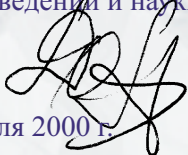


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

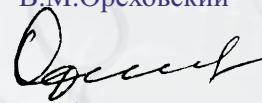
Заместитель начальника
Главного управления кадровой политики,
учебных заведений и науки Н.И. Доста



4 февраля 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М.Ореховский



4 февраля 2000 г.

Регистрационный № 92-9908

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОДХОДЫ К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Минск 2000

Учреждения-разработчики:

Минский государственный медицинский институт,
Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов

Авторы: Ю.Е. Демидчик, З.Э. Гедевич, В.Б. Смычек, Т.Н. Глинская, Т.И. Минайло,
Т.А. Корень, Л.В. Васильева, С.Н. Терещенко, М.Н. Шепетько, В.В. Барьяш, Е.И. Федорович

Рецензент: Л.С. Гиткина

В методических рекомендациях изложены мероприятия по медицинской реабилитации больных раком щитовидной железы после хирургического и комбинированного лечения. Приведены прогностические факторы исходов болезни и рассмотрены некоторые вопросы медико-социальной экспертизы.

Методические рекомендации предназначены для эндокринологов, хирургов, онкологов, ВКК и МРЭК.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО (КОМБИНИРОВАННОГО) ЛЕЧЕНИЯ	5
1. Коррекция гормонального статуса	5
2. Коррекция осложнений	10
3. Общеукрепляющие мероприятия	12
ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА	13
ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ	15
Приложение 1	18
Содержание кальция в мг/100 г продукта	18
Приложение 2	20
Классификация рака щитовидной железы по системе TNM (UICC)	20

ВВЕДЕНИЕ

Рак щитовидной железы — частое онкологическое заболевание в Республике Беларусь. С 1990 г. количество больных этой опухолью неуклонно увеличивается и в настоящее время ежегодно выявляется более 700 новых случаев. Рак щитовидной железы широко метастазирует в регионарные лимфатические узлы, легкие и кости. В связи с этим лечение больных во всех случаях предусматривает выполнение тотальной тиреоидэктомии с удалением глубоких лимфатических узлов шеи. Для лечения метастазов применяется радиойодтерапия, а также наружное облучение шеи и средостения. При этом наряду с лечебным эффектом нередко возникают тяжелые последствия, снижающие качество жизни больных.

В методических рекомендациях представлено восстановительное лечение и даны критерии медико-социальной экспертизы у больных раком щитовидной железы.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО (КОМБИНИРОВАННОГО) ЛЕЧЕНИЯ

Программа медицинской реабилитации больных включает следующие основные направления:

1. Коррекция гормонального статуса.
2. Коррекция осложнений.
3. Общеукрепляющие мероприятия.

1. Коррекция гормонального статуса

Хирургическое удаление всей или значительной части щитовидной железы ведет к гипотиреозу, который в большинстве случаев устраняется пожизненным применением L-тироксина в дозе 1,6 мкг на 1 кг массы тела у взрослых и 2 мкг на 1 кг массы тела у детей. При отсутствии L-тироксина для заместительной терапии могут быть использованы другие препараты: трийодтиронин, тиреотом, тиреотом форте и тиреодин, а также некоторые их сочетания.

У больных папиллярным и фолликулярным раком для профилактики рецидивов используются высокие супрафизиологические дозы тироксина, которые подавляют секрецию тиреотропного гормона (ТТГ) и препятствуют пролиферации раковых клеток. Рекомендуемая доза L-тироксина в этих случаях составляет 2,5 мкг на 1 кг массы тела у взрослых и 2,5–3 мкг у детей и подростков. Супрессивная терапия не должна проводиться другими тиреоидными препаратами.

Возможны следующие побочные эффекты такого лечения:

- гипертиреоз;
- остеопороз;

– обострение хронических заболеваний сердца.

При развитии осложнений доза L-тироксина может быть уменьшена, но в этих случаях уровень ТТГ не должен превышать 0,3 МЕ/мл.

У больных анапластическим, плоскоклеточным и медуллярным раком щитовидной железы супрессивная терапия тироксином неэффективна.

