

ხარძიანი გ.², მარდალეიშვილი კ.^{1,2}, მაკარიძე თ.²,
ღვინიაშვილი დ.², ჯავახიშვილი ივ.²

ფარისებრი ჯირკვლის მიკროკარცინომა, დიაგნოსტიკის და ქირურგიული მკურნალობის მენეჯმენტი

თსსუ, ყვან-სახის ქირურგიის დეპარტამენტი;
შპს „ონკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრი“²

ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული მიკროკარცინომის (PTMC) სტატისტიკის მზარდი სიხშირის მიუხედავად, PTMC-ის მქონე პაციენტების ოპტიმალური მკურნალობა მთელს მსოფლიოში კვლავ საკამათო საკითხს წარმოადგენს, ამის შესახებ კონსენსუსის არარსებობის გამო. შემოთავაზებული მკურნალობა მოიცავს სპექტრს დინამიკური მეთვალყურეობიდან ტოტალურ თირეოიდექტომიამდე [1,2]. მიუხედავად იმისა, რომ 2015 წლიდან დღემდე მოქმედი, ამერიკული თირეოიდოლოგიის ასოციაციის (ATA), განახლებული გაიდლაინი რეკომენდაციას უწევს ჰემითირეოიდექტომიას, როგორც პირველი რიგის მკურნალობას. ასევე არსებობს აქტიური, დინამიკური მეთვალყურეობის მიდგომა PTMC-ის მქონე პაციენტებისთვის. თუმცა, იგივე გაიდლაინის რეკომენდაციით, არ არის მონოდეტული წვრილი ნემსით ასპირაციულ ბიოფსიის წარმოება (FNA) < 1 სმ ზომის კვანძებისთვის, თუნდაც ის საეჭვო იყოს ულტრასონოგრაფიულად [3]. ამ სიტუაციაში, გადაწყვეტილება 1 სმ-მდე ზომის კვანძებზე FNA-ის ჩატარების საკითხი წყდება ინდივიდურად ექიმის გადაწყვეტილებით. განსახილველ თემები მოიცავს PTMC-ის და პროგნოზულ ფაქტორებს, კონსერვატიულ თერაპიას და ქირურგიულ სტრატეგიებს, რაც ითვალისწინებს მსოფლიო ორგანიზაციების რეკომენდაციებს და, ასევე, გამყარებულია ჩვენი კლინიკური გამოცდილებით, პოპულაციური თავისებურებების, სოციალური და ფსიქოლოგიური საკითხების გათვალისწინებით.

ბოლო სამი ათწლეულის განმავლობაში ფარისებრი ჯირკვლის კიბო ერთ-ერთი ყველაზე სწრაფად მზარდი ავთვისებიანი სიმსივნეა. ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული კიბოს (PTC) სიხშირე დაახლოებით 3-ჯერ გაიზარდა, ძირითადად ფარისებრი ჯირკვლის პაპილარული მიკროკარცინომის (PTMC) სიხშირის გაზრდის გამო. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სტატისტიკის მიხედვით, ფარისებრი ჯირკვლის კიბო სიხშირით მეორე ადგილზე ყველაზე გავრცელებული ძუძუს კიბოს შემდეგ ახალგაზრდა ქალებში (30-დან 50 წლამდე). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ გამოყო პაპილარული მიკროკარცინომა პირველადი სიმსივნის ზომის მიხედვით < 1 სმ დიამეტრით. შემოთავაზებული მკურნალობა მერყეობს აქტიური მონიტორინგიდან ტოტალურ თირეოიდექტომიამდე (TT), რომლის შემდეგაც გარკვეული ჯგუფის პაციენტებში ასევე, შესაძლოა გამოყენებულ იქნას რადიოაქტიური იოდით (RAI) აბლაცია [4]. ამერიკის ფარისებრი ჯირკვლის ასოციაცია (ATA) გაიდლაინში ბოლოდროინდელი ცვლილებებით რეკომენდაციას უწევს ლობექტომიას, როგორც პირველი რიგის მკურნალო-

ბას PTMC-ის მქონე პაციენტებისთვის, გარდა იმ პაციენტებისა, რომლებიც განეკუთვნებიან რისკის ჯგუფებს, როგორცაა მეტასტაზური კვანძები კისრის ლიმფურ ჯირკვლებში ან ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს ოჯახური ისტორია [5,6]. ATA-მ განახლებულ და დღეს მოქმედ გაიდლაინებში დაამატა ნაკლებად აგრესიული მიდგომა, აქტიური მეთვალყურეობა ულტრაბგერითი კონტროლით, როგორც ალტერნატიული მართვის სტრატეგია. თუმცა, ბოლოდროინდელი ATA გაიდლაინი ასევე გვიჩვენებს არ ჩატარდეს წვრილი ნემსით ასპირაციული ბიოფსია (FNAB) 1 სმ ზომის საეჭვო კვანძებში. მაგრამ როგორ შეიძლება PMTC-ის დიაგნოსტიკა, თუ ამ კვანძებში FNAB-ს არ ჩავატარებთ? ასეთ სიტუაციაში, არც აქტიური მონიტორინგი და არც ქირურგიული მკურნალობა არ შეიძლება განხილული იყოს რაიმე ობიექტური მონაცემების და დაავადების ვერიფიკაციების გარეშე.

