხვევაში, სავალდებულოა კალციტონინის დონის განსაზღვრა. A;2

## სხვა ტესტები

განსაზღვრეთ შრატში კალციუმი, PTH (პარათირეოიდული ჰორმონი), ან ორივე მაჩვენებელი თუ უსგ კვლევით ეჭვია ფ.ჯ.-ში არსებულ პარათირეოიდულ ადენომაზე. D

## 8.2 მართვა და მკურნალობა

### კვანძები, რომელთა იდენტიფიკაცია ვერ მოხერხდა წნა ბიოფსიით

თუ საწყის ეტაპზე ჩატარებული ფწნა-ბიოფსიის შედეგები აღმოჩნდა არადადამაკმაყოფილებელი, უნდა განმეორდეს ფწნა-ბიოფსია უსგ კონტროლით. BB;3

სოლიდური კვანძი, რომლის იდენტიფიკაცია ვერ მოხერხდა განმეორებითი წნა-ბიოფსიით, საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას. C;4

თუ წნა-ბიოფსიის ციტოლოგიური პასუხი არაა დამაკმაყოფილებელია, შეიძლება გამოვიყენოთ მსხვილნემსიანი-ბიოფსია (core-needle-biopsy), რომელიც მოგვცემს დამატებით ინფორმაციას ფჯ დაზიანების შესახებ. C;3

### **წნა ბიოფსიით დადასტურებული კეთილთვისებიანი კვანძების მართვა**

#### **დაკვირვება**

- ციტოლოგიურად კეთილთვისებიანი კვანძების არსებობის შემთხვევაში საჭიროა შემდგომი დაკვირვება.

**განმეორებით შეფასდეს კლინიკური ნიშნები**, უსგ კვლევის მახასიათებლები და TSH-ის done 6 - 18 თვეში. D

- საექვო კლინიკური ან უსგ მონაცემების შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს განმეორებითი წნა-ბიოფსია უსგ კონტროლით. B;3
- თუ კვანძი გაზრდილია 50% -ზე მეტით, საჭიროა გაკეთდეს განმეორებითი წნა-ბიოფსია უსგ კონტროლით. B;3
- წნა-ბიოფსიის უსგ კონტროლით განმეორება შესაძლოა საჭირო აღმოჩნდეს პირველი წნა ბიოფსიიდან 6 -18 თვეში, მაშინაც კი, თუ პაციენტს საწყის ეტაპზე ციტოლოგიით დაუდასტურდა კეთილთვისებიანი კვანძის არსებობა. D

#### **კეთილთვისებიანი კვანძების ლევოთიროქსინით თერაპია**

- არ არის რეკომენდებული სუპრესიული თერაპია ლევოთიროქსინით. B;1
- ლევოთიროქსინით თერაპია ან იოდის (პროფილაქტიკური დოზით) გამოყენება შესაძლებელია მცირე ზომის კვანძოვანი ჩიყვის მქონე ახალგაზრდა პაციენტებში, როდესაც არ არის ფუნქციური ავტონომია. B;1
- ლობექტომიის შემდგომ რეციდივის პროფილაქტიკის მიზნით ლევოთიროქსინით თერაპია არ არის რეკომენდებული, თუ TSH რჩება ნორმის ფარგლებში. B;1

#### **კეთილთვისებიანი კვანძების ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებები**

- ფჯ კვანძ (ებ)თან ასოცირებული ადგილობრივი ზეწოლის სიმპტომები, ანამნეზში გარეგანი დასხივების ეპიზოდის არსებობა, კვანძის პროგრესული ზრდა, უსგ გამოკვლევით მიღებული საექვო მახასიათებლები, კოსმეტიკური საკითხი; D
- ერთკვანძიანი კეთილთვისებიანი ჩიყვის ქირურგიული მკურნალობის დროს უპირატესობა ენიჭება ლობექტომია + ისთმექტომიას, ხოლო მრავალკვანძოვანი ჩიყვის დროს კი (თითქმის) ტოტალურ რეზექციას. D