У больных с полностью удаленной щитовидной железой труднее добиться супрессии ТТГ и даже достичь нормализации его уровня.

При удовлетворительной супрессии ТТГ (менее 0,3 МЕ/мл) средний уровень Т4 находится на верхней границе нормы, а уровень свободного Т4 превышает интервал нормальных значений. Средний уровень Т3 незначительно повышен, а свободный Т3 остается в рамках физиологических величин. Это свидетельствует о правильном выборе дозы L-тироксина.

При повышенных значениях ТТГ ($\geq 0,3$ МЕ/мл) содержание свободного и общего Т4 проявляет тенденцию к снижению, а уровень тиреоглобулина (ТГ) — к повышению.

После хирургического лечения и радиойодтерапии часто возникает паращитовидная недостаточность. Происхождение гипопаратиреоза связано с удалением, повреждением, воспалением и рубцовыми процессами в области паращитовидных желез.

Гипопаратиреоз сопровождается дефицитом паратгормона, недостаток которого ведет к серьезным нарушениям гомеостаза:

- снижается всасываемость кальция в кишечнике;
- уменьшается канальцевая реабсорбция кальция в почках;
- ухудшается мобилизация кальция из костей;
- нарушается синтез активной формы витамина D;
- развивается гипокальциемия и гиперфосфатемия;
- повышается нервно-мышечная возбудимость, которая ведет к тетании.

Лечебная программа при гипопаратиреозе заключается в купировании приступа тетании (гипокальциемического криза) и применении постоянной корригирующей терапии.

Купирование криза проводится неотложно, так как в этих случаях может развиваться асфиксия и длительный коронарораспизм. С указанной целью используется хлорид или глюконат кальция.

Кальция хлорид вводят внутривенно медленно по 20–40 мл 10% раствора. Если эффекта не наступило, то применяют длительную инфузию 100 мл 10% раствора в 500 мл 5% глюкозы.

Если для купирования применяется глюконат кальция, то его доза должна быть в два раза более высокой, чем хлорида кальция.

В промежутках между приступами, а также при более легком течении гипопаратиреоза рекомендуется многоплановое лечение, включающее диету, богатую кальцием, лечение препаратами витамина D, кальция и магния.

Наиболее высокое содержание кальция в твердом и плавленом сыре, вяленой рыбе, сардинах с костями, сельдерее, миндале, кураге, молоке, йогурте и семенах подсолнечника (см. Приложение 1).

По выбору врача назначается один из препаратов, содержащих кальций:

1) кальция хлорид 10% раствор по столовой ложке после еды 3–6 раз в сутки в зависимости от клинических проявлений;

2) кальция глюконат в таблетках по 0,5 г принимается внутрь перед едой. Суточная доза составляет от 0,5 до 3,0 г.

3) кальция лактат в таблетках по 0,5–1,0 г принимается внутрь.

При нормализации уровня кальция в крови дозу указанных препаратов можно снизить.

Действие препаратов кальция усиливается при одновременном использовании витаминов D₃ (оксидевит, рокалтрол) или D₂ (эргокальциферол).

Препараты витамина D₃ (оксидевит, рокалтрол и альфарол) выпускаются в капсулах по 0,25, 0,5 и 1 мкг и масляных растворах. Суточная поддерживающая доза оксидевита не должна превышать 1 мкг.

Витамин D₂ (эргокальциферол) менее активен, чем оксидевит и рокалтрол. Выпускается в виде масляных и спиртовых растворов (дигидротахистерол, тахистин, АТ-10). Действие эргокальциферола проявляется на третьи сутки.

Таблица 1

Растворы эргокальциферола

Раствор	Содержание МЕ	
	в 1 мл	в 1 капле
Масляной		
0,0625%	25 000	625
0,125%	50 000	1 250
0,5%	200 000	5 000
Спиртовой		
0,5%	200 000	4 000

Дигидротахистерол (тахистин), как и эргокальциферол, улучшает всасывание кальция в кишечнике. Выпускается в 0,1% масляном растворе по 10 и 50 мл во флаконе. В 1 мл содержится 1 мг тахистина. Суточная доза — 20–30 капель 3 раза в день в первые дни после купирования тетании, поддерживающая доза — от 10 до 20 капель в день.