აქტიური მეთვალყურეობის თეორიის დამცველებმა წამოაყენეს ჰიპოთეზა, რომ PTMC-ების უმეტესობა რჩება მცირე ზომის კერად და არ გენერალიზდება კლინიკურად მნიშვნელოვან დაავადებად [7,8]. ეს მოსაზრება მონოდეტულია ოპერაციის შემდგომი შესაძლო გართულებების თავიდან ასაცილებლად, თუმცა სტატისტიკურ მონაცემებით, რისკი დაავადების პროგრესირებისა მაინც არსებობს [9,10]. შესაძლოა დაავადების მეტასტაზირება მოხდეს რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში (ასეთი შემთხვევები გვაქვს პრაქტიკაში), რაც, ასევე, მოქმედებს გამოჯანმრთელების მაჩვენებელზე. გარდა ამისა, პაციენტების გარკვეული ჯგუფის მოთხოვნა ჩატარდეს ქირურგიული მკურნალობა, რაც გარკვეულწილად ფსიქოლოგიურ ფაქტორზეც არის დამყარებული.

გარდა ამისა, ATA გაიდლაინები აღიარებენ პაციენტის უპირატესობის მნიშვნელობას გადაწყვეტილების მიღების პროცესში და ისინი ხაზს უსვამენ მკურნალობასთან დაკავშირებული ავადობისა და არასაჭირო თერაპიის მინიმიზაციას [11,12]. თუმცა, ჰემითირეოიდექტომია ჯერ კიდევ არის PTMC-ის მკურნალობის პირველი რიგის მეთოდი მთელი მსოფლიოს ენდოკრინული ქირურგიის ცენტრებში.

PTMC-ის მიმდინარეობა, ჩვეულებრივ, ასიმპტომურია და იშვიათად ვლინდება ფიზიკური გამოკვლევებით. PMTC-ების უმეტესობის აღმოჩენა შემთხვევით ხდება, როდესაც პაციენტი მომართავს კლინიკას პროფილაქტიკური კვლევის მიზნით. ტექნოლოგიური დახვეწისა და სკრინინგის პროგრამის ჩართვის გამო შესაძლებელია 2-3მმ. ზომის კვანძების აღმოჩენაც. კვანძის ზომის გარდა, ულტრასონოგრაფია, ასევე, უნდა შეიცავდეს ინფორმაციას პარენქიმის არაჰომოგენურობის, კვანძის ორიენტაციის, ჰიპერვასკულარიზაციისა და მიკროკალციფიკაციის შესახებ. გარდა ამ უკვე დადგენილი კრიტერიუმებისა, ასევე, სასურველია ზუსტი აღწერა ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულასთან და ტრაქეასთან მიმართებით. ულტრასონოგრაფიამ, ასევე, უნდა მოგვანოდოს ინფორმაცია ცენტრალური და ლატერალური ლიმფური კვანძების შესახებ [13]. ჩვენს კლინიკაში აქტიურად გამოიყენება „TIRADS“ კლასიფიკაცია, რომლის მიხედვითაც, რადიოლოგიური მონაცე-

მებით, კვანძი მიეკუთვნება რისკის ჯგუფს და ტარდება წვრილნემსიან ასპირაციულ ბიოფსია ციტოლოგიური კვლევით. პრაქტიკაში შეზღუდულია ცენტრალური ლიმფური კვანძების ულტრაბგერითი შეფასება, როდესაც ის ლოკალიზდება ფარისებრი ჯირკვლის დორსალურად და კაუდალურად. თუმცა, მეორეს მხრივ, კისრის ლატერალური ლიმფური კვანძები უფრო ადვილად ვიზუალიზდება.

მაღალი დიაგნოსტიკური სანდობის გამო, ულტრასონოგრაფიული კონტროლით მართვა ფართოდ იქნა მიღებული, როგორც პირველადი დიაგნოსტიკური ტესტი ფარისებრი ჯირკვლის საეჭვო კვანძებისთვის. FNA-ს ციტოლოგიური გამოკვლევა საჭიროებს კვალიფიციურ ციტოლოგს. ასევე, სარწმუნოებისთვის მიზანშეწონილია მოლეკულურ-გენეტიკური კვლევის ჩატარება. მაგ., BRAF (V600E) მუტაციის გამოვლენამ შესაძლოა გაამყაროს PTC-ის ციტოლოგიური დიაგნოზი. მეტა-ანალიზში, BRAF (V600E)-დადებითი სიმსივნეების შემთხვევაში, ასევე, ხშირია კარცინომის მულტიფოკალურობა, ექსტრათირეოიდულად სიმსივნის ზრდა და ლიმფური კვანძების მეტასტაზები საბოლოო ჰისტოპათოლოგიურ შედეგებში [14, 15].

