

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES

Gozibekov J.I.¹, Yusupalieva D.B.², Tilavova Yu.M.³ (Republic of Uzbekistan) Email: Gozibekov511@scientifictext.ru

¹*Gozibekov Jamshid Isanbaevich – assistant;
DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES NO. 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE, SAMARKAND;*

²*Yusupalieva Dilnora Bakhodir qizi – student,
FACULTY OF MEDICINE,
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE, TASHKENT,*

³*Tilavova Yulduz Muhammadshukur qizi – student,
DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES NO. 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE, SAMARKAND
REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *the study included 281 patients with thyroid disease who were hospitalized in the Department of Surgery of the summit clinic for surgical treatment from 2011 to 2018. Recurrence of nodular goiter was observed in 9 patients (4.7%) for 2 to 6 years. Outcomes were advantaged operation, and in 30% of these patients, atypical cells were identified in the opposite lobe of the thyroid gland, despite the fact that it looked clinically intact. The study of long-term results of treatment of patients with nodular goiter determined the optimal amount of surgery in different morphological forms of nodular goiter. Adequate volumes of surgical treatment are hemistrumectomy, extremely subtotal resection of the thyroid gland and thyroidectomy. In carrying out adequate thyroid replacement therapy dramatically reduced the number of relapses after the surgery. The highest percentage (4.7%) recurrences regardless of the morphological form of nodular goiter was revealed during the economical resection and enucleation thyroid nodule.*

Keywords: *nodular goiter, strumectomy, distant results, relapse.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гозибеков Ж.И.¹, Юсупалиева Д.Б.², Тилавова Ю.М.³ (Республика Узбекистан)

¹*Гозибеков Жамишид Исанбаевич – ассистент,
кафедра хирургических заболеваний №1,
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд;*

²*Юсупалиева Дилнора Баходир кизи – студент;
лечебный факультет,*

Ташкентский педиатрический медицинский институт;

³*Тилавова Юлдуз Мухаммадшукур кизи – студент,*

*кафедра хирургических заболеваний №1,
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд,
Республика Узбекистан*

Аннотация: в исследование было включено 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2011 по 2018 год. Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных (4,7%) в течении от 2 до 6 лет. Исходы операции были благополучными, и у 30 % этих больных были выявлены атипичные клетки в противоположенной доле щитовидной железы, несмотря на то, что она клинически выглядела интактной. На основании изучения отдаленных результатов лечения больных узловым зобом определен оптимальный объем хирургического вмешательства при различных морфологических формах узлового зоба. Адекватными объемами оперативного лечения являются гемиструмэктомия, предельно субтотальная резекция щитовидной железы и тиреоидэктомия. При проведении адекватной заместительной тиреоидной терапии резко снижается число рецидивов после проведенных оперативных вмешательств. Наибольший процент (4,7%) рецидивов независимо от морфологической формы узлового зоба выявлен при проведении экономной резекции и энуклеации узла щитовидной железы.

Ключевые слова: узловой зоб, струмэктомия, отдаленные результаты, рецидив.

Актуальность. В настоящее время в литературе имеются противоречивые данные о факторах, влияющих на прогноз лечения больных узловым зобом [2, 6, 10]. Так, одни авторы утверждают, что определяющими в прогнозе возникновения рецидива узлового зоба являются гистологические изменения в щитовидной железе [3, 4, 9], другие считают основными факторами объем оперативного вмешательства и адекватность проводимой тиреоидной терапии [1, 5, 8, 12]. Поэтому, представляет большой интерес определение влияния различных факторов на частоту возникновения рецидива узлового зоба на основании анализа отдаленных результатов хирургического лечения больных узловым зобом и разработка алгоритма индивидуального прогноза для выявления возможного рецидива в отдаленном периоде [7, 11]. Именно отдаленные результаты являются объективным критерием правильного выбора тактики лечения больных узловым зобом.

Цель исследования: улучшение хирургического лечения больных узловым зобом.

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для

оперативного лечения с 2011 по 2018 год. Среди пациентов были 253 (90,03%) женщин и 28 (9,97%) мужчин. Средний возраст обследованных был 29 ± 6 лет (от 7 до 68 лет).

