

¹Hüseynova A.R., ²Qaziyev A.Y., ³Muradov H.K.

YUMŞAQ TOXUMA ŞİŞLƏRİNİN KLİNİK-PATOMORFOLOJİ SƏCİYYƏLƏNDİRİLMƏSİ

¹Naxçıvan Muxtar Respublika Xəstəxanası, Naxçıvan;²Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkologiya kafedrası, Bakı³Azərbaycan Tibb Universitetinin histologiya sitologiya və embriologiya kafedrası, Bakı

Məqələdə yumşaq toxumaların bəd- və xoşxassəli şişləri olan xəstələrdə klinik və patomorfoloji əlamətlərin müqayisəli şəkildə öyrənilməsinə həsr edilmiş tədqiqat işi barədə məlumat verilmişdir. Tədqiqat işinin materiallarını yumşaq toxumaların bədxassəli şişi olan 54 və xoşxassəli şişi olan 19 xəstə təşkil etmişdir. Xəstələr kompleks, klinik, laborator, instrumental müayinələrdən keçmiş, diaqnoz bütün hallarda morfoloji olaraq təsdiq edilmişdir. Yumşaq toxumaların bəd- və xoşxassəli şişlərinin klinik əlamətlərindən ağrı və onun xarakteri, palpasiya olunən şiş və onun xarakteristikası (ağrılı olması, konsistensiyası, səthi forması, konturu, hərəkətliyi, dəri üzərindəki dəyişikliklər), ətraf funksiyasının pozulması və ümumi əlamətlər müqayisəli təhlil edilmiş, diaqnostik informativliyi yüksək olan əlamətlər ayırd edilmişdir. Yumşaq toxumaların bədxassəli şişlərini xoşxassəli şişlərdən fərqləndirən əsas əlamətlər aşağıdakılar olmuşdur: palpasiya olunən şişin ağrılı olması, məhdud hərəkətli olması, şişin konsistensiyasının bərk-elastic olması, şişin səthinin kələ-kötür olması, şişin konturlarının qeyri-dəqiq olması. Həmçinin yumşaq toxumaların bəd- və xoşxassəli şişləri morfoloji olaraq tədqiq edilmiş və hər bir nozoloji formanın özünəməxsus xüsusiyyətlərə malik morfoloji səciyyəsi verilmişdir.

Açar sözlər: yumşaq toxuma şişləri, klinik əlamətlər, morfoloji əlamətlər

Ключевые слова: опухоли мягких тканей, клинические признаки, морфологические признаки

Key words: soft tissue tumors, clinical signs, morphological signs

Yumşaq toxumaların şişləri klinik onkologiyanın aktual sahələrindəndir. Yumşaq toxumalar çoxtoxumalı struktura malik olduğundan, onlardan histogenezinə görə bir-birindən fərqlənən şişlər inkişaf edir. Yumşaq toxumaların sarkomalarının bədxassəli şişlərin ümumi strukturunda payı aşağı rəqəmlərlə səciyyələnir, lakin bu şişlərin əksər histoloji tipləri aqressiv gedşinə, erkən metastaz verməsinə görə fərqlənir və xəstəliyin rastgəlmə tezliyi artır [1-3]. Bu qrup şişlərin spesifik əlaməti yoxdur və yumşaq toxumaların sarkomaları zamanı rast gəlinən əlamətlər yumşaq toxumaların digər zədələnmələri və xoşxassəli şişləri zamanı da müşahidə edilə bilər. Buna görə, yumşaq toxuma şişlərinin klinik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi və yumşaq toxumaların xoş- və bədxassəli şişlərində müşahidə edilən simptomların klinik interpretasiyası prioritet məsələdir. Müvafiq tədqiqat işlərimizdə yumşaq toxuma şişlərinin şüa diaq-

nostikası semiotikasını tədqiq etmişik [4, 5]. Hazırkı tədqiqat yumşaq toxuma şişlərinin diaqnostikasında klinik və patomorfoloji əlamətlərin təhlilinə həsr edilmişdir.

Tədqiqatın məqsədi – yumşaq toxumaların bəd- və xoşxassəli şişlərinin klinik-patomorfoloji əlamətlərinin öyrənilməsindən və müqayisəli qiymətləndirilməsindən ibarət olmuşdur.

Tədqiqatın materialı və metodları. Tədqiqata Azərbaycan Tibb Universitetinin Onkoloji Klinikasında müayinə olunmuş və müalicə almış 73 xəstənin materialları daxil edilmişdir. Bütün xəstələr kompleks klinik, laborator, instrumental müayinələrdən keçmiş, bütün hallarda diaqnoz və şişin histoloji tipi morfoloji olaraq təsdiq edilmişdir. Xəstələrin müəyyən qrupunda şüa diaqnostikası müayinələri, o cümlədən MRT Naxçıvan Muxtar Respublika Xəstəxanasının şüa diaqnostikası şöbəsində aparılmışdır.

