UDK: 616.441-006.6

Odilbek Rajapov - t.f.d., professor
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali (Urganch, O‘zbekiston)

KO‘P TUGUNLI BO‘QOQ KONTEKSTIDA QALQONSIMON BEZ SARATONI

Аннотация. *Hozirgi vaqtda qalqonsimon bez saratoni bilan kasallanish, ayniqsa, yoshlar va o‘rta yoshdagi odamlar orasida ortib bormoqda. Ko‘p sonli bemorlarda ko‘p tugunli bo‘qoq fonida xavfli shish aniqlanadi. Xatarli va yaxshi xulqli nodulyar shakllanishlarning differentsial diagnostikasi katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Ushbu vaziyatda jarrohlik aralashuvining ko‘lami to‘g‘risidagi qaror ham noaniq. Maqolada ko‘p tugunli bo‘qoq fonida qalqonsimon bez saratoni bilan og‘rigan bemorlarda diagnostika va jarrohlik aralashuv hajmini tanlash xususiyatlari tasvirlangan. Hal qiluvchi diagnostika usuli morfologik tekshirish hisoblanadi. Operatsiya ko‘lamini tanlash har bir aniq bemor uchun individual bo‘lishi va onkologik radikalizm va funktsional ta’sir tamoyillariga asoslanishi kerak.*

Kalit so‘zlar*: qalqonsimon bez saratoni, diagnostika, jarrohlik aralashuvi.*

Одилбек Раджапов - д.м.н., профессор
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии (Ургенч, Узбекистан)

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОНТЕКСТЕ МНОГОУЗЛОВОГО ЗОБА

Аннотация. *Заболеваемость раком щитовидной железы в настоящее время увеличивается, особенно среди лиц молодого и среднего возраста. У большого числа больных злокачественная опухоль выявляется на фоне многоузлового зоба. Дифференциальная диагностика злокачественных и доброкачественных узловых образований представляет немалые трудности. Решение вопроса об объёме оперативного вмешательства в данной ситуации также неоднозначное. В статье изложены особенности диагностики и выбора объёма хирургического вмешательства у больных раком щитовидной железы на фоне многоузлового зоба. Решающим методом диагностики является морфологическое исследование. Выбор объёма операции должен быть индивидуальным для каждого конкретного больного и исходить из принципов онкологического радикализма и функционального эффекта.*

Ключевые слова*: рак щитовидной железы, диагностика, хирургическое вмешательство.*

Odilbek Radzhapov - D.M.Sc., professor
Urgench branch of Tashkent Medical Academy (Urgench, Uzbekistan)

THYROID CANCER IN THE CONTEXT OF MULTINODULAR GOITER

Abstract. *The incidence of thyroid cancer is currently increasing, especially among young and middle-aged people. In a large number of patients, a xavfliant tumor is detected against the background of multinodular goiter. Differential diagnostics of xavfliant and benign nodular formations presents considerable difficulties. The solution to the issue of the volume of surgical*

intervention in this situation is also ambiguous. The article presents the features of diagnostics and selection of the volume of surgical intervention in patients with thyroid cancer against the background of multinodular goiter. The decisive diagnostic method is morphological examination. The choice of the volume of surgery should be individual for each specific patient and be based on the principles of oncological radicalism and functional effect.

Key words: *thyroid cancer, diagnostics, surgical intervention.*

Dolzarbligi:

Qalqonsimon bez saratoni, jahon statistik ma'lumotlariga ko'ra, barcha xavfli neoplazmalarning 1,0-1,5% ni tashkil qiladi va endokrin tizim saratoni orasida eng keng tarqalgan o'sma hisoblanadi. So'nggi 20 yil ichida, JSST ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda qalqonsimon saraton kasalligi, asosan, yosh va o'rta yoshdagi odamlarga ta'sir qiladigan kasallik tufayli ikki baravar ko'paygan. Rossiyada so'nggi 10 yil ichida qalqonsimon bez saratoni bilan kasallanishning o'sishi 18,47% ni tashkil etdi [1-3]. 30 yoshli bemorlarda xavfli neoplazma bilan kasallanish strukturasida qalqonsimon bez saratoni gemoblastozlar (31,8%) va miya va asab tizimining boshqa qismlarining xavfli o'smalaridan (10,7%) keyin 3-o'rinda (7,0%) turadi.

Ma'lumki, qalqonsimon bez saratoni 55% hollarda multitugun bo'qoq fonida, 30% hollarda o'zgarmagan qalqonsimon bez fonida, 13% da diffuz eutiroid bo'qoq fonida va 3% autoimmun kasalliklar fonida aniqlangan.