PTMC-ის საერთო გამოჯანმრთელების 5-წლიანი მაჩვენებელი, არამეტასტაზური დაავადების შემთხვევაში, აღწევს დაახლოებით 99.5%. დაავადების პროგრესირების და მეტასტაზირების შედეგად ლეტალური მაჩვენებელი არ აღემატება 0.5% [16]. თუმცა, განსაკუთრებით მაღალი რისკის მქონე პაციენტებისთვის (ოჯახური ანამნეზი, დაავადების მულტიფოკალურობა), რეკომენდებულია რადიკალური მასშტაბის ქირურგიული მკურნალობა.

ეპიდემიოლოგიური რეპორტის მიხედვით, ასაკი არის პროგნოზული ფაქტორი ფარისებრი ჯირკვლის დიფერენცირებული კიბოს მქონე პაციენტებისთვის. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოთი სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შეადგენს 2.7/100.000 65, 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში მაშინ, როდესაც ეს მონაცემი არის მხოლოდ 0.1/100.000 65 წელზე ნაკლები ასაკის პაციენტებში. ავადობა მეტად არის გამოხატული ქალებში, ვიდრე მამრობით სქესში 5:1.

პირველადი სიმსივნის ზომა განაპირობებს პროგნოზულ ფაქტორს. მიკროკარცინომას, 5-10 მმ დიამეტრის ფოკუსით და 5 მმ დიამეტრით ან ნაკლებით, აქვს ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების (59% - 13%, შესაბამისად) და ექსტრათირეოიდული ინვაზიის (10% - 3%) განსხვავებული სიხშირე [17, 22, 23]. ექსტრათირეოიდული ინვაზია (ETE) არის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი რისკის ფაქტორი. ETE მაჩვენებელი PTMC-სთვის მერყეობს 2%-დან 21%-მდე სხვადასხვა კვლევებში. ეს ცვალებადობა შეიძლება გამოწვეული იყოს PTMC-ის სხვადასხვა მდებარეობით. ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულასთან ახლოს არსებული პირველადი კერა ყველაზე ხშირად იწვევს ექსტრათირეოიდულ გავრცელებას [24, 25]. TNM სისტემა განსაზღვრავს T4 დაავადებას, როგორც ნებისმიერი ზომის სიმსივნეს გავრცელებით ფარისებრი ჯირკვლის კაფსულის მიღმა, რაც ნიშნავს, რომ გარკვეულ შემთხვევებში, მდებარეობის მიხედვით, პაპილური მიკროკარცინომაც შესაძლოა მივაკუთვნოთ T4-ს. შორეული მეტასტაზების არსებობის შემთხვევაში პროგნოზი უარესდება. თუმ-

ცა, როდესაც დაავადება ლოკალიზებულია კისრის ლიმფურ ჯირკვლებში, ტარდება რადიკალური ქირურგიული მკურნალობა ლიმფოდისექციით და შემდგომში რადიოაქტიური იოდით აბლაცია, რაც აუმჯობესებს პროგნოზს [16].

მულტიფოკალურობა ასოცირდება სიმსივნის რეციდივის უფრო მაღალ მაჩვენებელთან. კვლევები აჩვენებს, რომ უნიფოკალური დაავადების მქონე პაციენტთა მხოლოდ 1.2%-ს ჰქონდა მორეციდივე კიბო მაშინ, როდესაც რეციდივის მაჩვენებელი 8.6%-ს აღწევდა მულტიფოკალური დაავადების მქონე პაციენტებში. კისრის ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზირების რისკიც 5.6-ჯერ მეტია მულტიფოკალური დაზიანების შემთხვევაში [25, 26].

ATA [4], ბრიტანეთის ფარისებრი ჯირკვლის ასოციაცია [27] და გერმანიის ზოგადი და ვისცერული ქირურგიის საზოგადოება [29] პაპილური მიკროკარცინომით დაავადებულ პაციენტებში რეკომენდაციას უწევს ჰემითირეოიდექტომიის ნარმოებას, როგორც პირველი რიგის მკურნალობას. თუმცა, ფარისებრი ჯირკვლის ოჯახური პაპილარული კარცინომის დროს (FNMTC) რეკომენდებულია სრული თირეოიდექტომიის ნარმოება, რადგან ეს უკანასკნელი მიდრეკილია მულტიფოკალურობისა და ადრეული მეტასტაზირებისკენ [30, 31, 34]. ასევე პაციენტებში, რომლებსაც ანამნეზში ჩატარებული აქვთ რადიაციული თერაპია კისრის მიდამოში, რეკომენდებულია თირეოიდექტომია. ფარისებრი ჯირკვლის სრული ამოკვეთა ნაჩვენებია მულტიფოკალური კარცინომის დიაგნოსტიკის შემთხვევაშიც [4].