#### **უსგ კვლევის კონტროლი T მიმდინარე ეთანოლის კვანძში და ინექციები**

- ეთანოლის ინექციები ეფექტურია ფჯ კეთილთვისებიანი ცისტების და კომპლექსური შენების კვანძების (დიდი სითხური კომპონენტებით) სამკურნალოდ; B;1
- ეთანოლის ინექციები არ გამოიყენება ერთეული სოლიდური კვანძის შემთხვევაში ნებისმიერი ფუნქციური მდგომარეობის დროს, ასევე არ გამოიყენება მრავალკვანძოვანი ჩიყვის სამკურნალოდ. C;3

#### **თერმული აბლაცია**

ლაზერული აბლაცია შესაძლოა ჩატარდეს ზეწოლის სიმპტომების ან კოსმეტიკური პრობლემების არსებობისას იმ პაციენტებში, რომლებმაც უარი განაცხადეს ქირურგიულ



მკურნალობაზე ან აღენიშნებათ გართულებათა მაღალი რისკი ქირურგიული ჩარევის შემთხვევაში.

ლაზერული აბლაცია ტარდება სპეციალიზირებულ ცენტრებში. C;2 რადიოსიხშირული აბლაცია (RFA - Radiofrequency ablation) არ არის რეკომენდებული ფარისებრი ჯირკვლის კვანძების რუტინული მართვისათვის. C;3

### **კეთილთვისებიანი კვანძოვანი ჩიყვის მკურნალობა რადიოაქტიური იოდით**

#### **მკურნალობის ჩვენებები:**

- ჰიპერფუნქციური და/ან სიმპტომური (ეუთირეოიდული) ჩიყვი, ანამნეზში ფჯ-ზე ქირურგიული ჩარევა ან ქირურგიულ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკი. (B;2)
- მკურნალობის დაწყებამდე წნა ბიოფსია უსგ კონტროლით უნდა ჩატარდეს ისევე, როგორც არატოქსიური მრავალკვანძოვანი ჩიყვის შემთხვევაში არსებული რეკომენდაციებისას; (B;3)
- რადიოაქტიური იოდის მიღებამდე აცილებულ უნდა იქნას საკონტრასტო ნივთიერებების ან იოდეიზირებული პრეპარატების გამოყენება. ანტითირეოიდული პრეპარატების გამოყენება უნდა შეწყდეს მკურნალობამდე სულ მცირე 1 კვირით ადრე და შესაძლებელია განახლდეს რადიოაქტიური იოდით მკურნალობის დამთავრებიდან 1 კვირის შემდეგ. (B;2)

#### **უკუჩვენებები**

- რადიოაქტიური იოდით მკურნალობა წინააღმდეგ ნაჩვენებია ორსულ და მეძუძურ ქალებში. (A;2)
- რეპროდუქციული ასაკის ქალებში რადიოაქტიური იოდით მკურნალობის დაწყებამდე ყოველთვის უნდა ჩატარდეს ორსულობის ტესტი. A;2

#### **რადიოაქტიური იოდთერაპიის შემდგომი დაკვირვება:**

- სავალდებულოა ფ.ჯ.-ის ფუნქციის რეგულარული მონიტორინგი. B;3
- განმეორებითი რადიოიოდთერაპია ნაჩვენებია მუდმივი ან განმეორებითი ჰიპერთირეოზის დროს ან ჩიყვის არასაკმარისად შემცირების შემთხვევაში. C;3