Klinik jihatdan qalqonsimon bezdagi xavfli va xavfsiz neoplazmalar uzoq vaqt davomida asemptomatik bo'lib, makroskopik jihatdan bir-biridan farq qilmaydi. Bu tugunlarni aniqlashda, ayniqsa multitugun holatida diagnostika va differentsial diagnostikadagi qiyinchiliklarni aniqlaydi. Qalqonsimon bezda saratonning aniq belgilarining yo'qligi ko'plab mutaxassislarni noto'g'ri kuzatish taktikasiga va gormon terapiyasining asossiz o'tkazishiga olib keladi. Asosiy muammo qalqonsimon bezda ayniqsa yosh va o'rta yoshdagi odamlarda bir nechta xavfli tugunlar mavjud bo'lganda jarrohlik aralashuv darajasini tanlashdir. [2-4].

Tadqiqotning maqsadi ko'p tugunli bo'qoq fonida qalqonsimon bez saratoni uchun jarrohlik davolash hajmini diagnostika qilish va tanlash xususiyatlarini aniqlashtirishdir.

Tadqiqot materiallari va usullari.

2022-2024 yillarda Urganch shahridagi viloyat onkologiya dispanserida jarrohlik amaliyotini o'tkazgan, ko'p tugunli buqoq bilan bog'liq qalqonsimon bez saratoni bilan og'rigan 124 nafar bemorning kasallik tarixi retrospektiv tahlil qilindi. Bemorlar orasida ayollar ustunlik qildi (91,9%). Bemorlarning yarmidan ko'pi (58,1%) 49 yoshgacha bo'lgan. Qalqonsimon bezdagi tugunlarning quyidagi lokalizatsiyasi sodir bo'ldi: bir tomonda 2 tugun - bemorlarning 13,7% da, 2 dan ortiq tugunlar - 4,8% da; ikkala bo'lakda 2 tugun - 18,5% da, 2 dan ortiq tugunlar - 62,9% bemorlarda kuzatildi. Bemorlarning aksariyatida (74,2%) tugun shakllanishlar hajmi 2 sm gacha, 21,0% da 2-4 sm gacha, 4,0% da 4 sm dan oshadi va bemorlarning 0,8% da qalqonsimon kapsuladan tashqariga cho'zilgan.

Tekshiruv uchun umumiy qabul qilingan tadqiqot usullari qo'llaniladi: ultratovush, punksiyon-aspiratsion biopsiya ultratovush nazorati ostida va undan keyingi sitologik tekshiruv, intraoperativ sitologik tekshiruv, olib tashlangan preparatlarning gistologik tekshiruvi.

Natijalarni tahlili.

Bemorlarning 36,8 foizida bo'yinning old yuzasida tugun shakllanish mavjudligi, yutish paytida yoki asabiy taranglik paytida tomoqdagi begona jismning paydo bo'lishi haqida shikoyat qilishgan. Ularning ba'zilari (37,6%) endokrinologga yordam so'rab, uning nazoratida bo'lgan. Qalqonsimon bezdagi tugun shakllanishlarni tashxislash uchun bemorlarning 92 foizida fizik tekshiruv o'tkazilgan.

Qalqonsimon bezdagi palpatsiyada bitta tugun bemorlarning - 66,4 foizida, 2 tugun -

16,8 foizida, 8,8 foizida 3 va undan ortiq tugun aniqlangan. Qalqonsimon bezdagi tugun shakllanishlar, qoida tariqasida, harakatchan va yumshoq elastik mustahkamlikka ega edi.

Ultratovush tekshiruvi paytida bemorlarning ko‘pchiligida (93,6%) qalqonsimon bezda bir nechta tugunlar aniqlangan (35,5% da 2 ta tugun, 19,4% 3 ta, 38,7% da 4-5 ta tugunlar). Bemorlarning 6,4 foizida 1 ta tugun aniqlangan (1-jadvalga qarang).

1 jadval.

