

**ՄԵԾԱՀԱԿԱՍՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ՀԱՆԳՈՒՅՑՆԵՐԻ
ՀԱՐՄԱՇԿԱՅԻՆ ԲԱՐԱԿ ԱՍԵՂՅԱԻՆ ԱՍՊԻՐԱՑԻԱՅԻ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ**

Ընդհանուր դրույթներ

Վահանագեղձի (ՎԳ) հանգույցները գերտարածված ախտաբանություն են ամբողջ աշխարհում և Հայաստանում հատկապես: Բարձրորակ ուլտրաձայնային հետազոտությունը (ՌԻՁՀ) հայտնաբերում է ՎԳ-ի հանգույցներ բնակչության 19-68% շրջանում, առավել հաճախ կանանց և տարեցների մոտ: Կախված տարիքից, սեռից, ընտանեկան անամնեզից, ճառագայթումից և մի շարք այլ գործոններից մեծահասակների 7-15% շրջանում զարգանում է ՎԳ-ի դիֆերենցված (պապիլյար կամ ֆոլիկուլյար) քաղցկեզի, որի հաճախականությունը անշեղորեն հարաճում է: Ըստ կանխատեսումների ԱՄՆ-ում կանանց շրջանում ՎԳ-ի պապիլյար քաղցկեղը 2019 թ. գրավելու է ամենատարածված ուռուցքների երրորդ տեղը հանգեցնելով ավելի քան 21 միլիարդ դոլլարի առողջապահական ծախսերի:

Այս ախտաբանության վաղ ախտորոշման ապացուցված արդյունավետ մոտեցումներից է ՎԳ-ի բարակ ասեղային ասպիրացիան (ԲԱԱ), որը համարվում է ճշգրիտ և տնտեսապես հիմնավորված հետազոտություն: Արդյունավետության բարձրացման և անվտանգության նկատուումներից ելնելով ԲԱԱ կատարվում է ՌԻՁՀ հսկողության ներքո: Սույն գործելակարգում ներկայացվում են ապացուցողական տվյալների վրա հիմնված մեծահասակների շրջանում ԲԱԱ ցուցումները, իրականացման տեխնիկան և նմուշառման նյութի տեղափոխման պահանջները: Վերոնշյալ տեղեկատվությունը բարձրացնում է ԲԱԱ ախտորոշիչ արժեքը և նպաստում ՎԳ-ի հանգույցներով պացիենտների բուժման ելքերի բարելավմանը: Սույն գործելակարգը նախատեսված է ավանդական բջջաբանական հետազոտության եղանակի համար: Հետագայում հեղուկային և մոլեկուլյար բջջաբանական հետազոտության ներդրման հետ միասին կներկայացվի համապատասխան գործելակարգը:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Մանգոյան Հ.Ն., ք.գ.թ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի շարունակական բժշկական կրթության ֆակուլտետի անեսթեզիոլոգիայի և ինտենսիվ թերապիայի ամբիոնի դոցենտ, «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի վերակենդանացման բաժանմունքի գիտական ղեկավար, «Վարդանանց» Նորարարական բժշկական կենտրոնի տնօրեն

Թղթակցական հասցե՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0010, Վարդանանց 18/1, հեռ՝ (+374) 10592100

2. Մխիթարյան Լ.Մ., «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնի Ընդհանուր և էնդոկրին վիրորուժության բաժանմունքի վարիչ

Թղթակցական հասցե՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0087, Տիգրանաշենյան 14, հեռ՝ (+374) 10 471100

3. Օհանյան Ա.Ռ., «Հայ-Ամերիկյան առողջության կենտրոնի» բջջաբանական լաբորատորիայի ղեկավար

Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0025, Մխ. Հերացի 5 , հեռ՝ (+374) 583935

4. Վարժապետյան Ա.Մ., ք.գ.թ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոնի դոցենտ, «Աստղիկ» բժշկական կենտրոնի էնդոկրին վիրաբուժության ծառայության ղեկավար, «Վարդանանց» Նորարարական բժշկական կենտրոնի բժիշկ-խորհրդատու

Թղթակցական հասցե՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0032, Դ. Վարուժանի 28/1, հեռ՝ (+374) 10773000

5. Թորոսյան Ա.Ա., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի էնդոսկոպիկ և էնդոկրին վիրաբուժության ամբիոնի ասիստենտ, «Սլավմեդ» բժշկական կենտրոնի էնդոկրին վիրաբուժության ծառայության ղեկավար

Թղթակցական հասցե՝ Հայաստանի Հանրապետություն, ք. Երևան, 0033, Մարշալ Բաղրամյանի պող., 3 նրբ., 4/2 փ, հեռ՝ (+374) 10322211