Эффективность лечения гипопаратиреоза повышает магния сульфат, который вводится взрослым внутримышечно в виде 25% раствора по 10 мл 1 раз в день в течение 3 дней. Препараты, содержащие магний, способствуют также поддержанию кислотно-щелочного равновесия.

Надо иметь ввиду, что при передозировке препаратов витамина D возможно развитие гиперпаратиреоза, проявляющегося ухудшением общего состояния, жаждой, сухостью во рту, тошнотой, рвотой, потерей аппетита.

В этих случаях необходимо отменить препараты витамина D, тахистин, назначить обильное питье, исключить потребление продуктов с большим содержанием кальция, рекомендовать прием витаминов А и С и глюкокортикоидов.

Степень тяжести гипопаратиреоза определяется по клиническим признакам, уровню кальция и фосфора, эффективности лечения препаратами кальция и производными витамина D.

I степень (легкая) — лабораторные показатели кальция и фосфора нормальные, клинические признаки отсутствуют на фоне лечения.

II степень (средняя) — уровни кальция и фосфора субнормальные, парестезии сохраняются на фоне лечения.

III степень (тяжелая) — выраженная гипокальциемия, гиперфосфатемия, судороги, парестезии, патологические рефлексy, не исчезающие при лечении препаратами кальция и витамина D.

2. Коррекция осложнений

Эффективность реабилитационных мероприятий существенно зависит от срока их начала. Профилактика послеоперационных осложнений начинается до операции правильным выбором объема вмешательства, а также доступа к щитовидной железе и регионарным лимфатическим узлам. Непосредственно во время операции или в раннем послеоперационном периоде комплекс лечебных мер направлен на профилактику отека гортани, послеоперационного кровотечения, развития острой дыхательной недостаточности, гипопаратиреоза и нагноения раны. Со вторых суток после вмешательства больным проводится профилактическое физиотерапевтическое лечение.

Воздействие переменным магнитным полем улучшает кровообращение в зоне операции, предупреждает интерстициальный отек, улучшает трофику паращитовидных желез и кожи, препятствует образованию грубых келлоидных рубцов.

При парезе возвратных нервов, шейно-плечевом плексите, нейропатии добавочного нерва рекомендуется внутримышечное введение 0,05% раствора прозерина 1,0 мл, витамина В₆-5% —1,0 внутримышечно и витамина В₁-6% —1,0 (20 инъекций). Применяются токи Бернара на ложе щитовидной железы в режиме синкопа с катода по 10 мин или синусоидальные модулированные токи от амплипульса, режим выпрямленный 30 Гц, 75%, 10 мин, 10 процедур. Целесообразно проводить 3 курса с интервалом в 1 мес.

При наличии гнойных осложнений рана дренируется, назначается магнитотерапия, лазеротерапия, КВЧ-терапия, поляризованный свет от лампы «Бионика». В позднем послеоперационном периоде при формировании келлоидных рубцов применяются аппликации димексида в концентрации, магнитотерапия, фонофорез гидрокортизоновой мази и электрофорез йодистого калия и лидазы.

Один из компонентов комбинированного лечения больных раком щитовидной железы — радиоiodтерапия или дистанционное облучение патологического очага.

При дистанционной лучевой терапии в 15–20% наблюдений отмечается снижение кожной чувствительности (болевой, тактильной) и гиперпигментация. Острыми осложнениями наружного облучения могут быть ларингит и эзофагит.

Для лечения ларингита применяют ингаляции с кортикостероидами, магнитотерапию, электрофорез йодистого калия или хлористого кальция. При возникновении эзофагита следует прибегнуть к стандартной обволакивающей терапии (масло облепихи, шиповника, альмагель А).

Отдаленным последствием наружного облучения может быть фиброз кожи и подкожной клетчатки, для лечения которого используются аппликации димексида, электрофорез йодистого калия, магнитотерапия и фонофорез гидрокортизоновой мази.