Tədqiqata daxil olan xəstələr 2 qrupa bölünmüşdür. I qrupa yumşaq toxumaların bədxassəli şişləri (yumşaq toxuma sarkoması – YTS) aşkarlanmış 54 xəstə, II qrupa isə yumşaq toxumaların xoşxassəli şişləri aşkarlanmış 19 xəstə daxil edilmişdir.

Xəstələrdən 31(42,5%) nəfərlikisi, 42-si (57,5%) qadın olmuşdur. Xəstələrin yaşı 4-ə 73 arasında tərəddüd etmiş, orta yaş göstəricisi 42,8±2,5il təşkil etmişdir.

I qrupda xəstələrdən 25(46,3±6,8%) nəfərlikisi, 29-u (53,7±6,8%) qadın, II qrupda müvafiq olaraq 6 nəfər (31,6±10,7%) kişi, 13 (68,4±10,7%) qadın var idi.

Yaş qruplarına görə bölgü aparıldıqda I və II qrupa aid xəstələrin yaşı 0-17 yaş, 18-29 yaş, 30-39 yaş, 40-49 yaş, 50-59 yaş, 60-69 yaş qruplarında müvafiq olaraq I qrup üzrə: 6 (11,1±4,3%), 9 (16,7±5,1%), 6 (11,1±4,3%), 11 (20,4%), 10 (18,5%), 9 (16,7±5,1%) və II qrup üzrə: 1 (5,3±5,1%), 6 (31,6±10,7%), 2 (10,5%), 2 (10,5%), 6 (31,6%), 2 (10,5%) təşkil etmiş, I qrupda yaşı 70-dən yuxarı olan 3 xəstə (5,6%) aşkar edilmişdir.

Tədqiqatımızda əsasən gündüzlük müayinələr zamanı geniş tətbiq edilən rutin morfoloji üsullardan, yəni kəskinləşin boyanması üçün hemotoksilin-cozin, Van-Gizon üsulu ilə pikroflüksin və 0,05%-li tionin boyaqlarından istifadə edilmişdir. İşq-optik tədqiqatlar üçün əldə edilən mikropreparatlar "Motic" mikroskopu vasitəsilə tədqiq edildikdən sonra analiz edilmiş, diferensial diaqnostika aparılmışdır.

Statistik təhlil χ^2 -Pirsonun tetraxorik və polixorik olaq göstəricilərinin analizi ilə aparılmışdır [6]. Hesablamalar MS EXCEL-2013 elektron cədvəlində [7] və SPSS-20 program paketində aparılmışdır.

Tədqiqatın nəticələri və onların müzakirəsi. Tədqiqatda anamnestik məlumatların təhlili aparılarkən YTS-li xəstələrdən 6 nəfər (11,1±4,3%) travma keçirməsi barədə məlumat vermişdir. Travmadan sonrakı şəffaf vaxtın müddəti təyin edilmiş, bu müddət geniş intervalda (2 ildən 8 ilə qədər) tərəddüd etmiş, orta hesabla 47 ay təşkil etmişdir.

Xəstələrin inkişaf sürətinin qruplar üzrə bölgüsü aparıldıqda aşağıdakı nəticələr əldə edilmişdir. YTS zamanı 35 (64,8±6,5%) xəstədə təcridi, 10 (18,5±5,3%) xəstədə sürətli, 9 (16,7±5,1%) xəstədə sıçrayışla başlanğıc müşahidə edilmişdir.

Anamnez müddəti dəyərləndirilərkən məlum olmuşdur ki, 6 (11,1±4,3%) YTS-li xəstə şikayətləri ortaya çıxandan sonrakı laya qədər müddətdə, 14 (25,9±6,0%) xəstə 1-6 ay, 12 (22,2±5,7%) xəstə 6-12 ay, 22 (40,7±6,7%) xəstə 12 aydan gec müddətdə onkoloji klinikaya daxil olmuş və müayinə edilmişdir; bu müddət 3 həftədən 7 ilə qədər tərəddüd etmiş və orta hesabla 16 ay təşkil etmişdir.

Cədvəldə yumşaq toxuma şişləri zamanı müşahidə edilən klinik əlamətlərin xarakteristikası təqdim edilmişdir.

YTS-li xəstələrdən 16-si (29,6±6,2%), II qrupa aid olan xəstələrin isə 2-si (10,5±7,0%) ağrı şikayəti olduğunu bildirmişdir.

Tədqiqatda daxil edilən yumşaq toxuma şişləri olan xəstələrdən 7 nəfərdə (9,6±3,4%) cüzi ağrı

olmuş, küt ağrı 4 xəstədə (5,5±2,7%), kəskin ağrı 7 xəstədə (9,6±3,4%) müşahidə edilmişdir.

Qruplar üzrə cüzi, küt və kəskin ağrılar müvafiq olaraq YTS-li xəstələr qrupunda 6 (11,1±4,3%), 3 (5,6±3,1%) və 7 (13,0±4,6%) nəfərdə qeyd edilmiş, II qrupda kəskin ağrıya rast gəlinməmiş, I xəstədə (5,3±5,1%) cüzi, I xəstədə (5,3±5,1%) küt ağrı müşahidə edilmişdir ($\chi^2=3,647$; $p=0,302$).