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները չեն ֆինանսավորվել որևէ կառույցի կամ ընկերության կողմից:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն Գործելակարգը մշակվել է հետևյալ արդի գրականական աղբյուրների և UptoDate տեղեկատվական շտեմարանի տվյալների հիման վրա՝

1. Seiberling KA, Dutra JC, Gunn J. Ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy of thyroid nodules performed in the office. Laryngoscope. 2008;118 (2): 228-31.
2. Ross Douglas S., Burch Henry B., Cooper David S., Greenlee M. Carol, Laurberg Peter, Maia Ana Luiza, Rivkees Scott A., Samuels Mary, Sosa Julie Ann, Stan Marius N., and Walter Martin A.. Thyroid. October 2016, 26(10): 1343-1421.
3. Haugen Bryan R., Alexander Erik K., Bible Keith C., Doherty Gerard M., Mandel Susan J., Nikiforov Yuri E., PaciniFurio, Randolph Gregory W., Sawka Anna M., Schlumberger Martin, Schuff Kathryn G., Sherman Steven I., Sosa Julie Ann, Steward David L., Tuttle R. Michael, and Wartofsky Leonard. Thyroid. January 2016, 26(1): 1-133.
4. <http://www.thyroidmanager.org/chapter/fine-needle-aspiration-biopsy-of-the-thyroid-gland/>

5. Lee YH, Baek JH, Jung SL, et al. Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration of Thyroid Nodules: A Consensus Statement by the Korean Society of Thyroid Radiology. Korean Journal of Radiology. 2015;16(2):391-401. doi:10.3348/kjr.2015.16.2.391.

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հիմնարկներում ԲԱԱ ցուցումներ ունեցող վահանաձև գեղձի հանգույցներով պացիենտները (Այուսակ 1):

Այուսակ 1

ԲԱԱ թեկնածու մեծահասակ պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Վահանաձև գեղձի չճշտված հիվանդություններ
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ
Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կոդը ըստՀՄԴ-10	E07.9
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային

Հապավումներ

ԲԱԱ՝ բարակասեղային ասպիրացիա

ՎԳ՝ վահանագեղձ

ՈԻՁՀ՝ ուլտրաձայնային նիետագոտություն

ՉՆ՝ չարորակ նորագոյացություն

ATA (American Thyroid Association)՝ Ամերիկայի վահանագեղձի միություն

1. **ԲԱԱ ցուցումները**

- 1.1 ԲԱԱ ցուցումները հիմնվում են օբյեկտիվ զննման և ՈՒՁՀ հետևյալ տվյալների վրա՝ գոյացության չափսերի, խտության, սահմանների, անոթավորման, միկրոկալցիֆիկատների առկայության, ՎԳ-ի սահմաններից դուրս թափանցման նշանների: Ամերիկայի վահանաձև գեղձի միության (ATA) ԲԱԱ ցուցումների ամփոփումը տես՝ Հավելված 1.
- 1.2 ATA ցանկից ամենասպեցիֆիկ (մեդիանան > 90%) գործոններն են՝ միկրոկալցիֆիկատները, հանգույցի անհամաչափ եզրերը և լայնքը զգալիորեն գերազանցող բարձրությունը: Այնուամենայնիվ յուրաքանչյուր առանձին գործոնի զգայունությունը և ուրույնությունը ցածր է:
- 1.3 Վարող մասնագետը պետք է համալիր գնահատի բոլոր առկա տվյալները և ընդունի ԲԱԱ իրականացման որոշում

2. **Հակացուցումներ**

- 2.1 Հակաթրոմբոցիտար և հակամակարդիչ դեղորայքի (ասպիրին, կլոպիդոգրեթ, վարֆարին և այլ) ռեգուլյար ընդունումը ԲԱԱ հարաբերական հակացուցում է: Այս դեպքերում հարկավոր է.
 - 2.1.1 քննարկել վարող բժշկի հետ դեղորայքի ժամանակավոր ընդհատման հնարավորությունը և տևողությունը
 - 2.1.2 ներկայացնել պացիենտին ԲԱԱ-ից ակրնկալվող տեղեկատվության արժեքը, առկա այլընտրանքները և դեղորայքի ընդհատման հավանական բարդությունները
- 2.2 Թարմ վերքեր/վարակ պլանավորվող պունկցիայի տեղում
- 2.3 Պսիխոմոտոր գրգռվածություն կամ համագործակցության բացակայություն
- 2.4 Պացիենտի իրազեկված համաձայնության բացակայություն