Kim და თანაავტორებმა (კორეის მეცნიერებისა და მაღალი ტექნოლოგიების ინსტიტუტი) გამოიკვლია 8676 პაციენტი (5387 ჩატარებული თირეოიდექტომია და 3289 ჰემითირეოიდექტომია) PTMC-ით. მეთვალყურეობის საშუალო პერიოდი - 65 თვე. რეციდივის გარეშე 5-წლიანი და 10-წლიანი გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი შეადგენდა 98.1% და 91.8%, შესაბამისად, ჰემითირეოიდექტომიის ჯგუფისთვის და 98.5% და 97.5% - სრული თირეოიდექტომიის ჯგუფისთვის ($p < 0.001$) [32]. ჰემითირეოიდექტომიის ჯგუფში დიაგნოსტიკური "სიმსივნური რეციდივის" უმეტესობა ლოკალიზდებოდა ფარისებრი ჯირკვლის კონტრალატერალურ ნილში. მულტიფოკალური კარცინომების დროს სრული თირეოიდექტომია მნიშვნელოვნად ამცირებს ადგილობრივი რეციდივის რისკს. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ ლობექტომია არ ზრდის ლოკო-რეგიონალური რეციდივის რისკს კონტრალატერალურად. რეციდივის კონტრალატერალური ნარჩენი ნილის უსაფრთხოდ მართვა შესაძლებელია სრული თირეოიდექტომიით, ამიტომ ლობექტომია, უნიფოკალური დაავადების დროს, შეიძლება იყოს უსაფრთხო ოპერაციული ვარიანტი PTMC-ით დაავადებულ პაციენტებში.

2016 წელს Gschwandtner და თანაავტორების კვლევის შედეგებით, PTMC რეციდივირების მაჩვენებელი ჰემითირეოიდექტომიის შემდეგ 1.2%-ა, ფარისებრი ჯირკვლის კონტრალატერალურ ნილში [33]. ცენტრალური ლიმფური კვანძებში რეციდივი თირეოიდექტომიის შემდეგ დაფიქსირდა პაციენტების 0.4%-ში. ამ კვლევაში ავტორებმა დაადგინეს, რომ ახალგაზრ-

და პაციენტებს უფრო მეტად უვითარდებოდათ ლიმფურ კვანძებში დაავადების მეტასტაზური დაზიანება, რაც დაკავშირებულია ახალგაზრდა ასაკში კარგად განვითარებულ ლიმფოდრენაჟთან და ლიმფის აქტიურ პასაჟთან. სიმსივნის მთლიანი ზომა და სუბკაფსულარული ლოკალიზაცია ასევე მნიშვნელოვნად ასოცირდება ლიმფური კვანძების რეციდივებთან. პროპერაციულად ან ინტრაოპერაციულად ნანახ მეტასტაზურ დაზიანებაზე ექვის მიტანის შემთხვევაში რეკომენდებულია ქირურგიული მკურნალობა, მასშტაბით სტრუმექტომია შესაბამისი მიდამოს ლიმფოდისექციით.

ჩვენს კლინიკაში, პაპილური მიკროკარცინომის დიაგნოზით დაავადებულ პაციენტებში, ასაკის და ოჯახური ანამნეზის გათვალისწინებით, ძირითადად ტარდება დამზოგველი ოპერაციები, მასშტაბით ჰემითირეოიდექტომია ხიდაკის რეზექციით. ამ დროს ვიზუალიზება ხდება შებრუნებული ნერვის და მისი დეტექცია ნეირომონიტორინგის აპარატით (NEURO-SIGN-400). ნერვის დეტექციის შემდეგ ხდება მობილიზება კისრის VI ზონის ლიმფური კოლექტორის და მათი ინტრაოპერაციული ექსპრესმორფოლოგიით შესწავლა მეტასტაზური დაზიანების გამოსარიცხად, რადგან მეტასტაზური კვანძის დადგენის შემთხვევაში, იცვლება ოპერაციის მასშტაბი - სრული თირეოიდექტომია შემდგომში რადიაქტიური იოდით აბლაციის ჩასატარებლად. გარდა აღნიშნული არგუმენტისა, ასევე, დაავადების მხარეს ლიმფოდისექცია ტარდება, განმეორებითი ოპერაციის საჭიროების შემთხვევაში, შებრუნებული ნერვის ნაწიბუროვანი სტრიქტურებიდან განთავისუფლებასთან დაკავშირებული დაზიანების მაღალი რისკის გამო, რითაც მინიმუმამდე მცირდება ნერვის გამტარებლობის დარღვევასთან დაკავშირებული გართულებები, როგორცაა: დისფონია, აფონია. შესაბამისად, პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის შენარჩუნება, რასაც ემსახურება ყოველი რადიკალური სამედიცინო მკურნალობა.

უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში დიაგნოსტიკური ფარისებრი ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების დაახლოებით 80-85% ქირურგიული მკურნალობა მარდალეიშვილის სამედიცინო სენტრში ხორციელდება. ჩვენი კლინიკის 2014-2022წწ. მონაცემებით, ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს საერთო რაოდენობა ორივე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენდა 4324;

2014წ. დადგენილი დიაგნოზით ჩატარდა 311 ოპერაცია - 153 თირეოიდექტომია, 158-თირეოიდექტომია ლიმფოდისექციით; პაციენტების 85,2% (265) შეადგინა ქალებმა, ხოლო 14,2% იყო - კაცი (46).