#### **ფოლიკულური ნეოპლაზია**

- ფოლიკულური დაზიანების შემთხვევაში განმეორებითი წნა-ბიოფსია არ არის რეკომენდებული, რადგან არ იძლევა დამატებით ინფორმაციას. C;3
- მსხვილნემსიანი ბიოფსია არ გამოიყენება ფოლიკულური დაზიანების შემთხვევაში, რადგან არ იძლევა დამატებით ინფორმაციას წნა ბიოფსიის შემდეგ. D;4
- მოლეკულური და ჰისტოქიმიური მარკერების რუტინული გამოყენება ამჟამად არ არის რეკომენდებული, გარდა ცალკეული შემთხვევებისა. D;3
- უმეტეს შემთხვევაში ფოლიკულური დაზიანების მკურნალობისთვის რეკომენდებულია ქირურგიული მკურნალობა. B;3
- ინტრაოპერაციულად სწრაფი მორფოლოგიური კვლევა კრიონათლებით არ არის რეკომენდებული, როგორც რუტინული პროცედურა. D
- გამონაკლის შემთხვევებში კეთილსაიმედო კლინიკური, უსგ, ციტოლოგიური და იმუნოჰისტოქიმიური მონაცემების შემთხვევაში რეკომენდებულია კლინიკური დაკვირვება დინამიკაში.

### წნა ბიოფსიით გამოვლენილი საექვო კვანძების მართვა

- რეკომენდირებულია ქირურგიული მკურნალობა. B;3
- გამოსადეგია ინტრაოპერაციულად სეგმენტის სწრაფი მორფოლოგიური კვლევა კრიოანათლებით. D

### წნა ბიოფსიით დადასტურებული ავთვისებიანი კვანძების მართვა

- პაციენტებს, რომლებსაც წნა-ბიოფსიით დაუდგინდათ ფარისებრი ჯირკვლის დიფერენცირებული კარცინომის დიაგნოზი, რეკომენდებულია ქირურგიული მკურნალობა; A;3
- ანაპლაზიური კარცინომის, მეტასტაზური დაზიანების და ლიმფომის დროს ქირურგიულ მკურნალობამდე რეკომენდებულია დამატებითი გამოკვლევების ჩატარება. B;3

## 8.3 ორსულობა და ბავშვები

### კვანძების მართვა ორსულობის პერიოდში

- ორსულ ქალთა ფ.ჯ კვანძების მართვა იდენტურია არაორსულ ქალებში კვანძების მართვისა. ორსულებში საექვო კლინიკური ან უსგ მონაცემების არსებობის შემთხვევაში დიაგნოზის დაზუსტებისთვის საჭიროა წნა-ბიოფსია. C;3
- ორსულ ქალებს, რომელთაც აღენიშნებათ ფ.ჯ-ის კვანძები ეუთირეოიდული ან ჰიპოთირეოიდული მდგომარეობის ფონზე, წნა ბიოფსია უნდა ჩატარდეს.

იმ ქალებში, რომელთაც უგრძელდებათ თტჰ-ის დონის სუპრესია ორსულობის პირველი ტრიმესტრის შემდეგაც, წნა-ს გადავადება შეიძლება ორსულობისა და ლაქტაციის შეწყვეტის შემდგომი პერიოდისთვის, როდესაც რადიონუკლიდური სკანირების ჩატარება იქნება შესაძლებელი კვანძის ფუნქციური მდგომარეობის შესაფასებლად. C;3

- უკუნაჩვენებია რადიაციული აგენტების გამოყენება როგორც სამკურნალო, ასევე დიაგნოსტიკური მიზნით. A;2
- ორსულობის პერიოდში არ არის რეკომენდებული ფ.ჯ კვანძების სუპრესიული თერაპია ლევოთიროქსინით. თუმცა, თუ ორსულობის დროს ჩატარებული წნა-ს შემდეგ საექვო ან დაისვა ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული კარცინომის დიაგნოზი, მაშინ რეკომენდირებულია ლევოთიროქსინის დანიშვნა, რათა შევინარჩუნოთ TSH - ის მაჩვენებლის შენარჩუნება 0,1-1  $\mu\text{u/l}$  ფარგლებში (ATA- C;3 )
- ორსულობის განმავლობაში ზრდადი კვანძების დაკვირვება გულისხმობს უსგ და წნა-ბიოფსიას. C;3
- თუ წნა-ბიოფსიით დადასტურდა ფ.ჯ-ის ფოლიკულური დაზიანება, ოპერაციული მკურნალობა შესაძლებელია გადავადდეს მშობიარობის შემდგომი პერიოდისთვის. C;3