3. **Իրականացման վայր, նախապայմաններ և անձնակազմ**

- 3.1 ԲԱԱ իրականացվում է համապատասխան պատրաստվածությունը ունեցող բժշկական անձնակազմի կողմից՝ վիրաբույժ-ներզատաբան, թոքային վիրաբույժ, ներզատաբան
- 3.2 Իրականացնող մասնագետը պետք է ունենա ամսեկան > 3 ԲԱԱ փորձ
- 3.3 Միջամտությունը իրականացվում է համապատասխան հագեցվածություն ունեցող բուժաստատության տարածքում (հիվանդանոցային կամ արտահիվանդանոցային) և ասեպտիկ պայմաններում: Անհրաժեշտ գործիքների և ծախսվող նյութերի ցանկը տես՝ Հավելված 2-ում
- 3.4 Հարկավոր է իրազեկել պացիենտին ԲԱԱ առավելությունների, սահմանափակումների, հնարավոր բարդությունների, առկա այլընտրանքների վերաբերյալ և ձեռք բերել գրավոր տեղեկացված համաձայնություն:

4. **Միջամտության տեխնիկա**

- 4.1 ԲԱԱ պարտադիր իրականացվում է ՈՒՁՀ հսկողության ներքո
- 4.2 Դիրքավորել պացիենտին հորիզոնական դիրքում, գլխատակը 30° բարձր և պարանոցը թեթև արտածումով
- 4.3 Շոշափել ՎԳ վերստուգելով վերջինիս չափսերը, շարժունակությունը, հանգույցի մոտավոր տեղակայումը և կոնսիստենցիան
- 4.4 Հազնել մաքուր (ոչ ստերիլ) ձեռնոցներ
- 4.5 Բժիշկ-ճառագայթաբանը ՈՒՁ սարքի բարձր թողունակության տվիչի (7.5-15 MHz) օգնությամբ ապահովում է միջամտությունը իրականացնող մասնագետին բավարարող ՎԳ-ի պատկեր
- 4.6 Մշակել պունկցիայի հատվածը սպիրտային հիմքով հականեխիչ լուծույթով
- 4.7 Անհրաժեշտության դեպքում կատարել մաշկի տեղային անզգայացում 1-2 մլ 1% Լիդոկայինի լուծույթով
- 4.8 Օպերատորը կարող է օգտագործել միայն ներարկիչ կամ հատուկ բռնակով ներարկիչ
- 4.9 10 մլ ներարկիչին միացված 22-27G ասեղով կատարել մաշկի պունկցիա և ուղորդվելով ՈՒՁՀ պատկերով առաջանալ դեպի հանգույց

- 4.10 Հորդորել պացիենտին զերց մնալ հազալուց և/կամ թուքը կուլ տալուց
- 4.11 Կատարել ասպիրացիա (առնվազն երկու անգամ) և տեղափոխել նմուշը ապակիների վրա
- 4.12 Արագ (< 5 վարկյանների ընթացքում) ֆիքսել նմուշը սպիրտի 95% լուծույթով (Պապանիկոլատոյի տեխնիկայի օգտագործման պարագայում)
- 4.13 Սեղմել պունկցիայի կետը 10-20 վ. տևողությամբ, տեղադրել ծածկող ժապավեն և խնդրել պացիենտին սեղմած պահել առաջիկա 10-20 րոպեների ընթացքում
- 4.14 Հարցնել պացիենտի ինքնազգացողությունը, անհրաժեշտության դեպքում չափել զարկերակային ճնշումը, պուլսը
- 4.15 Իրազեկել պացիենտին երբ դիմել բժշկական օգնության հավանական բարդությունների զարգացման դեպքերում (օրինակ՝ պունկցիայի հատվածում այտուցի կամ ենթամաշկային հեմատոմայի զարգացում)

5. **Փաստաթղթերի լրացում և նմուշի տեղափոխում**

- 5.1 Կատարել գրառում հիվանդության պատմության/ամբուլատոր քարտի/ամբուլատոր խորհրդատվության թերթիկի մեջ պարտադիր նշելով՝ պացիենտի ԱԱՀ, տարիք, միջամտության նկարագրություն, կիրառվող անզգայացում, զարկերակային ճնշում, պուլս, բարդություններ
- 5.2 Բջջաբանական լաբորատորիայի համար լրացնել ուղեգիր, որը պետք է պարունակի հետևյալ նվազագույն տեղեկատվությունը՝ պացիենտի ԱԱՀ, տարիք, նախնական ախտորոշում, նմուշառման ամսաթիվ/ժամ, ֆիքսացիայի տեսակ, նմուշառման նպատակ, հանգույցի տեղակայումը, չափը: Մի քանի հանգույցներից վերցնելու դեպքում, նմուշները համարակալել, նշելով հանգույցի տեղակայումը, անհրաժեշտության դեպքում տալ հանգույցի լրացուցիչ նկարագրություն:
- 5.3 Հարկավոր է օգտագործել մեկ եզրը հղկված առարկայական ապակիներ, որոնց վրա պետք է լինի ուղեգրին համապատասխանող ծածկագիր