2015 წელს ჩატარდა 348 ოპერაცია, აქედან 112 თირეოიდექტომია, 232 - თირეოიდექტომია ლიმფოდისექციით, რეოპერაცია რეციდივის გამო 4 პაციენტში, ამათგან 2 შემთხვევაში განხორციელდა ფარისებრი ჯირკვლის ნარჩენი ქსოვილის ამოკვეთა, ხოლო 2 რადიკალური ოპერაცია: ქალები შეადგენდნენ 83,6% (281), მამაკაცები - 16,37% (50).

2016 წელს ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს გამო ჩატარებული ოპერაციების საერთო რაოდენობამ შეადგინა 442. ამათგან, თირეოიდექტომია - 116, 306 - თირეოიდექტომია ლიმფოდისექციით, 20-რეოპერაცია, აქედან - ფარისებრი ჯირკვლის ნარჩენი ქსოვი-

ლის ამოკვეთა - 5, ნარჩენი ქსოვილის ამოკვეთა ლიმფოდისექციით- 15; 82,80% (366) დაავადება აღინიშნა ქალებში, 17,9% (76) - კაცებში.

2017წელს ჩატარდა 486 ოპერაცია. ამათგან, თირეოიდექტომია - 78, 394 - თირეოიდექტომია ლიმფოდისექციით, 14-რეოპერაცია, აქედან - ფარისებრი ჯირკვლის ნარჩენი ქსოვილის ამოკვეთა - 4, ნარჩენი ქსოვილის ამოკვეთა ლიმფოდისექციით- 10. 84,77% (412) დაავადება აღინიშნა ქალებში, 15,22% (74) - კაცებში.

2018 წელს, ფჯკ-ის გამო, 601 ოპერაცია ჩატარდა: თირეოიდექტომია - 81, თირეოიდექტომია ლიმფოდისექციით - 502, რეციდივის გამო - 18 ოპერაცია, ქალი - 81,86% (492), მამაკაცი - 18,3% (109).

2019 წელს, ფჯკ-ის გამო, 636 ოპერაცია ჩატარდა: თირეოიდექტომია - 85, თირეოიდექტომია ლიმფოდისექციით - 517, რეციდივის გამო - 34 ოპერაცია, ქალი - 81,86% (520), მამაკაცი - 18,3% (116).

2020 წელს ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს გამო ჩატარებული ოპერაციების საერთო რაოდენობამ შეადგინა 679. ამათგან: ჰემითირეოიდექტომია - 44, თირეოიდექტომია - 135, 459- თირეოიდექტომია ლიმფოდისექციით, 41-რეოპერაცია, აქედან - ფარისებრი ჯირკვლის ნარჩენი ქსოვილის ამოკვეთა - 17, ნარჩენი ქსოვილის ამოკვეთა ლიმფოდისექციით-24; 82,10% (560) - დაავადება აღინიშნა ქალებში, 17,9% (119) - კაცებში.

2021 წელს ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს გამო ჩატარებული ოპერაციების საერთო რაოდენობამ შეადგინა 701. ამათგან: ჰემითირეოიდექტომია - 54, თირეოიდექტომია - 143, 431 - თირეოიდექტომია ლიმფოდისექციით, 73-რეოპერაცია, აქედან, ფარისებრი ჯირკვლის ნარჩენი ქსოვილის ამოკვეთა - 26, ნარჩენი ქსოვილის ამოკვეთა ლიმფოდისექციით-47; 84,1% (589) დაავადება აღინიშნა ქალებში, 15,9% (112) - კაცებში.

2022 წელს ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს გამო ჩატარებული ოპერაციების რაოდენობა ამ ეტაპზე შეადგენს 736. ამათგან: ჰემითირეოიდექტომია - 97, თირეოიდექტომია - 147, 429- თირეოიდექტომია ლიმფოდისექციით, 63 - რეოპერაცია, აქედან, ფარისებრი ჯირკვლის ნარჩენი ქსოვილის ამოკვეთა - 22, ნარჩენი ქსოვილის ამოკვეთა ლიმფოდისექციით-39; 83% (528) დაავადება აღინიშნა ქალებში, 17% (208) - კაცებში.

კლინიკაში, ბოლო 3 წლის განმავლობაში ჩატარებული კომბინირებული დამზოგველი ოპერაციების სტატისტიკური მაჩვენებელი ასეთია: 162 პაციენტთან დაგეგმილი იყო ოპერაცია - ჰემითირეოიდექტომია კისრის VI ზონის ლიმფოდისექციით, ინტრაოპერაციული მორფოლოგიური კვლევით. 17 პაციენტში ინტრაოპერაციული სასწრაფო მორფოლოგიური კვლევით გამოვლენილ იქნა მიკრომეტასტაზის არსებობა, რის გამოც მოხდა ოპერაციის მასშტაბის ცვლილება - ჩატარდა თირეოიდექტომია კისრის ცენტრალური ლიმფოდისექციით, ხოლო 145 პაციენტში ჩატარებულ იქნა ქირურგიული მკურნალობა დამზოგველი მეთოდით. ყოველი მათგანი იმყოფება დინამიკური დაკვირვების ქვეშ.

