UOT: 616.441.-006.6-07-08

Qalxanabənzər vəzidə bədxassəliliyin sərhəd dərəcəsində və erkən xərçəngində əməliyyat həciminin optimallaşdirilması

R.M. Zamanov, A.R. Ağayeva, S.Y. Yusifov, N. A. Ağayeva
M.A. Topçubaşov adına Elmi Cərrahiyyə Mərkəzi, Bakı

Müəllifin elektron poçt ünvanı: aytenagayeva400@gmail.com

Açar sözlər: qalxanvarı vəzin, əməliyyatın həcmi, xərçəng, mikrokarsinoma.
Ключевые слова: щитовидная железа, обьем операции, рак, микрокарцинома
Keywords: thyroid, cancer, mikrocarsinoma, surgical treatment

"Gizli" tiroid xərçənginin xüsusi bir qrupu aydın klinik simptomları olmayan erkən xərçəngdir. Klinik, instrumental və laborator müayinələrin dəqiq əlamətləri olmayan QV-in ”gızli” formasını təşkil edən erkən xərçəng xüsusui bir qrupu təşkil edir. Erkən QV xərçənginin rastgəlmə tezliyi və TNM təsnifat parametrləri sistemləşdirilməmişdir, baxmayaraq ki, əməliyyatdan sonrakı morfoloji müayinələrdə xəstələrin 2,0-24,0%-də erkən xərçəng, xüsusilə tiroid mikrokarsinomasını aşkar edir [1,6,10].

Beləliklə, bu günə qədər sakitlikdə olan və erkən QV xərçəngi olan xəstələrdə patogentik cəhətdən əsaslandırılmış adekvat əməliyyat həcmi və onun uzaq nəticələri haqqında təcrid olunmuş və ziddiyyətli məlumatlar vardırdır.

Tədqiqatın məqsədi. QV-nin sakit (C-r in situ: GO) və erkən xərçəngi olan xəstələrdə əməliyyatının optimal həcmini müəyyən etmək.

Kompleks retrospektiv təhlil nəticəsində 322 xəstədə (4,1%) “qalxanvari vəzin bədxassəli şişi” aşkar edilib. Bunlardan: sakit xərçəng: C-r in GO» - 104-də (müvafiq kontingentin 32,3%-i) və erkən xərçəng: GO-da C-r» - 218 xəstədə (67,7%).

Beləliklə, bu tədqiqatın kontingenti yuxarıda qeyd olunan 322 xəstədən ibarətdir (Cədvəl 1).

Xəstələrin yaşı 20 ilə 83 arasında olmuş və əsasən bu 30,0 - 58,0 l diapazonunda qeydə alınmışıdır (orta hesabla: 45,7±6,9). Onların arasında: qadınlar - 259(80,4%), kişilər - 63 (19,6%).

Cədvəl 1
Qalxanabənzər vəzinin "C-r in situ; G0" və erkən xərçəngi (G0 → G1) olan xəstələrin xüsusiyyətləri

N	Xəstələrin cinsi	Xəstələrin yaşı	Maliqnizasiya xarakteri		Cəmi (Mütləq və %)
			G-r in situ; G0	Erkən xərçəng G0 → G1	
1	Qadınlar	20-30	12	33	45
		31-40	24	34	58
		41-50	22	44	66
		51-60	14	36	50
		61-60	14	17	31
		71 və daha yuxarı	5	4	9
		Cəmi	91	168	259 (80,4%)
2		20-30	3	6	9
		31-40	4	11	15
		41-50	3	16	19
		51-60	2	10	12
		61-60	1	5	6
		71 və daha yuxarı	-	2	2
		Cəmi	13	20	63 (19,6%)
Cəmi			104 (32,3%)	218 (67,7%)	322 (100,0%)

Qalxanabənzər vəzinin əməliyyatının həcminə görə xəstələr aşağıdakı kimi bölüşdürülmüşdür:
- Qalxanvarı vəzin hissəvi rezeksiyası - 193-də (60,0%):
- Hemitireodektomiya 87 (27,0%);
- QV-nin subtotal rezeksiyası – 28 (8,7%)
- Tireoidektomiya, regnonar limfa düyünlərinin disseksiyası ilə - 14 xəstədə (4,3%).