YTS-li xəstələrdən 6 (11,1±4,3%) nəfərdə, II qrupdan isə 1 (5,3±5,1%) nəfərdə gecə vaxtlarında ağrıların artdığını qeyd etmişdir.

Şişin əllənməsi əlaməti daha yüksək faizlə özünü göstərmişdir. Belə ki, YTS-li xəstələrdən 51 (94,4±3,1%) nəfərdə, II qrupa aid olan xəstələrdən isə 18 (94,7±5,1%) nəfərdə (cəmi 69, - 94,5±2,7% xəstədə) şiş palpasiya olunmuşdur.

Palpasiya olunan şişin orta ölçüsü I qrupda 79,3±6,7 mm, II qrupda 104,7±44,9 mm, hər iki qrup üzrə isə 85,9±12,6 mm təşkil etmişdir.

Palpasiya olunan şişin ağrısız və ağrılı olmasına görə bölgüsünə nəzər yetirdikdə rəqəmlər müvafiq olaraq qrupda 29 (53,7±6,8%) və 22 (40,7±6,7%), II qrupda 16 (84,2±8,4%) və 2 (10,5±7,0%) təşkil etmişdir. Qruplar arasında fərq statistik dürist olmuşdur ($\chi^2=6,027$; $p=0,049$).

Palpasiya olunan şişin konsistensiyası isə həlmsəlik, yumşaq-elastik, bərk-elastik və bərk konsistensiyalı olaraq bölünmüşdür. Nəticə qruplar üzrə müvafiq olaraq aşağıdakı kimi olmuşdur. YTS-li xəstələr qrupunda: həlmsəlik konsistensiya müşahidə edilmiş, 11 xəstə - 20,4±5,5%, 35 xəstə - 64,8±6,5%, 5 xəstə - 9,3±3,9% (I qrup); II qrupda 6 xəstə - 31,6±10,7%, 3 xəstə - 15,8±8,4%, 9 xəstə - 47,4±11,5%, bərk konsistensiyalı şiş müşahidə edilmişdir ($\chi^2=19,678$; $p=0,001$).

Palpasiya olunan şişin forması I qrupda 25 (46,3±6,8%) xəstədə oval və ya girdə, 20 (37,0±6,6%) xəstədə qeyri-düzgün, 6 (11,1±4,3%) xəstədə multilobulyar, II qrupda 10 (52,6±11,5%) xəstədə oval və ya girdə, 6 (31,6±10,7%) xəstədə qeyri-düzgün, 2 (10,5±7,0%) xəstədə multilobulyar olmuşdur ($\chi^2=0,242$; $p=0,971$).

Obyektiv müayinə zamanı əllənməmiş şişin səthi I qrupa aid olan xəstələrdən 12-də (22,2±5,7%) hamar, 39-da (72,2±6,1%) kələkötür; II qrupa aid xəstələrdən isə 13-də (68,4±10,7%) hamar, 5-də (26,3±10,1%) kələkötür olmuşdur. Bu əlamət üzrə I və II

Cədvəl. Yumşaq toxumaların bədən və xoşxassəli şişlərində müşahidə edilən klinik əlamətlərin xarakteristikası

| Əlamətlərin xarakteristikası | Yumşaq toxumaların bədxassəli şişləri (n=54) | | Yumşaq toxumaların xoşxassəli şişləri (n=19) | | χ^2 ; p | |
|---------------------------------|--|-----------------------|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | Ağrı yoxdur | Ağrı var | Ağrı yoxdur | Ağrı var | | |
| Ağrı | Ağrının xarakteri | Cüzi Küt Kəskin | 6 (11,1%) 3 (5,6%) 7 (13,0%) | 1 (5,3%) 1 (5,3%) 0 | $\chi^2=3,647$ $p=0,302$ | |
| | Ağrının gəcalər artması | artır | 10 (18,5%) | 1 (5,3%) | | $\chi^2=2,821$ $p=0,244$ |
| | Şiş palpasiya olunmur | 3 (5,6%) | 1 (5,3%) | | | |
| Palpasiya olunan şişin ölçüsü | | 79,3±6,7 mm | 104,7±44,9 mm | $p>0,05$ | | |
| Palpasiya olunan şiş | Əllənməmiş şişin ağrılı olması | Ağrısız | 29 (53,7%) | 16 (84,2%) | $\chi^2=6,027$ $p=0,049$ | |
| | | Ağrılı | 22 (40,7%) | 2 (10,5%) | | |
| | Şişin konsistensiyası | Həlmsəlik | - | 6 (31,6%) | $\chi^2=19,678$ $p=0,001$ | |
| | | Yumşaq-elastik | 11 (20,4%) | 3 (15,8%) | | |
| | Şişin səthi | Bərk-elastik | 35 (64,8%) | 9 (47,4%) | $\chi^2=13,68$ $p=0,001$ | |
| | | Bərk | 5 (9,3%) | - | | |
| Şişin forması | Hamar | 12 (22,2%) | 13 (68,4%) | $\chi^2=10,242$ $p=0,971$ | | |
| | Kələkötür | 39 (72,2%) | 5 (26,3%) | | | |
| Şişin konturu | Oval və ya girdə | 25 (46,3%) | 10 (52,6%) | $\chi^2=21,68$ $p<0,001$ | | |
| | Qeyri-düzgün | 20 (37,0%) | 6 (31,6%) | | | |
| Şişin hərəkətliyi | Multilobulyar | 6 (11,1%) | 2 (10,5%) | $\chi^2=18,96$ $p<0,001$ | | |
| | Qeyri-dağıq | 42 (77,8%) | 4 (21,1%) | | | |
| Ümumi əlamətlər | Dəri üzərindəki dəyişiklik | Dağıq | 9 (16,7%) | 14 (73,7%) | $\chi^2=7,911$ $p=0,095$ | |
| | | Hərəkətsiz | 8 (14,8%) | 3 (15,8%) | | |
| | Ümumi zəiflik | Məhdud hərəkətli | 40 (74,1%) | 6 (31,6%) | $\chi^2=0,247$ $p=0,620$ | |
| | | Hərəkətli | 3 (5,6%) | 9 (47,4%) | | |
| Bədən kütləsinin azalması | | 4 (7,4%) | - | $\chi^2=0,289$ $p=0,591$ | | |
| Bədən temperaturunun yüksəlməsi | | 3 (5,6%) | 1 (5,3%) | | | |