5.4 Նյութը տեղափոխել բջջաբանական քննության < 12 ժամվա ընթացքում

5.5 Տեղափոխման ընթացքում ապահովել կայուն ջերմաստիճան և

առարկայական ապահիկների այլ մակերեսների հետ շփման

կանխարգելում: Նախընտրելի տեղափոխման տրաբերկան է սպիրտի

95% լուծույթով լցված տարայում:

6. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

6.1. Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների

նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

Ծածկ ազիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Վիրաբույժ ներզատաբանի խորհրդատվություն	1	1	Վիրաբուժական բաժանմունք	Վիրաբույժ ներզատաբան	1 օր
	Բժիշկ-ճառագայթաբանի խորհրդատվություն	1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման բաժանմունք	Բժիշկ ճառագայթաբան	1 օր
	Բուժքույր	1	1	Վիրաբուժական բաժանմունք	Վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույր	1 օր
	Ուլտրաձայնային հետազոտություն	1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-7 օրեր

6.2. Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և

խորհրդատվությունների նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

Ծածկազիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
----------	----------	-----------------------------	-------------	---------------	----------	--------------------

--	--	--	--	--	--	--	--

7. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

7.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախա- կանություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագե- տ	Կատար- ման ժամկետ ներ

7.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակմ- ան հաճախակ ա-նություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարմ- ան ժամկետ ներ
Տեղային անզգայացող ներ, հակաառիթմի- կներ	C01BB01	Լիդոկաին	0.5	40.0 մգ	40.0 մգ	Վիրաբույժ ներգատաբ- ան	1 օր
Ցավազրկող ոչ թմրեցուցիչ Միջոցներ	N02BE01	Պարացետամոլ	0.1	1.0 գ	1.0 գ		1 օր
Ցավազրկող ոչ թմրեցուցիչ Միջոցներ	N02BB02	Մետամիզոլ	0.1	1.0 գ	1.0 գ		1 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոք- ային միջոցներ	M01AB05	Դիկլոֆենակ	0.1	75.0 մգ	75.0 մգ		1 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոք- ային միջոց	M01AB15	Կետորոլակ	0.1	30.0 մգ	30.0 Մգ		1-7 օր

--	--	--	--	--	--	--	--

8. Պահանջներ աշխատանքին ռեժիմի, հանգստի, բուժման կամ վերականգնման նկատմամբ

Սույն Գործելակարգի համաձայն հատուկ պահանջներչ կան:

9. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործելակարգի համաձայն սննդակարգի հատուկ պահանջներ չկան:

10. Պացիենտի հոժարակամ տեղեկացված համաձայնության ստացման առանձնահատկությունները Գործելակարգը կատարելիս և պացիենտի, ինչպես նաև ընտանիքի անդամների լրացուցիչ տեղեկատվությ ան տրամադրում

Միջամտությունից առաջ հարկավոր է պացիենտի և/կամ նրա ներկայացուցիչների հետ համատեղ քննարկել ԲԱԱ ցուցումները, առավելությունները, սահմանափակումները և հնարավոր բարդությունները:

11. Պահցենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը

Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերի ցանկ

Ելքի անվանում	Ելքի զարգացման հաճախականություն	Ելքին հասնելու մոտավոր ժամկետ	Բժշկական օգնության ցուցաբերման հաջորդականություն
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ	99 %	12 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգողական

ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի մասնակի վերականգնմամբ			ուղեցույցին/ գործելակարգին
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի ամբողջական կորստով	1%	3 ամիս	Անցում համապատասխան վերականգնողակա ն ուղեցույցին/ գործելակարգին
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	0.5%	Ցանկացած փուլին	Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	0 %		

Հավելված 1.