მარდალეიშვილის სამედიცინო ცენტრი, როგორც თავ-კისრის და ონკოლოგიური ქირურგიული კლინი-

კა, პაციენტებისთვის უმეტეს შემთხვევაში წარმოადგენს საბოლოო რგოლს, რადგან პაციენტი კლინიკაში ხვდება ქირურგიული მკურნალობის მიზნით, როგორც პირველად, ასევე სხვა დაწესებულებებში დიაგნოსტიკის თუ არასრულფასოვნად ჩატარებული მკურნალობების შემდეგ. შესაბამისად, ანამნეზის შესწავლისას შესაძლებელია სრულყოფილი ანალიზი დაავადების დაწყებიდან ოპერაციამდე და ოპერაციის შემდგომ, დიაგნოზის მორფოლოგიური ვერიფიკაციით. აქედან გამომდინარე, ჩვენი მიდგომა ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიების დიაგნოსტიკის, მკურნალობის მეთოდების, დროული ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებისადმი და ოპერაციის მასშტაბის დაგეგმვის საკითხში განსხვავებულია. ამას ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ 2014-22 წლებში კლინიკაში ჩატარდა 235 რეოპერაცია ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების გამო.

ლიტერატურა:

1. Bethesda MD. A Snapshot of Thyroid Cancer: Incidence and mortality. National Cancer Institute. 2014. Available at: <https://www.cancer.gov/research/progress/snapshots/thyroid>.
2. Davies L, Welch HG. Current thyroid cancer trends in the United States. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;140:317–22. [PubMed] [Google Scholar]
3. Hedinger CE, Williams ED World Health Organization. 2nd ed. Berlin: Springer; 1993. Histological typing of thyroid tumours; p. 66. [Google Scholar]
4. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016;26:1–133. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
5. Miyauchi A, Ito Y, Oda H. Insights into the Management of Papillary Microcarcinoma of the Thyroid. *Thyroid.* 2018;28:23–31. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
6. Ito Y, Miyauchi A, Oda H. Low-risk papillary microcarcinoma of the thyroid: A review of active surveillance trials. *Eur J Surg Oncol.* 2018;44:307–315. [PubMed] [Google Scholar]
7. Yu XM, Lloyd R, Chen H. Current treatment of papillary thyroid microcarcinoma. *Adv Surg.* 2012;46:191–203. [PubMed] [Google Scholar]
8. Kwon H, Oh HS, Kim M, Park S, Jeon MJ, Kim WG, et al. Active Surveillance for Patients With Papillary Thyroid Microcarcinoma: A Single Center's Experience in Korea. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102:1917–25. [PubMed] [Google Scholar]
9. Adam MA, Pura J, Gu L, Dinan MA, Tyler DS, Reed SD, et al. Extent of surgery for papillary thyroid cancer is not associated with survival: an analysis of 61,775 patients. *Ann Surg.* 2014;260:601–5. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
10. Wang TS, Goffredo P, Sosa JA, Roman SA. Papillary thyroid microcarcinoma: an over-treated malignancy? *World J Surg.* 2014;38:2297–303. [PubMed] [Google Scholar]
11. Hauch A, Al-Qurayshi Z, Randolph G, Kandil E. Total thyroidectomy is associated with increased risk of complications for low- and high-volume surgeons. *Ann Surg Oncol.* 2014;21:3844–52. [PubMed] [Google Scholar]
12. Rosato L, Pacini F, Panier Suffat L, Mondini G, Ginardi A, Maggio M, et al. Post-thyroidectomy chronic asthenia: self-deception or disease? *Endocrine.* 2015;48:615–20. [PubMed] [Google Scholar]
13. Miyauchi A. Clinical Trials of Active Surveillance of Papillary Microcarcinoma of the Thyroid. *World J Surg.* 2016;40:516–22. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
14. Musholt TJ, Fottner C, Weber MM, Eichhorn W, Pohlenz J, Musholt PB, et al. Detection of papillary thyroid carcinoma by analysis of BRAF and RET/PTC1 mutations in fine-needle aspiration biopsies of thyroid nodules. *World J Surg.* 2010;34:2595–603. [PubMed] [Google Scholar]
15. Li F, Chen G, Sheng C, Gusdon AM, Huang Y, Lv Z, et al. BRAFV600E mutation in papillary thyroid microcarcinoma: a meta-analysis. *Endocr Relat Cancer.* 2015;22:159–68. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
16. Yu XM, Wan Y, Sippel RS, Chen H. Should all papillary thyroid microcarcinomas be aggressively treated? An analysis of 18,445 cases. *Ann Surg.* 2011;254:653–60. [PubMed] [Google Scholar]
17. Hay ID, Grant CS, Taylor WF, McConahey WM. Ipsilateral lobectomy versus bilateral lobar resection in papillary thyroid carcinoma: a retrospective analysis of surgical outcome using a novel prognostic scoring system. *Surgery.* 1987;102:1088–95. [PubMed] [Google Scholar]
18. Hay ID, Bergstralh EJ, Goellner JR, Ebersold JR, Grant CS. Predicting outcome in papillary thyroid carcinoma: development of a reliable prognostic scoring system in a cohort of 1779 patients surgically treated at one institution during 1940 through 1989. *Surgery.* 1993;114:1050–7. [PubMed] [Google Scholar]
19. Cady B, Rossi R. An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery.* 1988;104:947–53. [PubMed] [Google Scholar]
20. Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz AG, Balch CM, Haller DG. *AJCC cancer staging manual.* 6th ed. New York: Springer-Verlag; 2002. [Google Scholar]
21. Kasai N, Sakamoto A. New subgrouping of small thyroid carcinomas. *Cancer.* 1987;60:1767–70. [PubMed] [Google Scholar]
22. Giordano D, Gradoni P, Oretti G, Molina E, Ferri T. Treatment and prognostic factors of papillary thyroid microcarcinoma. *Clin Otolaryngol.* 2010;35:118–24. [PubMed] [Google Scholar]
23. Pellegriti G, Scollo C, Lumera G, Regalbutto C, Vigneri R, Belfiore A. Clinical behavior and outcome of papillary thyroid cancers smaller than 1.5 cm in diameter: study of 299 cases. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89:3713–20. [PubMed] [Google Scholar]
24. Bernet V. Approach to the patient with incidental papillary microcarcinoma. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95:3586–92. [PubMed] [Google Scholar]
25. Hay ID, Hutchinson ME, Gonzalez-Losada T, McIver B, Reinalda ME, Grant CS, et al. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 900 cases observed in a 60-year period. *Surgery.* 2008;144:980–7. [PubMed] [Google Scholar]
26. Baudin E, Travagli JP, Ropers J, Mancusi F, Bruno-Bossio G, Caillou B, et al. Microcarcinoma of the thyroid gland: the Gustave-Roussy Institute experience. *Cancer.* 1998;83:553–9. [PubMed] [Google Scholar]
27. Chow SM, Law SC, Chan JK, Au SK, Yau S, Lau WH. Papillary microcarcinoma of the thyroid-Prognostic significance of lymph node metastasis and multifocality. *Cancer.* 2003;98:31–40. [PubMed] [Google Scholar]