Qalqonsimon bez saratoni bilan og‘rigan bemorlarni ko‘p tugunli bo‘qoq (n = 124) fonida o‘rganish natijalari (n = 124)

Tadqiqot usuli	Aniqlangan tugunlar soni, %			
	1 tugun	2 tugun	3 tugun	4 tugun
Jismoniy	66,4	16,8	8,8	8,0
Ultratovush	6,4	35,5	58,1	–

Bemorlarning 96,0 foizida punksiyon-aspiratsion biopsiya (ko‘p hollarda ultratovush nazorati ostida), so‘ngra sitologik tekshiruv o‘tkazildi. Ushbu tadqiqot natijasida (Bethesda tizimidan foydalangan holda) [5], bemorlarning 29,6 foizida qalqonsimon bez tugunlaridan birida saraton aniqlangan, tashxis "saratonga shubha qilingan" (ya’ni xavfli o‘smaga shubha qilingan) 12,0% kasallarda aniqlangan. Qolgan bemorlarda (54,4%) saraton tashxisini qo‘llab-quvvatlovchi ma’lumotlar olinmadi: bemorlarning 0,9 foizida qoniqarsiz punktat paydo bo‘ldi. Bemorlarning ushbu guruhida igna biopsiyasi takrorlangan. Noaniq ahamiyatga ega bo‘lgan follikulyar o‘zgarishlar yoki follikulyar neoplaziyaga shubha bilan kasallangan bemorlarning 21,4% da, yaxshi o‘sma esa 32,1% bemorlarda sodir bo‘lgan (2-jadval).

Bemorlarning 96,0 foizida qalqonsimon bez tugunlarining intraoperativ sitologik tekshiruvi o‘tkazildi. Bemorlarning 64,8 foizida xavfli o‘sma tashxisi aniqlangan. Ulardan 61,6% bemorlarda quyidagi gistologik shakl aniqlandi: papillyar saraton 25,6%, follikulyar saraton 17,6%, follikulyar-papillyar saratoni 16,0%, Gurtl hujayrali saraton 1,6% va limfosarkoma 0,8%. Bemorlarning 3,2 foizida differensirlanmagan saraton hujayralari aniqlangan. Bemorlarning 14,4 foizida saraton kasalligiga shubha qilingan. Bemorlarning 16,8 foizida saraton kasalligini tasdiqlovchi ma’lumotlar olinmagan.

2 jadval.

Ko‘p tugunli bo‘qoq fonida qalqonsimon bez saratoni bilan og‘rigan bemorlarda sitologik tekshiruvning turli bosqich natijalari

Sitologik tekshirish bosqichi	Sitologik tekshiruv natijalari, %			
	Saraton kasalligi haqida ma’lumot olinmagan	Saratonra shubha	Saraton haqida ma’lumot olingan	Saratonning gistologik shakli aniqlandi
Operatsiyadan oldingi	54,4	12,0	29,6	-
Intraoperativ	16,8	14,4	64,8	61,6

Operatsiyadan keyingi bosqichda olib tashlangan preparatlarning rejalashtirilgan gistologik tekshiruvi o‘tkazildi. Aniqlanishicha, bemorlarning 52,2 foizida follikulyar saraton, 28,2 foizida papiller saratoni, 16,2 foizida follikulyar-papiller saratoni, 2,6 foizida medullar saratoni, 0,8 foizi anaplastik saraton kasalligi qayd etilgan. Qalqonsimon bez saratoni bilan og‘rigan bemorlarning 50,8 foizida ko‘p tugunli bo‘qoq fonida organlarni saqlaydigan jarrohlik aralashuvlar amalga oshirildi

gemitiroidektomiya - 21,0%, subtotal rezektsiya - 29,8%.

Qalqonsimon bezning subtotal rezektsiyasi odatda reproduktiv yoshdagi ayollarda yuqori darajada differensiallashgan saraton kasalligining bitta tuguniga (2 sm gacha) qarama-qarshi tomondagi yaxshi tugunlar bilan birgalikda amalga oshirildi, bu bizga yaxshi prognozga umid qilish va operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olish imkonini berdi.

Adabiyot ma'lumotlarga ko'ra [6], organlarni saqlovchi va radikal operatsiyalarni o'tkazgan bemorlar guruhlari o'rtasida statistik jihatdan sezilarli farq topilmadi va shuning uchun jarrohlik davolash hajmini tanlashga tabaqalashtirilgan yondashuv uning etarli radikalligini ta'minlaydi. Organlarni saqlovchi operatsiyalarda bemorlarning ko'pchiligida (77,8%) xavfli tugun bitta bo'lib, 57,1% bemorlarda diametri 2 sm gacha bo'lgan bemorlarning 42,9% da bitta yaxshi tugunning mavjudligi bilan birlashtirilgan.