qrup arasında fərq statistik dürist olmuşdur ($\chi^2=13,68$; $p=0,001$). Şişin konturu I və II qrupda müvafiq olaraq 42 (77,8±5,7%) və 4 (21,1±9,4%) xəstədə qeyri-dağıq, 9 (16,7±5,1%) və 14 (73,7±10,1%) xəstədə dağıq olmuşdur. Fərq statistik dürist olmuşdur ($\chi^2=21,68$; $p<0,001$).

Palpasiya olunan yumşaq toxuma şişləri hərəkətsiz, məhdud hərəkətli və hərəkətli olaraq qruplaşdırılmışdır. Bu zaman I qrupda müvafiq olaraq 8 xəstədə (14,8±4,8%) şiş hərəkətsiz, 40 xəstədə (74,1±6,0%) məhdud hərəkətli, 3 xəstədə isə (5,6±3,1%) hərəkətli olmuşdur; II qrupda isə bu göstəricilər

müvafiq olaraq 3 (15,8±8,4%), 6 (31,6±10,7%) və 9 (47,4±11,5%) təşkil etmişdir. Qruplar arasında fərq statistik dürist olmuşdur ($\chi^2=18,96$; $p<0,001$).

Xəstələrdə dəri üzərində müxtəlif dəyişikliklər izlənilmişdir. Belə ki, YTS-li xəstələrdən 4-də (7,4±3,6%) sianoz, 7-də (13,0±4,6%) iltihab əlamətləri, 12-də (22,2±5,7%) nazilmə, 4-də (7,4±3,6%) xoralaşma müşahidə edilmişdir. 27 xəstədə (50,0±6,8%) isə dərində dəyişiklik müşahidə edilməmişdir. II qrupda 15 xəstədə (78,9±9,4%) dəri üzərində dəyişiklik müşahidə edilməmiş, 2 xəstədə (10,5±7,0%) iltihab əlamətləri və 2 xəstədə (10,5±7,0%) xoralaşma aşkarlanmışdır ($\chi^2=7,911$; $p=0,095$).

YTS-li xəstələrdən 8-də (14,8±4,8%), II qrupa aid olan xəstələrin isə 2-də (10,5±7,0%) ətrafların funksiyası pozulmuşdur ($\chi^2=0,006$; $p=0,937$).

Xəstəliyin ümumi əlamətlərindən ümumi zəiflik, bədən kütləsinin azalması və bədən temperaturunun yüksəlməsi hallarına da rast gəlinmişdir. Bu göstəricilər I qrupdamüvafiq olaraq 7 (13,0±4,6%), 4 (7,4±3,6%) və 3(5,6±3,1%) xəstədə müşahidə edilmişdir. II qrupa aid xəstələrdən isə 1-də (5,3±5,1%) ümumi zəiflik, 1-də (5,3±5,1%) bədən temperaturunun yüksəlməsi müşahidə edilmişdir. Qruplar arasında fərq statistik dürist olmamışdır.

Palpasiya zamanı regional limfa düyünlərinin böyüməsi YTS-li xəstələrin 5-də (9,3±3,9%) aşkarlanmışdır.

Yumşaq toxuma şişlərinin patomorfoloji xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi zamanı aşağıdakı nəticələr əldə etdik. Tədqiqata daxil edilən bədxassəli yumşaq toxuma şişləri olan xəstələrdə şişin aşağıdakı histoloji tipləri ayırd edilmişdir: bədxassəli fibroz histiositoma (BFHS), sinovial sarkoma, liposarkoma, bədxassəli mezenximal şiş və rabdomiosarkoma.