28. Perros P, Boelaert K, Colley S, Evans C, Evans RM, Gerrard Ba G, et al. Guidelines for the management of thyroid cancer. Clin Endocrinol (Oxf) 2014;81(Suppl 1):1–122. [PubMed] [Google Scholar]

29. AWMF. Operative Operative Therapie maligner Schilddrüsenkrankungen. 2012. [Accessed Dec 26, 2018]. Available at: <https://www.aco-asso.at/wp/wp-content/uploads/2014/01/Leitlinien-SDCA.pdf>.

30. Hillenbrand A, Varhaug JE, Brauckhoff M, Pandev R, Haufe S, Dotzenrath C, et al. Familial nonmedullary thyroid carcinoma-clinical relevance and prognosis. A European multicenter study. ESES Vienna presentation. Langenbecks Arch Surg. 2010;395:851–8. [PubMed] [Google Scholar]

31. Lee CR, Park S, Kang SW, Lee J, Jeong JJ, Nam KH, et al. Is familial papillary thyroid microcarcinoma more aggressive than sporadic form? Ann Surg Treat Res. 2017;92:129–35. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

32. Kim SK, Park I, Woo JW, Lee JH, Choe JH, Kim JH, et al. Total thyroidectomy versus lobectomy in conventional papillary thyroid microcarcinoma: Analysis of 8,676 patients at a single institution. Surgery. 2017;161:485–92. [PubMed] [Google Scholar]

33. Gschwandtner E, Klatt T, Swietek N, Bures C, Kober F, Ott J, et al. Increase of papillary thyroid microcarcinoma and a plea for restrictive treatment: A retrospective study of 1,391 prospective documented patients. Surgery. 2016;159:503–11. [PubMed] [Google Scholar]

34. Sisli Etfal Hastan Tip Bul. 2018; Surgical Treatment in Papillary Thyroid Microcarcinoma

Fatih Tunca, I Ysmail Cem Sormaz, I Ahmet Yalın Yıcan, 2 and Yasemin Giles Benyürek 1

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7406556/]

SUMMARY

ISSUE OVERVIEW

Khartziani G.², Mardaleishvili K.^{1,2}, Makaridze T.², Ghviniashvili D.², Javakhishvili Iv.²

