

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ Зайниев А.Ф.¹, Юнусов О.Т.², Суярова З.С.³ Email: Zainiev630@scientifictext.ru

¹Зайниев Алишер Фаридунович - ассистент;

²Юнусов Ойбек Тураевич – ассистент;

³Суярова Зилола Сирлибоевна – студент,
кафедра хирургических болезней,

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 СамМИ для оперативного лечения с 2009 по 2016 год. Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных (4,7%) в течение от 2 до 6 лет. Исходы операции были благополучными, и у 30% этих больных были выявлены атипичные клетки в противоположной 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.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH A NODAL STRUMA

Zainiev A.F.¹, Yunusov O.T.², Suyarova Z.S.³

¹Zainiev Alisher Faridunovich - Assistant;

²Yunusov Oybek Turaevich - Assistant;

³Suyarova Zilola Sirliboevna - Student,

DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES,
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 Clinic SamSMI to surgical treatment from 2009 to 2016. Recurrence of nodular goiter was observed in 9 patients (4.7%) for 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.

УДК: 616.89-02-089. 616.441-006

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 был включен 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для

оперативного лечения с 2009 по 2016 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 (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 течение 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 количество составило 190 (67,6%) пациентов (табл. 3).

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

| Патоморфологическая форма зоба | Объем оперативного | | | | Всего | % |
|--------------------------------|--------------------|-------------|---------------|--|-------|---|
| | Диффузный зоб | Узловой зоб | Смешанный зоб | | | |
| | | | | | | |

| 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 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 связана 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. 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 | |
| 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 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 |
| 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 течение 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 гемиструмаэктомия, 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.

Список литературы / References

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. // Фундаментальная и клиническая тиреологическая (руководство). М.: Медицина, 2007. 816 с.
2. 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.
3. Федоров В.Э., Захохов Р.М., Харитонов Б.С. Результаты оперативного лечения рецидивного зоба // Современные проблемы науки и образования, 2015. № 6-0. С. 32-32.
4. 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.