Bədxassəli fibroz histiositoma 28 (17,0±2,9%) müşahidədə qeyd alınmışdır. Şişlərin orta ölçüsü – 58,8±6,9 mm (minimum – 5,0 mm, maksimum 145 mm) təşkil etmişdir. Kəskinə şiş kütləsi sarı-qəhrayı, nekroz sahələrində isə boz-qəhvəyi rəngdə olub, yumşaq konsistensiyaya malik olmuş, asan kəsilməş və dağılma sahələri aşkar

edilmişdir.

Morfoloji olaraq BFHS 6 müxtəlif variantda qeyd alınmışdır (pleomorf və ya muar, miksoid, nəhanghüceyrəli, iltihabi, angiomatoid, dediferensiasiyalı variantlar). Bizim tədqiqatımızda aşağıdakı nəticələr alınmışdır:

Pleomorf və ya muar quruluşlu variantda (ədəbiyyatda tipik bədxassəli fibroz histiositomalar da adlanır) proses lifli quruluşların hüceyrəvi elementlərdən çox olması ilə xarakterizə olunmuşdur. Liflər dalğavari və dəstələr halında yerləşmiş, xarakterik “muar” quruluşlar yaratmışlar.

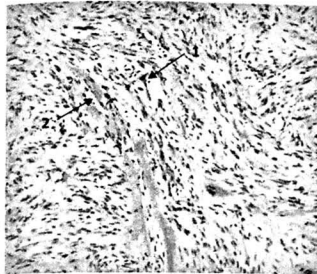
Nəhanghüceyrəli bədxassəli fibroz histiositomalar zamanı çoxsaylı bərabər paylanan osteoklastabənzər nəhanghüceyrələr aydın seçilmiş və əsl histiositoların səciyyəvi markerlərinə malik olmuşlar. Bu hüceyrələr çoxsaylı nüvəyə malik ola bilsələr də, nüvələrin hamısı və nüvə payları eyni ölçüdə, girdə formada müşahidə olunmuşdur.

İltihabi bədxassəli fibroz histiositomalar pleomorf hüceyrələrə avozına, iltihabi infiltrasiya fonunda tək-tək, səpələnmiş atipik hüceyrələrlə səciyyələnmişlər.

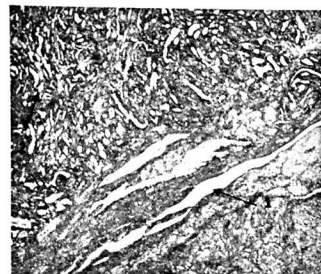
Angiomatoid bədxassəli fibroz histiositoma zamanı mikroskopik olaraq qansızma fokusları və ya hemorragik sistayabənzər boşluqlar, hemorragik möhtəviyyatlı müəyyən edilmişdir. Bu cür sahələr fibroblast-histiositobənzər elementlərə əhatə olunmuşdur. Bu variantda polimorfizm müşahidə edilməmişdir (şəkil 1).

Sinovial sarkoma 11 (6,7±1,9%) müşahidədə qeyd alınmışdır. Orta ölçüsü – 97,9±23,6 mm (minimum – 15,0 mm, maksimum 315,0 mm) təşkil etmişdir. Makroskopik olaraq oval, girdə formada olub, asan kəsilməş, boz, qonur, sarımtıl-yaşıl rənglərdə müəyyən edilmişlər. Konsistensiyası yumşaq, “balıq etinə” bənzər olmuş, dağılma sahələri, nekrotik kütlələr halında ocaqlarla xarakterizə olunmuşlar. Törəmənin kapsulu əksər şişlərdə qeyd olunmamış və ya yalnız kapsulabənzər toxuma ilə əhatə olunmuşlar.

Tədqiqatımızda əsasən yanqıvari, tubulyar və sistoz boşluqlar aşkarlanmışdır. Yanqıvari boşluqlar hüceyrə sinitisi ilə əhatələnmiş açıq rəngli yastı hüceyrələrdən ibarət olmuşdur. Tubulyar strukturların divarları iri, açıq boyanan sinoviositlərdən ibarət olub, bəzi sahələrdə kubşəkili və ya prizmatik quruluşlu



Şəkil 1. Bədxassəli fibroz histiositoma. Boyaq: hematoxilin-eozin. Böyüdülmə: x240 Mikroskopparada oxla: 1) fibroblastlar, 2) damarlar göstərilmişdir.



Şəkil 2. Sinovial sarkoma. Boyaq: hematoxilin-eozin. Böyüdülmə: x 200. Mikroskopparada oxla: 1) yanqıvari boşluqlar, 2) tubulyar quruluşlar göstərilmişdir

olması ilə diqqət çəkmişdir. Borular ətrafında bazal membranın lifli strukturları müəyyən edilmişdir. Onların mənafəzində homogen möhtəviyyət aşkar edilmişdir ki, o da musinkarminlə boyandıqda pozitiv reaksiya vermişdir (PAS+ reaksiya). Qeyd edilən variantı daha çox 1 fəzalı sinovial sarkomalarda qeydə almışmış (şəkil 2).