Cədvəl 2
Qalxanabənzər vəzinin "C-r in situ; G0" və erkən xərçəngi (G0 → G1) olan xəstələrin əməliyyatın həcminə görə paylaşdırılması

N	Limfodisseksiya	Xəstələrin cinsi	Xəstələrin yaşı	Maliqnizasiya xarakteri		Cəmi (Mütləq və %)
				G-r in situ; G0	Erkən xərçəng G0 → G1	
I	Qalxanvarı vəzin hissəvi rezeksiyası	+		2	11	13 (4,0%)
		-		36	144	180 (56,0%)
II	Hemitireodektomiya	+		4	10	14 (4,3%)
		-		48	25	73 (22,6%)
III	QV-in subtotal rezeksiyası	+		6	13	19 (6,0%)
		-		6	3	9 (2,8%)
IV	Tireoidektomiya	+		-	10	10 (3,1%)
		-		2	2	4 (1,2%)
	Cəmi			104 (32,3%)	218 (67,7%)	322 (100,0%)

Qeyd: «*» - regionar limfodisseksiya ilə; «-» - regionar limfodisseksiya olmadan

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə 322 xəstədən 259 (80,4%) nəfəri nəzarət altında olmuşdur; ondan: 114 - 5,0 və daha çox il (35,4%). Əməliyyatdan sonra xəstələrin vəziyyəti 1,0, 2,0, 3,0 və 5,0 ildən sonra qiymətləndirilib. Aşağıdakılar ayrılmışdır:

1) "pisləşmə olmadan: davamlı böyümə, residivlər və metastazlar olmadan";

2) "pisləşmə ilə: davamlı böyümə, residivlər və metastazlar ilə."

C-r in situ G0 və erkən erkən xərçəng GO→G1olan xəstələrin bəzi göstəricilərinin diaqnostik və proqnostik əhəmiyyətini aydınlaşdırmaq üçün korrelyasiya əmsalı (r) və Pearson meyarıgnın ($\chi 2$) müəyyən edilməsi ilə P-0,95 ($p<0,05$) etibarlılıq səviyyəsində qeyri-parametrik meyarlar üçün statistik metodlardan istifadə etməklə iki faktorlu korrelyasiya təhlili aparılmışdır [4,8].

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Təhlillərin nəticələrinə görə, yuxuda və ya erkən tiroid xərçəngi olan halların mütləq əksəriyyəti hələ də yalnız əməliyyatdan sonra yoxlanıla bilər. Beləliklə, əməliyyatdan əvvəl "erkən bədxassəli şiş" 322 xəstənin yalnız 10-da (5,0%) təsdiqlənmişdir ki, bu da bu aparılmasının diaqnostik mərhələsinin optimallaşdırılmasının zəruriliyini inandırıcı şəkildə sübut edir. Bu barədə başqa müəlliflər də yazırlar (1,3,5).

"QV-in sakit və ya erkən xərçəngi" olan xəstələrin əksəriyyəti qadınlardır (259; 80,4%), bu, yəqin ki, təkcə qalxanabənzər vəzin kanserogenezinin ümumi qanunauyğunluqları ilə deyil, həm də qadınlarda hormonal və sitokin statusunun xüsusiyyətləri ilə əlaqədardır. Yeri gəlmişkən, kişi və qadın steroid hormonal birləşmələrinin qalxanabənzər vəzidə şiş böyüməsinə mümkün təsiri məsələsi praktiki olaraq açıq qalır, baxmayaraq ki, nəzəri olaraq kişilərdə QV ilə bağlı hipotalamik amillərin şişə inhibirləyici təsir göstərdiyi məlumdur.

Yaş həddi baxımından pasifistlərin əksəriyyəti 30-50 yaş arasındadır (158, 49,1%). təhlil edilən patoloji vəziyyəti əhəmiyyətli dərəcədə qalxanabənzər vəzinin "mikrokarsinoma"sına yaxınlaşdırır [2,6,7]. Əldə etdiyimiz məlumatlara görə, erkən tiroid xərçəngi qrupuna ən azı orqanın "mikrokarsinoması" olan xəstələrin bir hissəsi də daxildir. Və ya bir sıra tədqiqatçıların yazdığı kimi, göstərilən xəstələr qrupları qeydə alınmış klinik, instrumental və laboratoriya göstəriciləri olmayan "gizli" qalxanabənzər vəzi xərçənginin ümumi əhalisini təşkil edir [5,9].

Eyni zamanda, "erkən", "gizli" (latent), "mikro" qalxanabənzər vəzin xərçəngi anlayışları həmişə eyni olmur və onların klinik mahiyyətini və proqnozunu aydınlaşdırmağa ehtiyac var.

Klinik və laborator məlumatlardan mıəlum olur ki, təhlil edilən xəstələrin təqribən yarısında klinikaya gəldikləri zaman "eutiroid vəziyyəti" vardır (162, 50,3%). Hipertiroidizm halları da yüksəkdir (129, 40,1%). Hipotiroidizm daha az rast gəlinir" (31; 9,6%).