Больных вызывали активным способом, с помощью писем, а также был изучен архивный материал клиники СамМИ. У больных были тщательно изучены анамнез заболевания. Особое внимание было уделено длительности заболевания, медикаментозному лечению препаратами тиреоидных гормонов после операции. Были изучены такие показатели как объем операции, осложнения, исходы, ближайшие и отдаленные результаты хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, включающее пальпацию щитовидной железы, аускультацию сердца и сосудов, ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы и зон регионарного лимфооттока в режиме реального времени (исходно и в различные сроки после операции), определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) (исходно и в различные сроки после операции), гистологию удаленного препарата проводили всем больным. Степень увеличения щитовидной железы оценивали по классификации Николаева О.В. на основании УЗИ и пальпации щитовидной железы. У 71 (25,3%) больного диагностирован узловой зоб II-III степени, у 210 (74,7%) узловой зоб IV-V степени. По патоморфологической форме (по Пенчеву) диффузный зоб выявлен у 44 (15,69%) больных, узловой зоб – у 192 (68,3%), смешанный зоб – у 45 (16,01%). Распределение больных по степени увеличения и патоморфологической форме заболеваний щитовидной железы представлено в таблице 1.

Таблица 1. Характер заболеваний и степень увеличения щитовидной железы по классификации Николаева О.В.

Степень увеличения щитовидной железы		II степень	III степень	IV степень	V степень	Всего
Характер заболевания						
Диффузный токсический зоб		-	13	25	6	44
Узловой зоб	токсическая аденома	-	4	3	-	7
	нетоксический зоб	1	27	69	1	98
	кистозный зоб	-	8	74	3	85
	с-г щитовидной железы	-	1	1	-	2
Смешанный зоб		-	17	27	1	45
Всего		1	70	199	11	281

На основании гормональных исследований крови (определение содержания трийодтиронина, тироксина, тиреотропного гормона), а также

клинической картины у пациентов был установлен тиреоидный статус (табл. 2).

Таблица 2. Функциональное состояние щитовидной железы у обследуемых больных

Тиреоидный статус	Количество	%
Гипертиреоз	51	18,2
Эутиреоз	177	62,9
Гипотиреоз	53	18,9
Всего	281	100

Оперативному лечению подверглись 278 больных, 3 больных не оперированы из-за тяжелого соматического состояния. Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. 48 (17,1%) пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течении от 2 до 9 месяцев. 230 (81,8%) больным с эу- и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу.

Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 7 (2,5%) пациентам при диффузно токсическом зобе и злокачественной опухоли левой доли щитовидной железы, соответственно у 5 и 2 больных. Субтотальная резекция щитовидной железы была выполнена 81 (28,8%) больному с диффузным и смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доли щитовидной железы, их составило 190 (67,6%) пациентов (табл. 3).

Таблица 3. Объем оперативного вмешательства в зависимости от патоморфологической формы зоба

Патоморфологическая форма	Диффузный зоб	Узловой зоб	Смешанный зоб	Всего	%
Объем оперативного вмешательства					
Тотальная тиреоидэктомия	5	2	-	7	2,5
Субтотальная резекция щитовидной железы	36	-	45	81	28,8
Гемитиреоидэктомия	-	156	-	156	55,5
Субтотальная резекция одной доли щитовидной железы	-	11	-	11	3,9
Энуклеация кисты из	-	23	-	23	8,2

щитовидно железы					
Не оперированные	3	-	-	3	1,1
Всего	44	192	45	281	100

Результаты исследований и их обсуждения. Частота осложнений на щитовидной железе во время операции или в раннем послеоперационном периоде напрямую связано с опытом хирурга, количеством операций выполняемых им в год. В таблице 4 представлены данные по частоте ранних осложнений хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы нашей клиники.

Таблица 4. и Частота ранних осложнений

Диагноз	Вид осложнений							Всего
	К-во операций	Кровотечение	Транзиторный парез возвратного гортанного нерва	Стойкий паралич возвратного гортанного нерва	Тиреотоксический криз	Гипопаратирео		
						з		
						Транзи торны й	Перм анент ный	
Диффузный токсический зоб	41	7-17,1%	2-4,9%	-	1-2,4%	2-4,9%	-	12-29,3%
Узловой зоб	токсическая аденома	7	-	-	-	-	-	-
	нетоксический зоб	98	3-3,1%	-	-	-	-	3-3,1%
	кистозный зоб	85	2-2,3%	-	-	-	-	2-2,35%
	с-г щитовидной железы	2	-	1-50%	-	-	-	1-50%
Смешанный зоб	45	1-2,2%	2-4,44%	-	-	1-2,22%	-	4-8,9%
Всего	278	13-4,7%	5-1,8%	-	1-0,36%	3-1,15	-	22-7,9%

В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 278 пациентов, что составило 69,4%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет, которые представлены в таблице 5.