Sistoz boşluqlar bəzi hallarda çox iri ölçülərə malik olub, divarları sinovial qişanı xatırlatmışdır. Onlar 1 və ya bir neçə qatda yerləşən sinovial hüceyrələrlə örtülmüşlər. Hüceyrələr lifli olmuşdur. Sista divarlarında həmçinin çoxsaylı məmərəvi quruluşlar aşkar edilmişdir ki, bu da sistalara qaribə torvari mənzərəli forma vermişdir. Sistoz variantı daha çox 2 fəzalı sinovial sarkomalarda müəyyən edilmişdir.

Liposarkoma 4 (2,4±1,2%) müşahidədə qeydə alınmışdır. Orta ölçüsü – 103,0±19,6 mm (minimum – 66,0 mm, maksimum 150 mm) təşkil etmişdir.

Liposarkomal makroskopik olaraq düyün və ya bir-birilə qonqlomerat yaranan düyünlər formasında müşahidə edilmişdir. Çox vaxt ümumiyyətlə, piy toxumasına bənzəməmişlər. Lipomalardan fərqli olaraq konsistensiyası daha sıx olmuş, rəngi ağ-bozumtıldan zəif sarımtıl rəngə qədər dəyişmişdir.

Bizim tədqiqatda liposarkomaların 4 növü aşkar edilmişdir: yüksək diferensiasiyalı, miksoid, pleomorf və girdəhüceyrəli.

Yüksək diferensiasiyalı liposarkoma – müxtəlif ölçülü, nisbətən polimorf və hiperxromatoz nüvəli, az miqdarda mitotik fəal yetkin

lipositlərlə xarakterizə olunmuşlar.

Miksoid (embrional) liposarkoma – makroskopik görünüşünə əsasən embrionun piy toxumasını xatırlatmışdır. Əsasən az hüceyrəli, səliyabənzər quruluşda olub, çoxlu kapillyarlara malik olmuşdur.

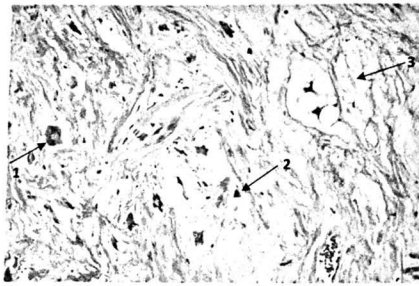
Girdə (yumru) hüceyrəli liposarkoma zamanı kapillyar torun şiddətli inkişafı bu variantın patognomonik cəhətlərindən biri kimi qeydə alınmışdır. Əsasən girdə formalı lipositlər nəzərə çarpmışdır. Hüceyrələrin nüvələrində mərkəzdə yerləşmiş, sitoplazmada kiçik piy vakuolları müşahidə edilmiş, ümumi fon “qovuşuclu” görünüşü olmuşdur.

Pleomorf liposarkomada kiçik və iri girdə hüceyrələr üstünlük təşkil etmişdir. Onlar iri nüvələr, kobud xromatin qaymaqlıqlarına malik olduğu üçün çox vaxt atipik mitozlar qeydə alınmışdır (şəkil 3).

Bədxassəli mezenximal şişlərlə (3,6±1,5%) müşahidədə qeydə alınmışdır. Orta ölçüsü – 50,5±9,4 mm (minimum – 32,0 mm, maksimum 95,0 mm) təşkil etmişdir. Makroskopik olaraq müxtəlif: sümük, qığırdaşşəkili, piyli, fibroz, selikli, əzəlvli strukturlardan ibarət olmuşlar. Konsistensiyaları toxuma tipindən asılı olaraq sərtədən yumşığa doğru dəyişmişdir.

Törəmənin mikroskopik strukturu piy, fibroz, kövsək birləşdirici toxuma qığırdaq, sümük, mezenximal toxumadan ibarət olmuşdur.

Hüceyrə tərkibi – ulduzşəkili, iyəbənzər, oval elementlərdən ibarət olmuş, amorf, mikrosomotoz substansiyaya, kollagen və argirofil liflər, kapillyar və sinusoid tip damarlarla əhatələnmişlər (şəkil 4).



Şəkil 3. Liposarkoma. Boyaq: hematoksilin-eozin. Böyüdülmə: x400
Mikropreparatda oxla: 1) iri, kobud xromatin yığılımı atipik hüceyrələr, 2) girdə formal lipositlər, 3) miksoid sahələr göstərilmişdir.

Rabdomiosarkoma 5 ($3,0 \pm 1,3\%$) müşahidədə qeydə alınmışdır. Orta ölçüsü – $62,0 \pm 11,8$ mm (minimum – 25,0 mm, maksimum 95,0 mm) təşkil etmişdir. Makroskopik şirəli, ətraf toxumadan aydın seçilməyən kapsula ilə ayrılmış törəmə şəklində özünü göstərmişdir, qansızma və nekroz sahələri qeydə alınmışdır.

