

УДК: 616.441–006.6:616.423–089.87

Бекмурадов Бахтиёр Исроилжон угли, магистр.,

Хасанов Донёрбек Шухратбекович, доцент.,

Кодирханова Мухайёхон Комилжон кизи, магистр

Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА

ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резюме: В данной статье приводится анализ хирургического лечения РЩЖ, проведенного на базе отделения хирургии АООД. За период 2018-2021 гг. прооперировано 74 больных с различными заболеваниями щитовидной железы, из них по поводу различных форм РЩЖ, что составило 29,1% от общего количества операций.

Стандартным алгоритмом обследования явились ультразвуковое исследование, тонкоигольная пункционная биопсия ткани щитовидной железы, гормонодиагностика.

Ключевые слова: опухоли щитовидной железы, хирургическое лечение.

Bekmuradov Bakhtiyor Isroiljon ugli, master.,

Hasanov Donerbek Shukhratbekovich, associate professor.,

Kadir Khanova Mukhayekhona Komiljon kizi, Master

Department of Oncology and Medical Radiology

Andijan State Medical Institute

SURGICAL TACTICS IN THE TREATMENT OF THYROID

CANCER

Resume: This article provides an analysis of the surgical treatment of prostate cancer, conducted on the basis of the Department of surgery of the AOT. During the period 2018-2021, 74 patients with various thyroid diseases

were operated on, including for various forms of prostate cancer, which accounted for 29.1% of the total number of operations.

The standard examination algorithm was ultrasound, fine needle puncture biopsy of thyroid tissue, hormone diagnostics.

Key words: thyroid tumors, surgical treatment.

Актуальность. В течение последних десятилетий отмечается рост заболеваемости раком щитовидной железы [2]. Это связано с неблагоприятными воздействиями окружающей среды: хроническим (Дефицитом йода, воздействием ионизирующей радиации и стрессами. Наиболее часто данной патологией страдают лица пожилого и среднего возраста [6]. Но в последнее время увеличивается количество детей и лиц молодого возраста, страдающих раком щитовидной железы [5,7].

На настоящий момент до конца не решен вопрос об объеме дооперационного обследования, интраоперационной тактике и послеоперационном ведении пациентов с данной патологией. Это связано с тем, что лечением и диагностикой данной патологии занимаются специалисты многих медицинских направлений: онкологи, хирурги-эндокринологи, терапевты-эндокринологи, радиологи, ультразвукологи, рентгенологи, применяющие собственные подходы к решению данной проблемы. В нашей стране проведение радиойодтерапии остается малодоступным для большинства пациентов. Кроме этого, до сих пор хирургическим лечением рака щитовидной железы занимаются в общехирургических лечебных учреждениях, что сопровождается большим количеством неадекватно выполненных оперативных вмешательств и высокой частотой послеоперационных осложнений.

Существуют два противоположных мнения в отношении превентивных вмешательств на регионарном лимфатическом аппарате шеи. Наиболее часто дискуссии возникают в отношении центральной

клетчатки шеи. Одни специалисты отрицают необходимость выполнения данного вмешательства, так как это сопровождается развитием осложнений (нарушение голосовой функции, развитием паратиреоидной недостаточности и др.) и впоследствии снижением качества жизни[3]. Другие рекомендуют выполнять данный объем операции при всех случаях высокодифференцированного рака потому, что в лимфоузлах удаленной клетчатки выявляются метастазы в большом количестве случаев, [1].

В последнее время, уделяется большое внимание исследованию сторожевых лимфоузлов при таких онкологических заболеваниях, как рак молочной железы, желудка, ободочной кишки, меланомы. Выявление этих лимфоузлов, и дальнейшее их морфологическое исследование позволяет, оптимизировать объем операции, избежать возможных тяжелых последствий расширенных объемов операции, уточнить стадию процесса и т. д. Существуют две методики визуализации лимфатического коллектора: лимфосцинтиграфия (с применением радиофармпрепаратов) и хромолимфография (с использованием лимфотропных красителей) [4]. Эффективность данных методик в диагностике метастатического поражения при раке щитовидной железы не достаточно изучена.

Цель исследования. Определение тактики хирургического лечения больных дифференцированными формами рака щитовидной железы (ДРЩЖ) в зависимости от размеров, локализации, гистотипа первичной опухоли и состояния сторожевых лимфоузлов.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 70 больных с раком щитовидной железы, за период с 2020 по 2021 год, находившиеся в АООД.