Таблица 5. Сроки наблюдения больных после операции

Сроки наблюдения	до 1 года	3 года	5 лет	Всего
Количество больных	89	68	36	193

После вызова больных мы провели полный объем обследования включающий клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреоидного статуса с помощью ТТГ, тиреоидных гормонов крови и рефлексометрии. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 174 больных (90,2%), легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6 (3,1%), средней степени тяжести гипотиреоз у 8 (4,1%), гипотиреоз тяжелой степени обнаружен у 5 больных (2,6%), Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась в группе больных, которым производилась тотальная тиреоидэктомия по поводу злокачественной опухоли щитовидной железы (2) и диффузного токсического зоба (3) (табл. 6).

Таблица 6. Состояние функции щитовидной железы

Состояние функции	Эутиреоз	Гипотиреоз		
		Легкой	Средней	Тяжелой
Кол-во больных (%)	174 (90,2%)	6 (3,1%)	8 (4,1%)	5 (2,6%)

Суммируя результаты клинических и гормональных исследований была осуществлена оценка отдаленных результатов хирургического лечения узловых форм зоба. Если учесть, что развитие гипотиреоза после операции на щитовидной железе является логическим и нормальным исходом операции, который легко компенсируется назначением тиреоидных гормонов, то согласно этому, полное выздоровление больных после хирургического метода лечения узлового зоба наблюдается у 182 (94,3%) больных (табл. 7).

Таблица 7. Отдаленные результаты оперативного лечения заболеваний щитовидной железы

<i>Исходы</i>	<i>Количество больных (%)</i>
Выздоровление	182 (94,3%)
Рецидив узлового зоба	9 (4,67%)
Рак щитовидной железы (по данным окончательной гистологии)	2 (1,03%)

Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных (4,7%) в течении от 2 до 6 лет. Все больные с рецидивом узлового зоба не следовали рекомендациям эндокринолога аккуратно и не принимали тиреоидные гормоны после операции. Результаты тонкоигольной аспирационной биопсии совпали с окончательным гистологическим результатом во всех случаях. То есть у этих больных была подтверждена доброкачественность удаленного узла (узлов). Исходы операции были благополучными, и у 30 % этих больных были выявлены атипичные клетки в противоположенной

доле щитовидной железы, несмотря на то, что она клинически выглядела интактной.

Выводы. Частота послеоперационных осложнений хирургического лечения заболеваний щитовидной железы очень низкая: послеоперационное кровотечение 4,7% , временный парез возвратного гортанного нерва 5,8%, стойкий паралич возвратного гортанного нерва 0%, транзиторный гипопаратиреоз 1,15%. перманентный гипопаратиреоз 0%. На основании изучения отдаленных результатов лечения больных узловым зобом определен оптимальный объем хирургического вмешательства при различных морфологических формах узлового зоба. Адекватными объемами оперативного лечения являются гемиструмэктомия, предельно субтотальная резекция щитовидной железы и тиреоидэктомия. При проведении адекватной заместительной тиреоидной терапии резко снижается число рецидивов после проведенных оперативных вмешательств. Наибольший процент рецидивов независимо от морфологической формы узлового зоба выявлен при проведении экономной резекции и энуклеации узла щитовидной железы (4,7%). Для профилактики послеоперационного рецидива узлового зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем эндокринолога.

Список литературы / References

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. // Фундаментальная и клиническая тиреологическая (руководство). М.: Медицина, 2007, - 816 с.
2. Даминов Ф.А. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9. – №. 1. – С. 21-21.
3. Зайниев А.Ф., Юнусов О.Т., Суярова З.С. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестник науки и образования. 2017. – Т. 1. – №. 6 (30).
4. Таращенко Ю.М. и др. Отдаленные результаты хирургического лечения доброкачественной очаговой патологии щитовидной железы // Международный эндокринологический журнал. 2015. №. 3 (67).
5. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А. Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. / Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение // Тезисы докладов. Самарканд. 2003. С. 86-87.
6. Davlatov Salim, Xamraeva Dilrabo, Suyarova Zilola. Analysis of the results of surgical treatment of thyroid nodule // International Journal of Advanced Research and Development (Pp. 43-45).

7. *Kasymov S.Z., Davlatov S.S.*, 2013. Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome. BJK 51.1 74.58, 22. (Pp. 85).
8. *Kasimov S. et al.* Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia //The International Journal of Artificial Organs. 2013. T. 36. №. 8. – С. 548.
9. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science. 2014. – T. 76. №. 3-4. С. 255.
10. *Sulatanbaevich B.A. et al.* Analysis of the results of surgical treatment of patients with thyroid nodules //Вопросы науки и образования. 2019. – №. 4 (49).
11. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
12. *Yusupov S.A. et al.* Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №. 1.