Beləliklə, qalxanabənzər vəzidə erkən maliqnizasiya olan xəstələrin 40,0%-də kliniki hipertiroidizm aşkar edilmişdir ki, bu da ümumiyyətlə manifestasiya olunan xərçəng və "tiroid mikrokarsinoması" [5.6.7.9] üçün xarakterik deyildir və qeyri-neoplastik əməliyyatdan əvvəl toksik olmayan əməliyyatdan əvvəl yatmış və/və ya erkən qalxanabənzər vəzin xərçənginin effektiv differensasiyasını daha da çətinləşdirir.

Sistemləşdirilmiş məlumatlara görə, əksər hallarda xəstələrdə müxtəlif modifikasiyalarda (193, 60,0%) qalxanabənzər vəzi rezeksiyası aparılıb. Bununla yanaşı onların yalnız 13-də (6,7%) limfa düyünləri və kollektorları olan boyun orta mərkəzi toxuması profilaktik olaraq kəsilmişdir.

Ümumilikdə 129 (40,1%) xəstədə hemitireoidektomiya, subtotal rezeksiya və tiroidektomiya əməliyyatları aparılıb. Təhlillərə əsasən yalnız hər üçüncü xəstədə (43,333%) boynun santral limfa düyünləri çıxarıldı (33 - birtərəfli, 10 - ikitərəfli).

Fassial-futlyar eksiziyası: 1) yan və 2) mərkəzi arasında QV-də: 1) istirahət və 2) erkən xərçıng olan xəstələrdə mümkün bir tərəfdən tiroid xərçəngi və digər tərəfdən əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstəliyin proqnozlaşdırılması üzrə korrelyasiyanı təhlil etdik.

Müəyyən edilmişdir ki, hər iki tərəfdən boyun mərkəzi toxumasının çıxarılması (VI səviyyə) şişin sonrakı inkişafını (xüsusilə gözlənilməz metastazı) minimuma endirir və beləliklə, əməliyyatdan sonrakı dövrdə, xüsusən də erkən qalxanabənzər vəzi xərçəngi olan xəstələrdə G0→G1 xarakteristikaları ilə statistik əhəmiyyətli müsbət proqnostik faktoru təmsil edirb($p<0,04$; $r=0,72$: χ^2-38,6).

Boyun lateral toxumalarının və müvafiq limfa düyünlərinin çıxarılması ilə bağlı vəziyyət bir qədər fərqlidir. Məlum olmuşdur ki, patoloji zədələnmənin C-r in situ, GO xüsusiyyətləri olan bir spesifik, birtərəfli payın bədxassəli düyünün mütləq əksəriyyətində belə çıxarılması etibarlı şəkildə effektivdir ($p<0,03$; $r=0,78$: $\chi2=122,2$).

Əgər patoloji ocaq vəzi ətrafında yerləşmiş və ya diffuz xarakterlidirsə, o zaman lateral kəsilmə hər iki tərəfdən boyun mərkəzi toxumasının profilaktik çıxarılması kimi effektiv deyil ($p>0,07$; r-0,002: $\chi2=0,06$).

Beləliklə, bizim təhlilimiz yatmış və erkən QV xərçənginin müayinəsinin son dərəcə çətin olduğu və hazırda xəstələrin əməliyyatdan əvvəlki mərhələdə etibarlı diaqnostik meyarların olmadığı fikrini təsdiqləyir (1,2,3,6,9)

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə, xüsusən də orqanın çox düyünlü zədələnməsi və ya qarışıq diffuz-düyünlü zədələnməsi oldquda aydınlaşdırma nümunənin diqqətlə müayinəsi tələn edilir.

Əldə etdiyimiz məlumatlara görə, tiroid xərçənginin klinik təzahür formalarından fərqli olaraq [2. 5] erkən mədə-bağırsaq traktının xəstəlikləri olan xəstələrdə vəzin kapsulunun şiş zədələnməsinin dərəcəsi əməliyyatdan sonrakı dövrdə proqnoza birbaşa təsir göstərmir. Beləliklə, müayinə edilən xəstələr qrupunda həm qalxanabənzər vəzin kapsulunun şişi ilə, həm də tutulmadan "klinik pisləşmə" qeyd edildi. Və aşkar edilən fərq əhəmiyyətsiz oldu: $p>0,05$: $r=0$ 0008; $\chi2 = 0,09$ – yetildikd' və $p> 0,06$; $r=0,0006$: $\chi2 =0,08$ - qalxanabənzər vəzin kapsuluna şiş böyüməsi olmadan.

Fikrimizcə, qalxanabənzər vəz və onun regionar limfa kollektorunda cərrahi müdaxilənin həcminin optimallaşdırılması ilk növbədə xəstənin idarə olunmasının əməliyyatdan əvvəlki diaqnostik mərhələsinin etibarlılığından asılıdır. Bununla belə, əməliyyatdan əvvəl yuxuda (C-r in situ; GO) və ya erkən tiroid xərçəngini yoxlamaq mümkün olan nadir hallarda, qalxanabənzər vəzindəki düyünlü böyümələrin lokalizasiyası, ölçüsü və sayı nəzərə alınmalıdır [5,7,9J. Təbii ki, icra olunan əməliyyatın həcmini (qismən rezeksiya, hemitiroidektomiya və ya total tiroidektomiya) nəzərə alaraq, mərkəzin (VI səviyyə) və boyun lateral toxumasının (II-V səviyyələri) selektiv kəsilməsinin daha radikal kəsilməsinə çalışmaq lazımdır.