Результаты исследования. Частота субклинического метастазирования в лимфоузлы центральной, клетчатки шеи-(VI уровень) I составила $55,6 \pm 5,2$ %. Метастазы папиллярного рака выявлены в $61,5 \pm 5,5$ % случаев¹. Частота субклинических метастазов фолликулярного рака

16,7 ± 10,8 %. Этот показатель зависит от размера первичного очага и локализации опухоли в доле железы. Наиболее высока частота поражения лимфоузлов при размере первичного очага более 4 см и при наличии экстрафасциального распространения (92,9 ± 6,9 %), при локализации опухоли в средней (38,5 ± 13,5 %) и нижней трети (66,7 ± 15,7 %) доли. '

Методика непрямой лимфографии с препаратом «Влеиралеп1Еу» является эффективным способом визуализации сторожевого лимфоузла при дифференцированном раке щитовидной железы. Чувствительность методики составила 80 %, специфичность — 100 %, позитивная диагностическая ценность — 100 %. 3: Хирургическое лечение в объеме диссекции центральной клетчатки шеи не вызывает существенного увеличения частоты И' выраженности послеоперационных осложнений (гипопаратиреоз, нарушения голосовой и дыхательной функций, осложнения воспалительного характера). У пациентов основной группы парез гортани выявлен в 7,78 ± 2,8 % случаев, в контрольной группе — 6,67 ± 4,6 %.

Выполнение диссекции центральной клетчатки шеи при высокодифференцированном раке щитовидной железы не снижает уровень качества жизни и социальную адаптацию пациентов в различные сроки наблюдения. Функциональные и симптоматические показатели модулей ЕСЖТСС^БС^СЗО и С^БС)-Н&Ю5 достоверно сопоставимы в сравнении с традиционной экстрафасциальной тиреоидэктомией. Показатели общего статуса здоровья до начала лечения в основной группе составили 97,8 ± 2,3%, в контрольной — 95,6 ± 4,1 %, в раннем послеоперационном периоде — 88,9 ± 8,8 и 87,3 ± 8,7 %, через 12 меся-, цев — 98,3 ± 1,3 и 97,4 ± 2,5 % соответственно.

Диссекция центральной клетчатки шеи в превентивном варианте I , показана у пациентов с папиллярным раком диаметром более 4 см, признаками экстрафасциального распространения, с опухолью менее 4 см,

локализующейся в средней и нижней трети доли. Во всех остальных случаях показано выполнение хромолимфографии с экстренным исследованием сторожевого лимфоузла, по результатам которой будет определена необходимость удаления лимфоузлов в данной зоне.

Вывод. Установлена возможность прогнозирования регионарного метастазирования и оптимизации объема оперативного вмешательства на основании предложенного комплекса мероприятий.

Определен алгоритм хирургического лечения высокодифференцированного рака щитовидной железы, учитывающий гистологическую форму опухоли, локализацию в железе, размеры опухолевого узла, наличие или отсутствие экстрагиреоидного распространения и метастатического поражения сторожевых лимфатических узлов.

Метод непрямой хромолимфографии с последующим цитологическим исследованием сторожевых лимфоузлов дает возможность объективной оценки состояния регионарного лимфатического аппарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Абасова Е.В. Эхография в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных лимфоаденопатий у детей / Е.В. Абасова, Р.А. Пархоменко, О.И. Щербенко // Материалы Всероссийского научно-форума «Радиология-2005». М.,2005. - С.3-4.

2.Бржезовский В.Ж. Факторы прогноза в определении объема операции при, дифференцированном раке щитовидной железы / В.Ж.Бржезовский, В.Л. Любаев, Г.Ю.Кочурина и др.// Современная онкология. 2006. -Т. 8, №3. - С. 34.

3.Михнин А.Е. Рак щитовидной железы: диагностика, классификация, стадирование / А.Е. Михнин //Практическая онкология: рак щитовидной железы. 2007.-№ 29,- С. 26-29.

4.Чернышов В.А. Центральная лимфодиссекция при рецидивном раке, щитовидной железы / В.А Чернышов, Р.Г.Хамидулин, А.Н. Рудых // Онкохи-рургия. 2009. - Т. 1. - С. 84.

5.Хвостовой В.В. Хирургическая тактика при папиллярном раке щитовидной железы с регионарным распространением N1b / В.В. Хвостовой, М.Д. Сычов, В.Е. Романщев и др. // Онкохирургия. 2010. - Прил. 1. - С. 138.

6.Gulben K. Prognostic factors for sporadic medullary thyroid carcinoma / K. Gulben, K. Gulben, U. Berberoglu, M. Boyabatli// World J. Surg. 2006. -P. 84-90.J

7.Trattamento e Follow-up def Carcinoma// Tiroideo Dijferenziato della Tiroide. Linee Guida SIE-AIMN-AIFM. 2004. - P. 157-190.

8. White M.L. Central lymph node dissection in differentiated thyroid cancer / M.L. White, P.G. Gauger, G.M. Doherty // World J. Surg. 2007. - Vol. 31. -P. 895-904.