### წნა-ბიოფსიით დადგენილი ავთვისებიანი კვანძების მართვა ორსულობის პერიოდში

- თუ ფ.ჯ-ის მალიგნიზაციის დიაგნოზი დგინდება ორსულობის პირველ ან მეორე ტრიმესტრში, თირეოიდექტომია შეიძლება ჩატარდეს მეორე ტრიმესტრის განმავლობაში, როდესაც ანესთეზიასთან დაკავშირებული რისკი არის მინიმალური. C;3
- იმ შემთხვევაში, როდესაც ციტოლოგიური კვლევით დადასტურებული კარცინომა მიმდინარეობს არააგრესიულად, ქირურგიული მკურნალობა შესაძლებელია გადატანილ იქნას მშობიარობის შემდგომ პერიოდამდე.

- თუ ფჯ კიბოს დიაგნოზი დგინდება მესამე ტრიმესტრში, ქირურგიული მკურნალობა შეიძლება ჩატარდეს მშობიარობის შემდგომ დაუყოვნებლივ. C;3

#### 8.4 ფჯ კვანძების მართვა ბავშვებში

ბავშვებში კვანძოვანი დაავადებების შეფასება ისევე ხდება, როგორც მოზრდილებში. C;3. ბავშვებში, მალიგნიზაციის მაღალი რისკის გამო, ქირურგიული ჩარევა ხშირად აუცილებელია, როგორც “ცივი” ასევე “ცხელი” კვანძების შემთხვევაში. C;3.

ქვემოთ მოცემული ცხრილი საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ თითოეული სამედიცინო მიდგომის როლი პაციენტის მკურნალობისას. მტკიცებულებების ხარისხი (LE) გამოყენებული იქნება სხვადასხვა სამკურნალო მეთოდის და დიაგნოსტიკური პროცედურის როლის განსაზღვრისას. ყველა რეკომენდაცია მიღებულ იქნა ამერიკის კლინიკური ენდოკრინოლოგების, იტალიის კლინიკური ენდოკრინოლოგებისა და ევროპის თირეოიდოლოგთა ასოციაციების შეთანხმებისა და სპეციალური კომისიის მიერ ამ შეთანხმების რეცენზირების შედეგად.

#### ცხრილი №2. მტკიცებულებების სიძლიერე

მტკიცებულების დონე	აღწერა
1	კარგად კონტროლირებადი, გენერალიზებული, რანდომიზებული კვლევები. ხარისხიანად ჩატარებული, კარგად კონტროლირებადი, მულტიცენტრული კვლევები. დიდი მეტაანალიზი ხარისხის შეფასებით. კატეგორიული მტკიცებულებები.
2	რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები. მონაცემთა შეზღუდული რაოდენობა. კარგად მართვადი ჯგუფური პროსპექტული კვლევა. ჯგუფური კვლევების მეტაანალიზი.
3	მეთოდოლოგიურად დარღვევით მიმდინარე რანდომიზებული კლინიკური კვლევები. ობსერვაციული კვლევები. შემთხვევათა სერიების აღწერა. ურთიერთსაწინააღმდეგო მონაცემები რეკომენდაციის მხარდამჭერი მტკიცებულების უპირატესობით.
4	ექსპერტთა შეთანხმება. ექპერტის გამოცდილებაზე დაყრდნობით შემუშავებული რეკომენდაცია. „თეორიულად მიღებული დასკვნა“. „დაუმტკიცებელი დასკვნა“.

#### ცხრილი №3. გამოყენებული რეკომენდაციების ხარისხი

რეკომენდაციის დონე	აღწერა
A	1- > პუბლიკაცია მტკიცებულების 1 ხარისხით: სარგებელი >> რისკზე
B	მტკიცებულების ხარისხის არმქონე ერთი პუბლიკაცია ან ერთზე მეტი პუბლიკაცია მტკიცებულების მე-2 ხარისხით: სარგებელი >> რისკზე
C	მტკიცებულების ხარისხის არმქონე 1 ან 2 პუბლიკაცია, ერთი ან მეტი პუბლიკაცია მტკიცებულების მე-3 ხარისხით: სარგებელი >> რისკზე
D	მტკიცებულების ხარისხის არმქონე 1-3 პუბლიკაცია: სარგებელი >> რისკზე; 1 პუბლიკაცია მტკიცებულების 1 – 2 – 3-ე ხარისხით: რისკი >> სარგებელზე.