Nəticələr:ə

1. Sakit (C-r in situ: G0) və erkən tiroid xərçəngi bu orqanın onkoloji patologiyasının zəif öyrənilmiş formaları olaraq qalır; bu günə qədər etibarlı diaqnostik meyarlar mövcud deyil, bu da müvafiq xəstələrdə boyun toxuması üçün tiroid bezində və müvafiq xəstələrdə boyun toxumasında əməliyyatın optimal həcmini seçməkdə çətinlik yaradır.

2. Verified dormant (C-r in situ: G0) və erkən qalxanabənzər vəzin xərçəngində boyun mərkəzi toxumasının hər iki tərəfdən profilaktik çıxarılması və II-VI topoqrafik səviyyələrdə boyun yan toxumasının fassial-xeys kəsilməsi müsbət proqnostik dəyərə malikdir.

ƏDƏBİYYAT

1.Thyroid follicular microcarcinoma. Andrea Casaril, Marco İnama et.al. Gland Surg. 2020 Jan.;9 (Suppl 1): S 54 – S 60.

2.Румяцев П.О.. Ильин А.А., Румянцева У.В., Саенко В.А. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению. /М.: ГЭОТАР-Медна, 2009, с. 448

3.Тимофеева Н.И. Современный алгоритм дифференциальной диагностики и оптимизация тактики хирургического лечения у больных с узловым образованиями щитовидной железы. /Дисс, канд, мед наук. Санкьт-Петербург, 2008, с.159

4. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая. обработка данных. медицинских исследований. Санкт-Петербург. 2002, с.200

S.Cooper D., Doherty M.. Haugen B. et al. Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and вifferentiated Thyroid Cancer. The American Thyroid Association Guidelines Taskforce // Thyroid, 2006. s 16, p. 109-143.

6. Henry J., Denizot A., Puccini M. et al. Latent cubolinical medullary thyroid carcmoma: diagnosis and treatment // World 1: Surgery, 2000, v.22, p.752-756.

7.McDougall IR, Camargo CA. Treatment of micropapillary carcinoma of the thyroid: where do we draw the line? Thyroid. 2007 Nov;17(11):1093-1096.

8. Mikel U.V. (Editor) Advanced Laboratory Methods in Histology and Pathology, AFIP, Washington, DC, 1994. p. 254

9. Noguchi M., Katev N., Mid K. Therapeutic strategies and long - tenn results in differentiated thyroid cancer // Surg Oncol., 1998; v.67, p. 52-59

10.TNM Atlas, Ilustrated Guide ta the TNM/pINM Classification of Malignant Tumours / Edit. Ch. Wittekind, FL Greene, R.V.P Hutter ct al., 5th Edition, Springer, 2004, 418 p.

Резюме

Оптимизация объема операции при пограничной степени злокачественности и раннем раке в щитовидной железе

А.Р. Агаева, Р.М. Заманов, С.Ю. Юсифов, Н.А.Агаева

Покоящийся (C-r in situ; G0) и ранний рак щитовидной железы остаются малоизученными формами онкологической патологии этого органа. К настоящему времени нет надежных диагностических критериев, что затрудняет выбор оптимального обьема операции на ЩЖ и клетчатке шеи у соответствующих больных. При верифицированном покоящемся (C-r in situ; G0) и раннем раке щитовидной железы положительное прогностическое значение имеют превентивное удаление центральной клетчатки шеи с обеих строн и фасциально-футлярное иссечение боковых клетчаток шеи на II-VI топографических уровнях.

Summary

The optimization of surgical treatment of bordeline tumor and early cancer in thyroid gland.

A.R. Aghayeva, R.M. Zamanov, S.Y. Yusifov, N.A.Aghayeva

The diagnostic criteria of borderline tumor (C-r in situ; G0) and early canser in thyroid gland in fact there is no reliable till operation perioid.By postoperation retrospective complex analysis of 322 patients in the “early tireod maliqnization” are found: 104- “The borderline cancer, in situ C-r, G0” (32.3%) and 218-“early cancer” (67.7%).It possible to verify the diagnostic stage, “Cr in situ” and early cancer in patients with total tireoidectomy, hemitireoidectomy in the center of the neck are it was advised to take preventive fassial-tussue (positive prognostic factor).

Daxil olub: 03.12.2024