В тех случаях, когда проводится радиоiodтерапия, может наблюдаться снижение количества лейкоцитов, лимфопения и тромбоцитопения. Указанные гематологические изменения в большинстве случаев не требуют специального лечения. Основные проявления ухудшения самочувствия в 80% случаев обусловлены желудочно-кишечными симптомами: снижение аппетита, тошнота, рвота. При повторных курсах радиоiodтерапии может развиваться острый гастрит и сиаладенит. В отдаленном периоде может развиваться пневмофиброз, миелодепрессия, азооспермия, атрофия яичек и дисфункция яичников.

Для предупреждения ранних осложнений радиоiodтерапии целесообразны следующие мероприятия:

– за 30 мин до приема I^{131} следует применить обволакивающую терапию и спазмолитические средства;

- для ускорения элиминации радиоактивного йода из полости рта и желудка назначается обильное питье (не менее 400 мл жидкости);
- в течение трех дней после приема I^{131} необходима стимуляция саливации для профилактики лучевого сиаладенита. Следует употреблять лимоны, кислые соки и жевательную резинку;
- между курсами радиойотерапии назначается супрессивная гормонотерапия L-тироксином под контролем уровня ТТГ каждые 6 недель.

3. Общеукрепляющие мероприятия

После выписки из стационара необходимо проводить лечебные мероприятия, направленные на общее укрепление организма: антиоксидантная витаминотерапия, лечебная физкультура, массаж, плавание, циркулярный и дождевой душ днем, прием витаминизированных настоев, психотерапия и седативная терапия на ночь. Через 3–5 месяцев после завершения лечения возможно проведение санаторно-курортного лечения.

Больным противопоказаны:

- все виды радоновой и сероводородной терапии;
- все виды тепло- и грязелечения;
- мышьяковистые, азотные, термальные ванны;
- гелио- и ультрафиолетовая терапия;
- высокочастотная электротерапия.

Возможность проведения физиотерапевтических процедур требует консультации онколога.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА

Основные критерии прогноза при раке щитовидной железы — морфологическая форма карциномы (табл. 2), степень ее распространения и возраст больного.

Таблица 2

Агрессивность рака щитовидной железы

Гистологический тип рака	Степень агрессивности
Папиллярный.....	Низкая
Фолликулярный:	
высокодифференцированный.....	Низкая
со снижением дифференцировки.....	Средняя
Медулярный.....	Высокая
Недифференцированный (анapластический)	Очень высокая
Плоскоклеточный.....	Очень высокая

Степень распространения рака щитовидной железы определяется по международной классификации TNM (см. Приложение 2).

Благоприятный прогноз:

- папиллярный, фолликулярный солитарный (T_a) рак;
- опухоль менее 4 см в наибольшем измерении без инвазии капсулы щитовидной железы и распространения на соседние тканевые структуры (T_{1a}, T_{2a});
- регионарные метастазы отсутствуют (N₀);
- отдаленные метастазы отсутствуют (M₀);
- возраст менее 45 лет.

Относительно неблагоприятный прогноз:

- опухоль менее 4 см в наибольшем измерении без инвазии капсулы щитовидной железы, характеризующаяся мультифокальным ростом (T1b, T2b);
- регионарные метастазы на одной стороне шеи (N1a).

Абсолютно неблагоприятный прогноз:

- недифференцированный, плоскоклеточный, медуллярный и фолликулярный рак со снижением дифференцировки;
- папиллярный и фолликулярный рак у больных старше 60 лет с быстрым ростом опухоли;
- прорастание смежных органов и тканевых структур шеи (T4);
- двусторонние регионарные метастазы на шее и (или) метастатическое поражение лимфатических узлов средостения (N1b);
- метастазы в отдаленных органах (M1);
- неоперабельный рак.

Сомнительный прогноз:

- резидуальный (оставленный) рак;
- рецидив рака в тиреоидной ткани;
- метастазы в лимфатических узлах шеи после радикального хирургического или комбинированного лечения.

Вопросы диспансеризации больных раком щитовидной железы (с учетом прогноза) регламентированы приказом Министерства здравоохранения № 280 от 4 ноября 1997 г.

ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

При проведении медико-социальной экспертизы больных раком щитовидной железы следует учитывать клинический прогноз и степень выраженности функциональных нарушений, приводящих к ограничению жизнедеятельности и возможной социальной недостаточности.

Критериями для проведения медико-социальной экспертизы являются:

1. Клинический и трудовой прогноз заболевания (в отношении выздоровления, жизни, качества жизни).

2. Наличие и степень выраженности висцеро-метаболических нарушений, как следствие или непосредственное проявление

– послеоперационного гипотиреоза:

– проведения супрессивной терапии высокими дозами левотироксина;

– проведения радиоiodдиагностики и радиоiodтерапии;

– послеоперационного гипопаратиреоза.

3. Нарушение речеобразования и способности к самостоятельному дыханию, глотанию в результате одно- или двустороннего пареза (паралича) возвратных нервов, пареза (паралича) подъязычных нервов.

4. Наличие иных проявлений основного заболевания или осложнений лечения, приводящих к ограничению критериев жизнедеятельности (нервно-психические, уродующие нарушения, наличие стомы, хроническая боль и др.).

Неблагоприятный прогноз ограничивает, прежде всего, продолжительность жизни и ее качество. Экспертные подходы при неблагоприятном прогнозе аналогичны общепринятым в практике онкологической МРЭК.

Как принято в экспертной практике, степень выраженности висцеро-метаболических нарушений и нарушений речеобразования и способности к самостоятельному дыханию, глотанию ранжируется на «функциональные классы» (ФК).

ФК-0 — нарушение отсутствует;

ФК-1 — нарушение легкой степени (до 25%);

ФК-2 — умеренное нарушение функции (26–50%), состояние умеренной субкомпенсации.

ФК-3 — значительное нарушение функции (51–75%), состояние субкомпенсации.

ФК-4 — резко выраженные нарушения (свыше 75%), состояние декомпенсации.

Нарушения гормонального и биохимического гомеостаза у больных раком щитовидной железы могут приводить к ограничению трудоспособности и всех критериев жизнедеятельности. При более выраженных нарушениях функции — к ограничению способности к передвижению, самообслуживанию, а при глубоком декомпенсированном гипотиреозе и гипопаратиреозе даже к ограничению способности ориентации и самоконтроля.

Больные с нарушением речеобразования испытывают затруднения в общении, а трудности при общении со значимыми людьми приводят к социальной недостаточности из-за снижения способности к интеграции в общество. У больных и инвалидов с нарушением речеобразования также нарушается способность к обучению и участию в трудовой деятельности. При одновременных нарушениях функции внешнего дыхания ограничивается также способность к передвижению, страдает самообслуживание.

При вынесении трудовой рекомендации следует учитывать, что всем больным, перенесшим лечение по поводу рака щитовидной железы, абсолютно противопоказаны:

- 1) особо вредные и особо тяжелые условия труда¹;
- 2) вредные и тяжелые условия труда².

Возможность допуска к другим видам работ (не упомянутых выше), т.е. с элементами вредных или тяжелых условий труда³ решается строго индивидуально. При этом необходимо учитывать информацию об условиях деятельности, характере труда, степени тяжести и напряженности выполняемых работ на конкретном рабочем месте.

Могут быть рекомендованы работы I–II категорий тяжести, т.е. работы, условия труда при выполнении которых, близки к физиологическому комфорту. При этом физические и нервно-эмоциональные нагрузки полностью соответствуют физиологическим возможностям человека или не вызывает существенных изменений психофизиологических функций.

При наличии висцеро-метаболических нарушений, нарушений речеобразования и способности к самостоятельному дыханию, глотанию, иных нарушений вопрос о возможности трудовой деятельности и о характере выносимых трудовых рекомендаций решается строго индивидуально.

¹ Список производств, работ, профессий, должностей и показателей на подземных работах, на работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту в связи с особыми условиями труда (список № 1).

² Список производств, работ, профессий, должностей и показателей на работах с вредными и тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту в связи с особыми условиями труда (список № 2).

³ Список производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа, которая дает право на сокращенную продолжительность рабочего времени в дополнительный отпуск (ГК РБ по труду и социальной защите от 29.07.1999).