**Վահանագեղձի հանգույցների ուլտրաձայնային պատկերը, չարորակության
գնահատված ռիսկը և բարակ ասեղային ասպիրացիայի (ԲԱԱ) կատարման
ուղղորդումը համաձայն Ամերիկայի վահանագեղձի միություն (ATA)**

Ուլտրաձայնային հետազոտության	Ուլտրաձայնային հետազոտության նկարագիրը	Չարորակության գնահատված	ԲԱԱ կտրվածքի
---------------------------------	---	----------------------------	-----------------

պատկերը		ռիսկը, %	չափսը (առավելագույն չափսը)
Բարձր հավանականություն	Սոլիդ հիպոէխոգեն հանգույցիկ, կամ մասնակի կիստոզ հանգույցիկի սոլիդ հիպոէխոգեն կոմպոնենտ, նշված մեկ կամ ավել դրսևորումների հետ ՝ անկանոն եզրեր (ինֆիլտրատիվ, մանր բլթակային), միկրոկալցիֆիկատներ, հանգույցի լայնությունը գերազանցող բարձրություն, եզրային կալցիֆիկատներ փոքր արտամղված փափուկ հյուսվածքի կոմպոնենտով, վահանագեղձից դուրս տարածման վերաբերյալ ապացույցներ	>70-90 ^ա	Խորհուրդ է տրվում ≥ 1 սմ չափսի ԲԱԱ
Միջին հավանականություն	Հարթ եզրերով հիպոէխոգեն սոլիդ հանգույցիկ առանց միկրոկալցիֆիկատների, անկանոն եզրերի կամ վահանագեղձից դուրս տարածման կամ լայնությունից ավելի մեծ բարձրության	10-20	Խորհուրդ է տրվում ≥ 1 սմ չափսի ԲԱԱ
Ցածր հավանականություն	Իզոէխոգեն կամ հիպերէխոգեն սոլիդ հանգույցիկ, կամ մասնակի կիստոզ հանգույցիկ էքսցենտիկ սոլիդ հատվածներով, առանց միկրոկալցիֆիկատների, անկանոն եզրերի կամ վահանագեղձից դուրս	5-10	Խորհուրդ է տրվում ≥ 1.5 սմ չափսի ԲԱԱ

	տարածման կամ լայնությունից ավելի մեծ բարձրության		
Շատ ցածր հավանականություն	Սպունգանման կամ մասնակի կիստոզ հանգույցիկներ առանց ցածր, միջին կամ բարձր հավանականությամբ սոնոգրաֆիկ բնույթների դեպքում նկարագրված որևէ սոնոգրաֆիկ պատկերների	< 3	Դիտարկել ≥ 2 սմ չափսի ԲԱԱ Առանց ԲԱԱ կատարման դինամիկ հսկողությունը նույնպես խելամիտ տարբերակ է
Բարորակ	Բացառապես կիստոզ հանգույցիկ (առանց սոլիդ կոմպոնենտի)	< 1	Բիոպսիա չկատարել ^բ

ՈւՁՀ հսկողությամբ ԲԱԱ խորհուրդ է տրվում պարանոցային ավշահանգույցների համար, որոնք սոնոգրաֆիկ վահանագեղձի քաղցկեղի կասկած են առաջացնում:

Այս դեպքում կասկածելի լիմֆատիկ հանգույցից պունկտատը կարող է ենթարկվել

- կասկածելի լիմֆատիկ հանգույցից պունկտատը կարող է ենթարկվել բջջաբանական հետազոտության վերը նկարագրված գործելակարգով
- կասկածելի լիմֆատիկ հանգույցից պունկտատի վնասում (смыв-պատրաստվում է պունկցիայից հետո ասեղի վնասումով 1 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթում) կարող է որոշվել թիրեոգլոբուլինը և կալցիտոնինը /վերջիններիս հայտնաբերման դեպքում-դրական պատասխան- հաստատվում է մետաստազի առկայությունը լիմֆատիկ հանգույցում

^աԳնահատված ցուցանիշը վերցված է մեծ ծավալ սպասարկող կենտրոններից, չարորակության ընդհանուր ռիսկը կարող է ավելի ցածր լինել, ելնելով ՈւՁՀ մասնագետների միջև փոփոխականությունից:

^բԿիստայի ասպիրացիա կարող է դիտարկվել սիմպտոմատիկ և կոսմետիկ դրենավորման համար:

Վահանագեղձի ԲԱԱ համար անհրաժեշտ գործիքները և նյութերը

1. 10 կամ 20մլ միանվագ օգտագործման պլաստիկ ներարկիչներ
3. 25 կամ 27 G միանվագ օգտագործման ասեղներ
4. Մեկ եզրը հղկված առարկայական ապակիներ (1 մմ)
5. Սպիրտային անձեռոցիկներ
6. Նմուշի թաց ֆիկքսացիայի համարանհրաժեշտ սպիրտի
7. Մաքուր, ոչ ստերիլ ձեռնոցներ
8. Կիստոզ հեղուկի հավաքագրման և տեղափոխման տարրա
9. Լիդոկաինի 1% լուծույթ