

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.С. ДАВЛАТОВ, К.Э. РАХМАНОВ, Ж.И. ГОЗИБЕКОВ, Р.Р. АЗИМОВ, Ф.А. ДАМИНОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ТУГУНЛИ ҲОСИЛАСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

С.С. ДАВЛАТОВ, К.Э. РАХМАНОВ, Ж.И. ГОЗИБЕКОВ, Р.Р. АЗИМОВ, Ф.А. ДАМИНОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS THYROID NODULES

S.S. DAVLATOV, K.E. RAKHMANOV, J.I. GOZIBEKOV, R.R. AZIMOV, F.A. DAMINOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Тугунли бўқоқ ҳар хил морфологик шакллари билан оғриган беморларни даволашнинг узок натижаларини ўрганиш асосида хирургик амалиётнинг оптимал ҳажми жорий этилди. Оператив даволашнинг адекват ҳажми гемиструмэктомия, хавфли ўсмалар аниқланганда қалқонсимон без субтотал резекцияси ва тиреоидэктомия ҳисобланади. Хирургик амалиётдан сўнг адекват ўринбосувчи тиреоид терапия ўтказилгандан кейин касалликнинг қайталаниши кескин камайди. Қалқонсимон без етарлича резекция қилинмаса ва тугун энуклеацияси бажарилса тугунли бўқоқнинг ҳар қандай морфологик шаклида касаллик қайталаниши юқори натижаларни (4,7%) кўрсатди.

Калит сўзлар: *тугунли бўқоқ, струмэктомия, касаллик қайталаниши.*

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 gemistrulectomy, 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 relapse.*

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.

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 237 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые гос-

питализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2009 по 2016 год. Среди пациентов были 213 (90%) женщин и 24 (10%) мужчин. Средний возраст обследованных был 29±6 лет (от 7 до 68 лет).

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 58 (24,5%) больного диагностирован узловой зоб II-III степени, у 179 (75,5%) узловой зоб IV-V степени. По патоморфологической форме (по Пенчеву) узловой зоб – у 192 (81,0%), смешанный зоб – у 45 (19,0%). Распределение больных по степени увеличения и патоморфологиче-

ской форме заболеваний щитовидной железы представлено в таблице 1.

На основании гормональных исследований крови (определение содержания трийодтиронина, тироксина, тиреотропного гормона), а также клинической картины у пациентов был установлен тиреоидный статус (табл. 2).

Все больные подверглись оперативному

лечению. Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. 7 (2,9%) пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (4) и гипотиреоза (3) в течение от 2 до 9 месяцев. 230 (97,1%) больным с эу- и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу.

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							
Узловой зоб	токсическая аденома	-	4	3	-	7	192
	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	57	174	5	237	

Таблица 2.

Функциональное состояние щитовидной железы у обследуемых больных

Тиреоидный статус	Количество	%
Гипертиреоз	7	2,9
Эутиреоз	177	74,7
Гипотиреоз	53	22,4
Всего	281	100

Таблица 3.

Объем оперативного вмешательства в зависимости от патоморфологической формы зоба

Патоморфологическая форма		Узловой зоб	Смешанный зоб	Всего	%
Объем оперативного вмешательства					
Тотальная тиреоидэктомия		2	-	2	0,8
Субтотальная резекция щитовидной железы		-	45	45	18,9
Гемитиреоидэктомия		190	-	190	80,2
Всего		192	45	281	100

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	Гипопаратиреоз транзиторный	
Узловой зоб	токсическая аденома	7	-	-	-	-	-	-
	нетоксический зоб	98	3 (3,1%)	-	-	-	-	3 (3,1%)
	кистозный зоб	85	2 (2,35%)	-	-	-	-	2 (2,35%)
	с-г щитовидной железы	2	-	1 (50%)	-	-	-	1 (50%)
Смешанный зоб		45	1 (2,22%)	2 (4,44%)	-	-	1 (2,22%)	4 (8,9%)
Всего		237	6 (2,5%)	3 (1,3%)	-	-	1 (0,4)	10 (4,2%)

Таблица 5.

Сроки наблюдения больных после операции

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

Таблица 6.

Состояние функции щитовидной железы в момент осмотра больных в различные сроки после операции на щитовидной железе (по данным клинических признаков)

Состояние функции щитовидной железы	Эутиреоз	Гипотиреоз		
		Легкой степени	Средней тяжести	Тяжелой степени
Количество больных (%)	174 (90,2%)	6 (3,1%)	8 (4,1%)	1 (0,5%)

Таблица 7.

Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы

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

Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 2 (0,8%) больным при злокачественной опухоли левой доли щитовидной железы. Субтотальная резекция щитовидной железы была выполнена 45 (18,9%) больным со смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доле щитовидной железы, их составило 190 (80,2%) пациентов (табл. 3).

Результаты исследований и их обсуждения. В таблице 4 представлены данные по частоте ранних осложнений хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы нашей клиники.

В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 237 пациентов, что составило 81,4%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет, которые представлены в таблице 5.

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 у одной больной, которая перенесла тотальную тиреоидэктомию по поводу злокачественной опухоли щитовидной железы (табл. 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).

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 2,5%, временный парез возвратного гортанного нерва 1,3%, транзиторный гипотиреоз 0,4%.
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 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%).

4. Для профилактики послеоперационного рецидива узлового зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем эндокринолога.

Литература:

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреоидология (руководство). - М.: Медицина, 2007. - 816 с.
2. Дедов И.И., Балаболкин М.И., Марова Е.И. Болезни органов эндокринной системы. — М.: Медицина, 2000. 257 с.
3. Ершова Г.И., Москвичева И.Н. Диагностическая и лечебная тактика при узловом зобе // Клиническая медицина. - 2000. - № 12. -С. 54-56.
4. Исмаилов С.И., Алимджанов Н.А., Рашидов М.М., Каримова М., Каюмова Н.Л., Бабаханов

Б.Х. Оценка эффективности хирургического метода лечения узлового зоба // Проблемы биологии и медицины. 2007. №1 (47). С.26-30.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.С. ДАВЛАТОВ, К.Э. РАХМАНОВ,
Ж.И. ГОЗИБЕКОВ, Р.Р. АЗИМОВ,
Ф.А. ДАМИНОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

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.