Mikroskopik olaraq oval, girdə hüceyrələrdən ibarət olmuşdur. Nüvələr aydın seçilmiş, pəşəkəllilik olmuşlar. Fibroz arakəsmələr və çoxsaylı intizamsız yelcəşən damarlar aşkar edilmişdir. Atipik şiş hüceyrələri daha çox şiş kütləsinin mərkəzi hissəsində qeydə alınmışdır (şəkil 5). Bizim tədqiqata xoşxassəli yumşaq toxuma şişlərindən hemangioma, fibromatoz, elastofibroma, lipoma və şvannoma daxil edilmişdir.

Hemangiomalar 4 ($2,4 \pm 1,2\%$) müşahidədə qeydə alınmışdır. Orta ölçüsü $54,1 \pm 5,3$ mm (minimum – 43,5 mm, maksimum 65,0 mm) təşkil etmişdir. Qeyd edilən neoplazmaların 3 növ müxtəlifliyi aşkar edilmişdir: kapillyar, kaverno və qarışıq.

Kapillyar hemangioma mikroskopik olaraq tipik endotel örtüyü olan kapillyarların olması ilə səciyyələnmişdir. Qeyd edilən kapillyarlar arasında solid hüceyrə qrupları aşkar edilmişdir.

Kaverno hemangiomalar – mikroskopik olaraq müxtəlif, qəribə quruluşlu, sinusoid tipli, müxtəlif ölçülü, bir-biri ilə əlaqəli da-

marlardan ibarət olmuşdur.

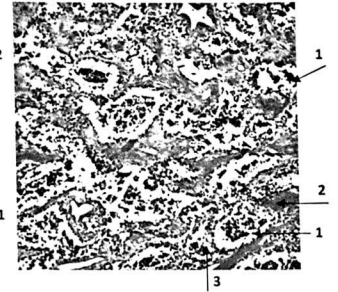
Qarışır hemangiomalar (kapillyar-kaverno forma) – kiçik xoralanma sahələri və iltihabi elementlərdən ibarət ocaqlar da nəzərə çarpmışdır. Damarların bir qisminə sıxlaşma müşahidə edilmiş, onların mənfəzi genişlənməmişdir.

Fibromatoz 3 ($1,8 \pm 1,0\%$) müşahidədə qeydə alınmışdır. Şişlərin orta ölçüsü $33,3 \pm 6,3$ mm (minimum – 27,0 mm, maksimum 46,0 mm) təşkil etmişdir. Mikroskopik olaraq nizamlı yerləşən kollagen liflərdən və liflərarası sahədə aşkarlanan fibroblastlardan ibarət olmuşdur. Bizim tədqiqatımızda 2 növü aşkarlanmışdır: 1) *tipik fibromatoz variant*; 2) *sarkomaz variant*. Sarkomatoz variant hüceyrələrin sayının çoxluğu, rəngarəngliyi, forma müxtəlifliyi ilə xarakterizə səciyyələnmişdir. Quruluşuna görə fibrosarkomaya bənzərsələr də strukturlarının monomorfluğu, kollagen liflərin olması və mitozların az olması ilə onlardan fərqlənmişlər.

Lipomalar 8 ($4,8 \pm 1,7\%$) müşahidədə qeydə alınmışdır. Orta ölçü göstəricisi – $84,1 \pm 15,5$ mm (minimum – 28,0 mm, maksimum 140 mm) təşkil etmişdir. Konsistensiyası yumşaq-elastik, əsasən donmuş piyi xatırlatmışdır. Piylə hüceyrələri çox kiçik və ya nəhəng ölçülərdə ola bilməmişlər. Əsasən çox nazik sitoplazmaya və üzükəqışınabənzər nüvəyə malik olan hüceyrələr unilokulyar xarakterli olmuş, yəni 1 iri piy vakuolu saxlamışlar.



Şəkil 4. Mezenximal şiş. Boyaq: hematoksilin-eozin.
Böyüdülmə: ok 20, ob.12.5
Mikropreparatda oxla: 1) miksomatöz substansiya, 2) kollagen liflər göstərilmişdir



Şəkil 5. Rabdomiosarkoma. Boyaq: hematoksilin-eozin.
Böyüdülmə: ok 20, ob.12.5
Mikropreparatda oxla: 1) atipik hüceyrə yığılımları, 2) fibroz arakəsmələr, 3) damar mənfəzində şiş embolları göstərilmişdir.

Şvannomalar 3 ($1,8 \pm 1,0\%$) müşahidədə qeydə alınmışdır. Orta ölçüsü $19,0 \pm 3,0$ mm (minimum – 16,0 mm, maksimum 25,0 mm) təşkil etmişdir. Mikroskopik olaraq bir-birinə qvrılaraq sarılmış lifli dəstələrdən təşkil olunmuşdur. Lifli sahələrdə qeyri-düzgün,

zəif bazofil sitoplazmalı hüceyrələr aşkar edilmişdir. Hüceyrələrin nüvələri uzunsov olmuşdur. Hər bir hüceyrə çoxlu zərif-torlu asidofil liflər, az miqdarda isə sarı-qəhrayı rəngli kollagen lifləri əhatə olunmuşlar.