Ko'pincha (bemorlarning 57,1%) xavfli jarayon multitugunli (2 dan ortiq tugunlar) bo'qoq fonida sodir bo'lgan. Bemorlarning 22,2 foizida bir nechta xavfli tugunlar (2 yoki undan ko'p) mavjud edi (3-jadval). Bemorlarning 49,2 foizida tiroidektomiya qilingan. Tiroidektomiya paytida bemorlarning 62,3 foizida bitta xavfli tugunlar aniqlangan, 39,3 foiz bemorlarda diametri 2 sm gacha. Bitta yaxshi tugun bilan kombinatsiya bemorlarning 21,3 foizida sodir bo'lgan. Ko'p tugunli (2 dan ortiq tugun) bo'qoq fonida qalqonsimon bez saratoni bemorlarning 78,7 foizida sodir bo'lgan. Bemorlarning 37,7 foizida bir nechta xavfli tugunlar (2 yoki undan ko'p) aniqlangan (3-jadvalga qarang).

3 jadval.

Ko'p tugunli bo'qoq fonida qalqonsimon bez saratonининг o'sma jarayonining xususiyatlariga qarab jarrohlik aralashuv hajmi

Jarrohlik aralashuvining hajmi	O'sma jarayonining tabiati, %				
	1 xavfli tugun	Tugunning o'lchami 2 sm gacha	2 yoki undan ortiq zararli. tugunlar	1 tugun yaxshi sifat	2 dan ortiq yaxshi tugunlar
Organlarni saqlash	77,8	57,1	22,2	42,9	57,1
Tiroidektomiya	62,3	39,3	37,7	21,3	78,7

Multitugunli bo'qoq fonida qalqonsimon saratonni tashxislash qiyin. Jismoniy tekshiruv vaqtida bemorlarning 92% da tugunli shakllanishlarni aniqlash mumkin, ularning ko'pchiligi (66,4%) bo'yinning old yuzasida joylashgan faqat bitta tugunga ega. Qalqonsimon lezyonlarning multitugunli tabiati bemorlarning to'rtdan birida (25,6%) aniqlangan.

Ultratovush tekshiruvi qalqonsimon bez saratonini aniqlashning asosiy usullaridan biridir. Bu juda sub'ektiv palpatsiya ma'lumotlarini aniqlashtirishga, bemorda tugunli shakllanishlar mavjudligini tasdiqlash yoki rad etishga va ba'zi hollarda patologik jarayonning tabiati haqida taxmin qilishga imkon beradi. Ushbu usul yordamida barcha bemorlarda qalqonsimon bez patologiyasi aniqlandi. Bemorlarning 93,6 foizida bir nechta tugunlar topilgan, ya'ni. Bemorlarning 6,4 foizi qalqonsimon bezdagi tugunlar sonini aniqlashda xatolikka yo'l qo'yilgan.

Qalqonsimon bezning klinik va ultratovush tekshiruvi saraton kasalligidan shubhalanishga yordam beradi, ammo patologik jarayonning tabiati va tarqalishi haqida to'liq tasavvurni bermaydi.

Tadqiqotning morfologik usuli eng ishonchli va aksariyat hollarda jarrohlik aralashuvidan oldin tashxis qo'yish imkonini beruvchi yagona hisoblanadi. Qalqonsimon bez saratonining morfologik diagnostikasi uch bosqichga asoslanadi:

operatsiyadan oldingi;

intraoperativ;

operatsiyadan keyingi.

Operatsiyadan oldingi bosqichda tugunli shakllanishlarning tuzilishi qalqonsimon bezning nozik igna punksiyon biopsiyasi, so‘ngra sitologik tekshiruv yordamida baholanadi. Aspiratsion biopsiya uchun substratni tanlash tashxisning to‘g‘riligini aniqlaydi.

Jarrohlik davolash jarayonida barcha mavjud tugunlarning sitologik tekshiruvi o‘tkaziladi. Bu barcha tugunlarda patologik jarayonning xarakterini aniqlashga yordam beradi, aksariyat hollarda o‘simtaning gistotipini va differentsiatsiya darajasini aniqlashga yordam beradi. Shuning uchun jarrohlik aralashuvi paytida sitologik diagnostika alohida ahamiyatga ega. Bundan tashqari, bemorlarning 16,8 foizida noto‘g‘ri salbiy natijalar olingan, bu, ehtimol, saratonning yuqori differentsial shakllarining sitologik rasmini talqin qilishda qiyinchiliklar va qalqonsimon bezdagi proliferativ-distrofik o‘zgarishlar bilan bog‘liq.