Приложение 1

Содержание кальция в мг/100 г продукта

Абрикос	16	Изюм	30	Лосось	55	Мясо косули	8
Апельсин	30	Икра осетровых па- юсная	50	Лапша	13	Овсяные хлопья	55
Базилик	11	Индейка	8	Лимон	25	Окунь речной	50
Балык осетра холодно- го копчения	2070	Инжир	55	Лук	40	Окунь морской	36
Баранина	10	Йогурт	150	Майоран	85	Оливки ...	61
Баклажаны	15	Кабачки	15	Малина	500	Орехи лесные	81
Брусника	40	Какао порошок	115	Мандарины	40	Персик ...	8
Брынза	550	Кальмар	43	Маргарин	33	Петрушка	245
Булочка	25	Камбала в масле (консервы)	319	Мармелад	12	Печень круп рога- того скота	7
Виноград	18	Капуста брокколи	105	Масло сливочное	10	Пиво светлое	4
Вишня сладкая	17	Капуста белокочанная	48	Масло подсолнечное	110	Пиво темное...	3
Вишня кислая	8	Капуста красноко- чанная	53	Молоко обезжиренное	13	Пудинг порошко- вый	115
Горошек зеленый све- жий	26	Капуста морская	39	Молоко жирное	125	Розмарин	1470
Грейпфрут	18	Капуста брюссель- ская	30	Молоко порошковое	120	Ревень	50
Грибы шампиньоны	8	Капуста кислая	50	Молоко сгущенное (сах)	920	Репа	49
Груша	10	Капуста зеленая	210	Молоко конц без саха- ра	307	Рис	25
Голландская капуста	20	Карась	70	Молоко концентриро- ванное	242	Сазан в масле (кон- сервы)	16
Горбуша	48	Картофель	10	Морковь	315	Салат кочанный	35
Гусь	8	Крабы	90	Мясо крупного рог скота	4	Салями	30
Ежевика	45	Крупа овсяная	64	Мясная колбаса	9	Сахар	1
Заячье мясо	10	Колбаса печеночная	8	Мясо кроличье	15	Свекла	37

Продолжение табл.

Слива	14	Сельдь соленая	110	Тимьян	2070	Чечевица	55
Сосиски	10	Сметана 30%	80	Томаты	14	Чипсы	40
Ставрида	64	Сыр жирный	545	Треска	25	Шалфей	1770
Сыр швейцарский	1064	Свежее мясо	3	Тунец	40	Шоколад	215
Сыр советский	1050	Сельдерей	70	Тыква	8	Шоколад молочный	187
Сыр голландский брусков	1040	Соевые бобы	255	Утка	11	Шпроты в масле (конс.)	297
Сыр 60%	80	Спагетти	25	Укроп	1170	Шинка	15
Сыр жесткий 30%	820	Свиное сало	9	Фасоль	105	Шиповник сухой	66
Сыр обезжиренный 10%	125	Сухарь	40	Финик	65	Шпинат	12
Сыр пармезановый	1290	Творог 20%	85	Хлеб белый	60	Эстрагон	1300
Судак в масле (консервы)	507	Творог столовый	85	Хлеб сухой твердый	55	Яблоко	7

*Классификация рака щитовидной железы
по системе TNM (UICC)*

Система TNM основана на трех компонентах:

T — распространение первичной опухоли;

N — отсутствие или наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и степень их поражения;

M — наличие или отсутствие отдаленных метастазов.

К этим трем компонентам добавляются цифры, указывающие на распространенность опухоли: T0, T1, T2, T3, T4; N0, N1; M0, M1.

Классификация применима только для рака, который должен иметь гистологическое подтверждение. Регионарными считаются лимфатические узлы шеи и верхнего средостения.

pTN — гистологическое подтверждение распространения рака щитовидной железы.

Все категории «Т» могут подразделяться на:

а) солитарную опухоль — Т_а,

б) многофокусную опухоль — Т_б (классификация по наибольшему узлу).

