

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО И ДИФФУЗНО - ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

А.С. БАБАЖАНОВ, А.О. ИСМОИЛОВ, У.Р. ХУДОЙНАЗАРОВ, К.К. ГАЙРАТОВ,
З.А. РУСТАМОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТУГУНЛИ ВА ДИФФУЗ ТОКСИК БУҚОҚДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

А.С. БАБАЖАНОВ, А.О. ИСМОИЛОВ, У.Р. ХУДОЙНАЗАРОВ, К.К. ГАЙРАТОВ,
З.А. РУСТАМОВА

Самарқанд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд

IMPROVING THE MANAGEMENT OF TREATMENT OF NODULAR AND DIFFUSE TOXIC GOITER

A.S. BABAZHANOV, A.O. ISMAILOV, U.R. XUDOYNazarov, K.K. GAIRATOV,
Z.A. RUSTAMOVA

Samarkand State medical institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Тугунли буқоқ ҳар хил морфологик шакллари билан оғриган беморларни даволашнинг узок натижаларини ўрганиш асосида хирургик амалиётнинг оптимал ҳажми жорий этилди. Оператив даволашнинг адекват ҳажми гемиструмэктомия, хавфли усмалар 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 буқоқнинг ҳар қандай морфологик шаклида касаллик қайталаниши юқори натижаларни (4,7%) кўрсатди.

Калит сўзлар: қалқонсимон без, тугунли буқоқ, струмэктомия.

On the basis of studying of the remote results of treatment of patients with a nodal craw the optimum volume of surgical intervention at various morphological forms of a nodal craw is determined. Adequate volumes of expeditious treatment are the gemistrumektomiya, extremely subtotal resection of a thyroid gland and a tireoidektomiya. When carrying out adequate replacement tireoidny therapy the number of recurrence after the carried-out surgeries sharply decreases. The greatest percent (4,7%) of recurrence irrespective of a morphological form of a nodal craw is revealed when carrying out an economical resection and enukleation of knot of a thyroid gland.

Key words: thyroid gland, nodal craw, strumektomiya.

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 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ и в Самаркандское городское медицинское объединение для оперативного лечения с 2006 по 2014 года. 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. 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 хирур-

гического 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.

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

Оперативному лечению подверглись 278 больных, 3 больных не оперированы из-за тяже-

лого 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).

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 1.

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

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

Таблица 2.

Функциональное состояние щитовидной железы у обследуемых больных

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

Таблица 3.

Объем оперативного вмешательства в зависимости от патоморфологической формы зоба

Патоморфологическая форма	Диффузный зоб	Узловой зоб	Смешанный зоб	Всего	%
Объем оперативного вмешательства					
<i>Тотальная тиреоидэктомия</i>	5	2	-	7	2,5
<i>Субтотальная резекция щитовидной железы</i>	36	-	45	81	28,8
<i>Гемитиреоидэктомия</i>	-	156	-	156	55,5
<i>Субтотальная резекция одной доли щитовидной железы</i>	-	11	-	11	3,9
<i>Энуклеация кисты из щитовидно железы</i>	-	23	-	23	8,2
<i>Не оперированные</i>	3	-	-	3	1,1
Всего	44	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	Перманентный
Узловой зоб	Диффузный токсический зоб	41	7 (17,1%)	2 (4,9%)	-	1 (2,4%)	2 (4,9%)	-
	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%)	-
	Всего	278	13 (4,7%)	5 (1,8%)	-	1 (0,36%)	3 (1,15)	-

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.

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).

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.

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.

Литература:

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремская 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.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО И ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

А.С. БАБАЖАНОВ, А.О. ИСМОИЛОВ,
У.Р. ХУДОЙНАЗАРОВ, К.К. ГАЙРАТОВ,
З.А. РУСТАМОВА

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: щитовидная железа, узловой зоб, струмэктомия.