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებებით გამოწვეული შრომისუნარიანობის დაქვეითების და სიკვდილიანობის შემცირება.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული პროტოკოლი?
- საავადმყოფოს რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?
- როგორია კვანძოვანი და მრავალკვანძოვანი ჩიყვის გავრცელება საერთო პოპულაციასა და თირეოიდოლოგიური პათოლოგიით დაავადებულ პაციენტებს შორის?
- როგორია პაპილარული კარცინომის გავრცელების სიხშირე (%) საერთო პოპულაციასა და კვანძოვანი ჩიყვით დაავადებულ პაციენტებს შორის?
- როგორია მედულარული კარცინომის გავრცელების სიხშირე (%) საერთო პოპულაციასა და კვანძოვანი ჩიყვით დაავადებულ პაციენტებს შორის?
- როგორია ფოლიკულური კარცინომის გავრცელების სიხშირე (%) საერთო პოპულაციასა და კვანძოვანი ჩიყვით დაავადებულ პაციენტებს შორის?
- როგორია კვანძოვანი და მრავალკვანძოვანი ჩიყვის სიხშირე (%) ასაკობრივი ჯგუფის მიხედვით?
- რამდენ პაციენტში ხდება აუტოიმუნური თირეოიდიტის და კვანძოვანი ჩიყვის თანხვედრა?

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლი უნდა გადაიხედოს 2 წლის ვადაში.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი იხილეთ ცხრილში N4.

### ცხრილი №4. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რესურსის გამოყენების მიზანი	
ოჯახის ექიმი ენდოკრინოლოგი რადიოლოგი პათოლოგ-ანატომი ონკოქირურგი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადგენა, მეთვალყურეობა დიაგნოზის დადგენა დიაგნოზის დადგენა ქირურგიული ჩარევა	ყველა რგოლი აუცილებელია
ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება, რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება;	სასურველია
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამომახების უზრუნველყოფა.	სასურველია
მენეჯერი/	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, დანერგვაზე	სასურველია

ადმინისტრატორი	მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია: სისხლის საერთო, TSH, FT4, Ft3, Anti tpo, Anti tg, კალციტონინი, CA	ფ/ჯ-ის ფუნქციური მდგომარეობის დადგენის და პოსტოპერაციული მდგომარეობის მართვის მიზნით	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: ულტრაბგერა	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის რეკომენდაციები სავსებით მისაღებია საქართველოში მოფუნქციონირე სამედიცინო დაწესებულებებისათვის.

### 14. პროტოკოლის ავტორები

საბოლოო ვერსია შემუშავებულია „საქართველოს ენდოკრინოლოგთა საზოგადოებისა“ და „ახალგაზრდა ენდოკრინოლოგთა ასოციაციის“ მიერ.

**დავით მეტრელი** - თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ენდოკრინოლოგიის მიმართულების ასოცირებული პროფესორი, „საქართველოს ენდოკრინოლოგთა საზოგადოების“ თავმჯდომარე;

**ლალი ჯავაშვილი** - მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, „ახალგაზრდა ენდოკრინოლოგთა ასოციაციის“ დამფუძნებელი;

**ქეთევან მიქაძე** - ექიმი ენდოკრინოლოგი;

**ნინო ხაბეიშვილი** - ექიმი ენდოკრინოლოგი;

**ანი კობაიძე** - ექიმი ენდოკრინოლოგი;

**მაია ქობულია** - ექიმი ენდოკრინოლოგი;

**მერი რეკვავა** - ექიმი ენდოკრინოლოგი.