Выделяют следующие обозначения «Т»:

Т_х — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

Т₀ — первичная опухоль не определяется;

Т₁ — опухоль до 1 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы;

Т₂ — опухоль до 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы;

Т₃ — опухоль более 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы;

Т₄ — опухоль любого размера, распространяющаяся за пределы капсулы щитовидной железы.

Регионарные лимфатические узлы (N) обозначают:

N_х — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N₀ — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N₁ — имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами;

N_{1a} — поражены лимфатические узлы на стороне опухоли;

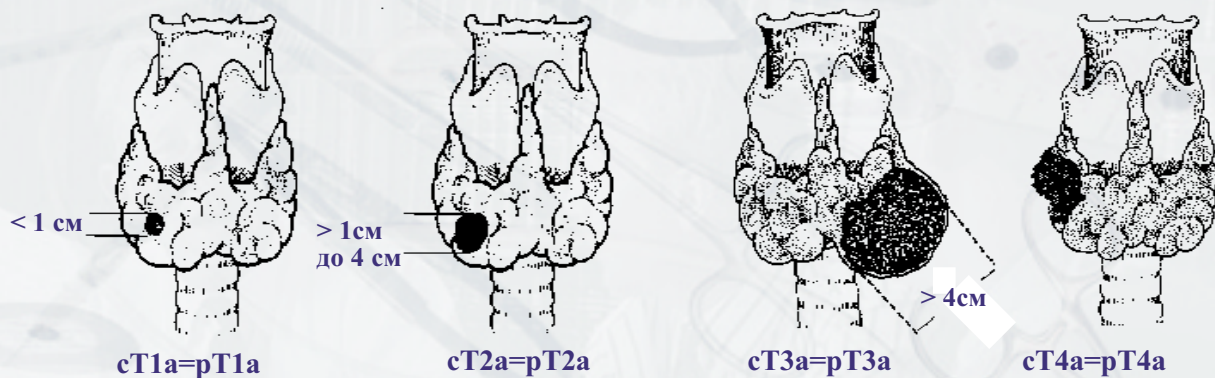
N_{1b} — поражены лимфатические узлы шеи с обеих сторон, срединные или на противоположной стороне либо медиастинальные лимфатические узлы.

Отдаленные метастазы обозначают:

M₀ — метастазы в отдаленных органах не определяются;

M₁ — отдаленные метастазы установлены.

УНИФОКАЛЬНЫЙ РАК



МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЙ РАК

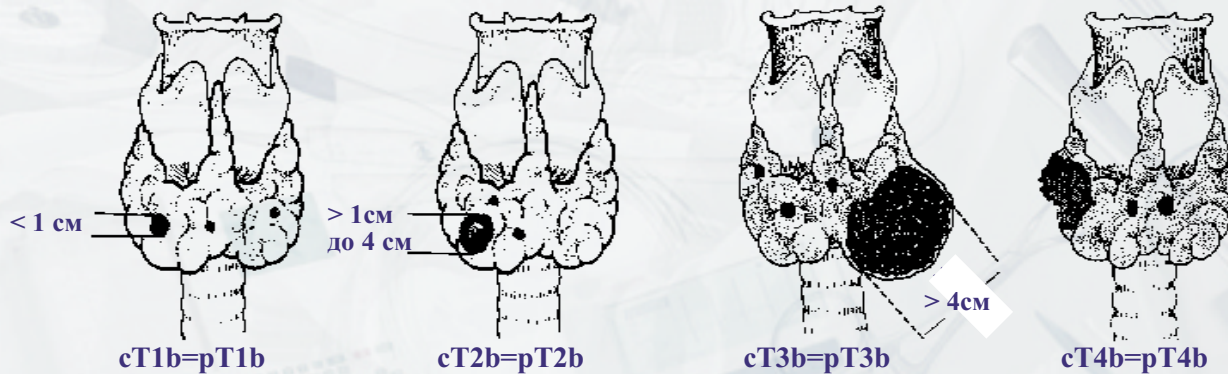


Рис. 1. Категории "Т" классификации TNM (UICC)



N1a (односторонние)

N1a (двусторонние)

N1a (срединные)

N1a (медиастинальные)

Рис. 2. Категории "N" классификации TNM (UICC)