Rejalashtirilgan gistologik tekshiruv qalqonsimon bez saratoni diagnostikasining yakuniy bosqichi bo‘lib, o‘simta gistotipini tasdiqlash yoki aniqlash imkonini beradi, barcha bemorlarda o‘smalarning xavflilik darajasi va differentsiatsiyasi tanlangan taktikaning to‘g‘riligini va kasallikning keyingi prognozini belgilaydi.

Qalqonsimon bez saratonini davolash taktikasini ishlab chiqishda bir asrdan ko‘proq tarixga qaramay, bugungi kungacha yagona davolash algoritmi mavjud emas. Qalqonsimon bezdagi jarrohlik ko‘lamini aniqlashda ikkita asosiy fikr mavjud: birinchisi, o‘simtaning kattaligi, morfologik tuzilishi, bemorning yoshi va boshqa prognostik omillardan qat’i nazar, qalqonsimon bezni ekstirpatsiya qilish saratonning barcha holatlarida zarurdir [7].

Qalqonsimon bez saratonining differentsial shakllarini jarrohlik yo‘li bilan davolashning organni saqlaydigan usuli tarafdorlari, agar o‘simta lobdan tashqariga chiqmasa, qalqonsimon bezning istmus yoki subtotal rezektsiyasi bilan gemitiroidektomiya bilan cheklanish mumkin degan nuqtai nazardan kelib chiqadilar. Bu hajm onkologik nuqtai nazardan radikal va funktsional jihatdan tejamkor, chunki bezning qolgan qismi qalqonsimon to‘qimalarni olib tashlashni to‘liq qoplaydi va qalqonsimon bez etishmovchiligini oldini oladi.

Organlarni saqlaydigan jarrohlik davolashda ko‘p hollarda diametri 2 sm gacha bo‘lgan yagona xavfli tugunli shakllanishlar mavjud bo‘lib, deyarli yarmida bir xil. Tiroidektomiya hajmi kattaroq bo‘lsa, xavfli o‘simta diametri 2 sm dan ortiq bo‘lsa yoki bir nechta tugunlar bilan ifodalangan bo‘lsa, ayniqsa, yomon differensial saraton kasalligida amalga oshiriladi.

Xulosa.

1. Qalqonsimon bez saratoni ko‘p tugunli bo‘qoq fonida sitologik tekshiruv bemorlarning 41,6 foizida operatsiyadan oldin xavfli jarayonga shubha qilish imkonini beradi, bu esa punksiyon-aspiratsion biopsiya uchun substratni etarli darajada tanlamaganligi bilan bog‘liq.

2. Operatsiya ichidagi sitologik tekshiruvda xavfli o‘sma 64,8% bemorlarda aniqlanadi, 61,6% bemorlarda saratonning gistologik shaklini aniqlash mumkin.

3. Olib tashlangan namunani rejalashtirilgan gistologik tekshirish diagnostikaning yakuniy bosqichi bo‘lib, o‘simtaning gistotipini va uning tarqalish darajasini aniqlashtirishga imkon beradi.

4. Multitugunli bo‘qoq fonida qalqonsimon bez saratoni uchun jarrohlik aralashuv darajasini tanlash har bir bemor uchun alohida hal qilinishi kerak.

ADABIYOTLAR

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИ РЦ» Минздрава России; 2016.

2. Сдвижков А., Кожанов Л. Особенности хирургического лечения рака щито-

видной железы. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 20 19; 2: 18.

3. Ванушко В.Э., Фадеев В.В. Узловой зоб (клиническая лекция). Эндокринная хирургия. 2017; (4): 11–6.

4. Иванов Ю.В., Шабловский О.Р., Истомин Н.П., Соловьев Н.А., Попов Д.В., Злобин И.А. Особенности лечебно-диагностической тактики при заболеваниях щитовидной железы. Хирург. 2018; 3: 14–21.

5. Cibas E.S1., Ali S.Z. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. Am. J. Clin. Pathol. 2019; 132(5): 658–65.

6. Хмелевская В.А. Прогноз при дифференцированном раке щитовидной железы. В кн.: Сборник трудов научно-практической конференции, посвященной 70-летию академика РАМН профессора Н.А. Яицкого «Достижения и перспективы хирургии в СПбГМУ им. акад И.П. Павлова». Санкт-Петербург. 2018: 139–41.

7. Романчишен А.Ф., Липская Е.В., Романчишен Ф.А. Дифференцированный рак щитовидной железы (РЩЖ): выбор объема хирургического и комбинированного лечения. Онкохирургия. IV Международный конгресс «Опухоли головы и шеи». 2–4 сентября, 2018; 70.