THYROID MICROCARCINOMA, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF SURGICAL TREATMENT

TSMU, MAXILLOFACIAL LAW DEPARTMENT¹; LTD. “SCIENTIFIC-RESEARCH CENTER OF ONCOLOGY”²

Hemithyroidectomy, according to surgical societies guidelines, is still the therapy of choice in patients with papillary microcarcinoma, with excellent results and a very low complication rate. The disease can be treated only by surgery. And active monitoring should be carried out only under well-defined and controlled conditions. Total thyroidectomy is indicated in patients with multifocal carcinoma, extrathyroidal tumor growth, hereditary tumors (FNMTTC), as well as in children and adolescents. In our case, systematic lymphadenectomy is provided according to radiological indications or in case of suspicion of metastatic damage to lymph nodes detected intraoperatively, however, in case of relapse disease, due to the high probability of recurrent nerve damage due to reoperation and the advantage of frozen section pathology examination of intraoperative lymph nodes, the latter is actively used to increase the rate of further recovery in patients of our clinic and in order to maintain the quality of life.

ჯავახიძე რ.¹, ციმაკურიძე მარ.², ხატიანიშვილი ნ.¹, ჩიგოგიძე ხ.¹, ღვაჭერიძე ო.¹.

პასტიციდებით გამოწვეული ჯანმრთელობის ეფექტები

6. მახვილაძის სახელობის შრომის მედიცინისა და ეპიდემიოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი¹; თსუ, კვების, ასაკობრივი მედიცინის, გარემოსა და პროფესიული ჯანმრთელობის დეპარტამენტი²

მცენარეთა დასაცავად მსოფლიოში აპრობირებული პესტიციდების გამოყენება. პესტიციდები - ქიმიური ან ბიოლოგიური საშუალებებია, რომლებიც გამოიყენება მცენარეთა დაავადებებისა და მათი გადამტანების, მავნებლებისა და სარეველა მცენარეების, შენახული სოფლის მეურნეობის პროდუქციის დაზიანების და მავნებლების, მღრღნელების, ცხოველთა პარაზიტების წინააღმდეგ, ასევე, მცენარეთა ზრდის რეგულირებისთვის; მოსავლის აღების წინ მცენარეთა ფოთლების მოსაცილებლად (დეფოლიანტები), მცენარეთა ფოთლების შესახმობად (დესიკანტები), საცავების, საწყობების, ნიადაგის, მცენარეთა და ფიტოსანიტარიულ კონტროლს დაქვემდებარებული სხვა პროდუქტების გაუსნებოვნებისთვის.

პესტიციდები გამოიყენება ძირითადად ბაღებში და ბოსტნეული კულტურების მავნებლებისაგან დასაცავად. ამჟამად ცნობილია რამდენიმე ათასი ფოსფორორგანული ნივთიერება; მათი საყოველთაო პოპულარობა განპირობებულია მაღალი ინსექტიციდური აქტივობით, მოქმედების ფართო სპექტრითა და სისწრაფით, ბიოლოგიურ არეებში მცირე მდგრადობითა და დაშლის შემდეგ არატოქსიკურ ნივთიერებათა წარმოქმნით, ასევე მეტაბოლიზმის სისწრაფითა და ადამიანის ორგანიზმში კუმულაციის მცირე უნარით. მევენახეობაში ხშირად გამოიყენება ფოსფორორგანული და ქლორორგანული პესტიციდები.

ფოსფორორგანული ნაერთები გამოიყენება მრეწველობაშიც - მადნების ფლოტაციისას, პოლიმერიზაციისა და ორგანული სინთეზის პროცესში, გამხსნელების, ცეცხლგამძლე პლასტიკისა და ნარმოებისა და ა.შ. საყოფაცხოვრებო პირობებში ბალონური აეროზოლების (სპრეი) სახით ისინი ფართოდ იხმარება ბუჩების, კოლოების და სხვა მწერების გასანადგურებლად.

ქლორორგანული ნაერთები ხანგრძლივი დროის მანძილზე არ იშლება არც წყალში, არც ნიადაგში არსებული მიკროორგანიზმების ზეგავლენით და ასევე მდგრადი არიან როგორც ცხოველების, ისე ადამიანის ფერმენტული სისტემების მიმართ. ამ ნივთიერებებს გააჩნიათ ძალზე მაღალი ლიპოტროპული, თანდათანობით გადაადგილდებიან კვებით ჯაჭვებში და საბოლოოდ ხდება მათი დეპონირება სხვადასხვა ცხოველის, თევზისა თუ ფრინველის ცხიმოვან ქსოვილში. ქლორორგანული ნაერთები არ იშლება კულინარიული დამუშავების დროს, დადგენილია მათი დაგროვების შესაძლებლობა ადამიანის ღვიძლსა და თავის ტვინში [2,3].

პესტიციდების მოქმედება განპირობებულია ბიოლოგიური აქტივობით და ტოქსიკურად მოქმედებს არამარტო მავნებლებზე, არამედ სხვა ორგანიზმებზეც, მათ შორის ადამიანზე [2,4].