REFERENCES

1. Qaziyev A.Y. Azərbaycanda bədxassəli şişlərin epidemiologiyası, tibbi, demografik və sosial-iqtisadi aspektləri: Tibb elmləri dok... dissertasiya [Epidemiology, medical, demographic and socio-economic aspects of malignant tumors in Azerbaijan: MD thesis]. Baku, 2005. 412 p.
2. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Rossii i stranakh SNG v 2012 g. Pod redaktseye M.I. Davydova i Ye.M. Akxel' [Statistics of malignant neoplasms in Russia and the CIS countries in 2012. Edited by M.I. Davydova and E.M. Akxel']. Moskva, Izdatel'skaya gruppa RONTs [Moscow, RONTs Publishing Group], 2014. 226 p.
3. Siegel R., Miller K. and Jemal A. Cancer statistics, 2017 // A cancer journal for clinicians, 2017, vol. 67 (1), pp. 7-30.
4. Hüseynova A.R., Qaziyev A.Y. Yumşaq toxuma şişlərinin kompleks şüa diaqnostikasında ultrasəs müayinəsini tətbiqi [Application of ultrasound examination in complex radiation diagnosis of soft tissue tumors] // Azərbaycan Tibb Jurnalı [Azerbaijan Medical Journal], 2019, No 1, pp. 30-35.
5. Hüseynova A.R. Yumşaq toxuma sarkomalarının diaqnostikasında şüa diaqnostikası metodlarının imkanları [Possibilities of radiation diagnostic methods in the diagnosis of soft tissue sarcomas] // Azərbaycan Onkologiya Jurnalı [Azerbaijan Journal of Oncology], 2019, No 1, pp. 65-70.
6. Petri A., Sebin K. Naglyadnaya statistika v meditsine / Per. s ang. V.P. Leonova [Visual statistics in medicine / Translation from English]. Moskva: GEOTAR-Media [Moscow: GEOTAR-Media], 2009. 168 p.
7. Lebedev A. Ponyatnyy samouchitel' Excel 2013 [Clear tutorial Excel 2013]. Spb: Piter, 2014. 128 p.

Гусейнова А.Р., Казиев А.Ю., Мурадов Х.К.

КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*Нахчеванская Автономная Республикаская Больница, Нахчеван
Кафедра онкологии Азербайджанского Медицинского Университета, Баку*

Кафедра гистологии цитологии и эмбриологии Азербайджанского Медицинского Университета, Баку

Резюме. В статье приводятся сведения о сравнительном исследовании клинико-патоморфологических признаков у больных злокачественными и доброкачественными опухолями мягких тканей. Материал исследования составил 54 больных со злокачественными и 19 больных с доброкачественными опухолями мягких тканей. Больные прошли комплексные, клинические, лабораторные, инструментальные исследования, во всех случаях диагноз был подтвержден морфологически. Из клинических признаков злокачественных и доброкачественных опухолей был проведен сравнительный анализ боли и ее характера, пальпируемой опухоли и ее характеристики (болезненность, консистенция, поверхность, форма, контуры, подвижность, кожные изменения), нарушение функции конечности и общих признаков, были выделены признаки с высокой диагностической информативностью. Основными отличительными признаками злокачественных опухолей были следующие: болезненность пальпируемой опухоли, ограниченная подвижность, плотноэластическая консистенция, неровная поверхность и нечеткие контуры опухоли. Злокачественные и доброкачественные опухоли мягких тканей были также исследованы морфологически, и каждой нозологической форме был дан характерный морфологический признак.

Huseynova A.R., Gaziye A.Y., Muradov H.K.

CLINICAL-PATHOMORPHOLOGICAL CHARACTERIZATION OF SOFT TISSUE TUMORS

*Nakhcivan Autonomous Republic Hospital, Nakhcivan
Oncology Department of Azerbaijan Medical University, Baku
Histology sitology and embriology Department of Azerbaijan Medical University, Baku*

Summary. The article provides information on a comparative study of clinical and pathomorphological signs in patients with malignant and benign tumors of soft tissues. The material of the study was 54 patients with malignant tumors of soft tissues and 19 patients with benign tumors. Patients underwent complex, clinical, laboratory, instrumental examinations, and the diagnosis was morphologically confirmed in all cases. Comparative analysis of the clinical signs of soft and malignant tumors were carried out, such as, pain and its symptoms, palpable edema and its characteristic (pain, consistency, surface, shape, contour, mobility, skin changes), general function disorders, and general symptoms and symptoms with high diagnostic awareness was evaluated. The signs that were the main symptoms that distinguished malignant tumors of soft tissues from benign tumors were: painfull palpable tumor, limited mobilityof the tumor, hard-elasticity consistence of the tumor, distortion of the surface of the tumor, inaccuracy of tumor contours. The malignant and benign tumors of soft tissues were also morphologically investigated, and for each nosological form was given a characteristic morphological character.

Müəlliflə əlaqə üçün:

Hüseynova Aminə Ramiz qızı, Naxçıvan Muxtar Respublika Xəstəxanası, Şüa diaqnostikası şöbəsi

E-mail: dr.aminehuseynova@gmail.com

Rəyçi: t.e.n., dosent E.E.İbrahimov