

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THYROID NODULES

**Babajanov A.S.¹, Yuldoshev F.Sh.², Salokhididinov Dj.B.³, Shamsiev O.F.⁴
(Republic of Uzbekistan) Email: Babajanov514@scientifictext.ru**

¹*Babajanov Ahmadjon Sultanbaevich - Associate Professor;*

²*Yuldoshev Farrukh Shokirovich - Assistant;*

³*Salokhididinov Dzhamshid Bakhtiyorovich - Student;*

⁴*Shamsiev Ozodbek Fazliddinovich – Student,*

*DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES, PEDIATRIC FACULTY,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *the study included 281 patients with thyroid diseases who were hospitalized in the surgery department of the clinic of the city multidisciplinary hospital for surgical treatment from 2011 to 2018. Relapse of nodular goiter was observed in 9 (4.7%) patients over a period of 2 to 6 years. Outcomes were advantaged operation and that 30% of these patients had abnormal cells in the opposite lobe of the thyroid, despite the fact that it looked clinically intact. On the basis of long-term results of treatment of patients with nodular struma determined the optimal amount of surgery in different morphological forms of nodular struma. Adequate volumes of surgical treatment are hemistrumectomy, extremely subtotal resection of the thyroid and thyroidectomy. In carrying out adequate thyroid replacement therapy has dramatically reduced the number of relapses after the surgery. The highest percentage (4.7%) recurrences, regardless of the morphological form of nodular struma detected during economical resection and enucleation of the thyroid nodule.*

Keywords: *nodular goiter, strumectomy, relapse.*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Бабажанов А.С.¹, Юлдошев Ф.Ш.², Салохиддинов Дж.Б.³,
Шамсиев О.Ф.⁴ (Республика Узбекистан)**

¹*Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич - доцент;*

²*Юлдошев Фаррух Шокирович – ассистент;*

³*Салохиддинов Джамшид Бахтиёрович – студент;*

⁴*Шамсиев Озodbek Фазлиддинович – студент,*

*кафедра хирургических болезней, педиатрический факультет,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Аннотация. *в исследование был включен 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии*

клиники городской многопрофильной больницы для оперативного лечения с 2011 по 2018 годы. Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 (4,7%) больных в течение 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, рецидив.

Актуальность. В настоящее время в литературе имеются противоречивые данные о факторах, влияющих на прогноз лечения больных узловым зобом. Так, одни авторы утверждают, что определяющими в прогнозе возникновения рецидива узлового зоба являются гистологические изменения в щитовидной железе [3,4], другие считают основными факторами объем оперативного вмешательства и адекватность проводимой тиреоидной терапии [1,2]. 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. 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 312 пациентов с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники городской многопрофильной больницы для оперативного лечения с 2010 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	III	IV	V	Всего
		степень	степень	степень	степень	
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 (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 / Объем оперативного вмешательства	Диффузный зоб	Узловой зоб	Смешанный зоб	Всего	%
	Тотальная тиреоидэктомия	5	2	-	7
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 щитовидно железы	-	23	-	23	8,2
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 операции выполняемых им в год. В таблице 4 представлены данные по частоте ранних осложнений хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы нашей клиники.

Таблица 4. Частота ранних осложнений хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы

Диагноз	Вид осложнений							Всего
	К-во операций	Кровотечение	Транзиторный парез возвратного гортанного нерва	Стойкий паралич возвратного гортанного нерва	Тиреотоксический криз	Гипопаратирео		
						Транзиторный	Перманентный	
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%)	-	-	-	-
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 в момент осмотра больных в различные сроки после операции на щитовидной железе (по данным клинических признаков)

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

Исходы	Количество больных (%)
Выздоровление	182 (94,3%)
Рецидив узлового зоба	9 (4,67%)
Рак щитовидной железы	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. 1. 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%. 2. 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. 3. При проведении адекватной заместительной тиреоидной терапии резко снижается число рецидивов послепроведенных оперативных вмешательств. Наибольший процент рецидивов независимо от морфологической формы узлового зоба выявлен при проведении экономной резекции и энуклеации узла щитовидной железы (4,7%). 4. Для профилактики послеоперационного рецидива узлового зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем эндокринолога.

Список литературы / References

1. *Бабажанов А.С., Жониев С.Ш., Рахимов А.У.* Анализ эффективности вариантов предоперационной подготовки и анестезии в лечении заболеваний щитовидной железы // Проблемы биологии и медицины, 2017. № 1. С. 58.
2. *Бабажанов А.С. и др.* Профилактика гипотиреоза в послеоперационном периоде у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Проблемы биологии и медицины, 2017. № 2. С. 25.
3. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
4. *Гозибеков Ж.И., Зайниев А.Ф., Тилавова Ю.М.К.* Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вопросы науки и образования, 2019. № 13 (60).
5. *Гозибеков Ж.И., Юсупалиева Д.Б.К., Тилавова Ю.М.К.* Отдаленные результаты хирургического лечения узловых образований щитовидной железы // Достижения науки и образования, 2019. № 7 (48).

6. *Даминов Ф.А. и др.* Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 21-21.
7. *Зайниев А.Ф., Юнусов О.Т., Суярова З.С.* Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестник науки и образования, 2017. Т. 1. № 6 (30).
8. *Жониев С.Ш., Рахимов А.У., Бабажанов А.С.* Значение биохимических показателей при предоперационной подготовки больных узловым зобом // Science and world, 2013. С. 136.
9. *Жониев С.Ш., Рахимов А.У.* Варианты предоперационной подготовки при операциях на щитовидной железе // Science and World, 2013. С. 138.
10. *Жониев С.Ш., Бабажанов А.С.* Предоперационная подготовка при патологии щитовидной железы // Анестезиология и реаниматология, 2015. Т. 60. № 4S. С. 46-46.
11. *Жониев С.Ш., Рахимов А.У.* Оценка эффективности премедикации у больных с патологией щитовидной железы в предоперационном периоде // Анестезиология и реаниматология, 2015. Т. 60. № 4S. С. 45-45.
12. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
13. *Юсупов Ш.А., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э.* Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2017. № 1 (29). С. 80-84.
14. *Юсупов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // Педиатрия, 2009. Т. 61. № 7.
15. *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.
16. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Из-во «Ибн-Сино», 2001.
17. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
18. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Медицинский журнал Узбекистана, 2016. № 1. С. 45-48.
19. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.

20. Шамсиев Р.А. Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
21. Aminov Z., Haase R. & Carpenter D., 2011. The Effects of Polychlorinated Biphenyls on Lipid Synthesis. *Epidemiology*. 22 (1). S. 298-S299.
22. Indiaminov S.I. Morphological features of the human brain in different variants of fatal blood loss on the background of alcohol intoxication // Herald of Russian State Medical University. Moscow, 2011. № 5. С. 63-66.
23. Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.
24. 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. Т. 76. № 3-4. С. 255.
25. Minaev S.V. et al. Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver //World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
26. Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs, 2013. Т. 36. № 8.
27. Kasymov S.Z., Davlatov S.S. Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome // Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri, 2013. Т. 9. № 1. С. 31-32.
28. Salim D., Dilrabo X., Zilola S. Analysis of the results of surgical treatment of thyroid nodule //International Journal of Advanced Research and Development, 2017. С. 43-45.
29. Slepov V.P. et al. Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaya khirurgiya, 1981. № 6. С. 78.
30. Sayit I. Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication //European science review, 2016. № 7-8.
31. Zayniev S.S. Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
32. 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.
33. Yusupov S.A. et al. Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2017. № 1.