

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

©Ш. А. Юсупов, З. Б. Курбаниязов, С. С. Давлатов, К. Э. Рахманов, Ф. А. Даминов

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

**РЕЗЮМЕ.** Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных узловым зобом.

**Материал и методы.** В исследование был включен 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, госпитализированный в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2009 по 2016 год.

**Результаты.** 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 клинически она выглядела интактной.

**Выводы.** 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.

**Вступление.** 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, 5]. Поэтому большой интерес представляет 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.

**Материал и методы исследования.** В исследование был включен 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, госпитализированный в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2009 по 2016 год. Среди пациентов были 253 (90,03 %) женщины и 28 (9,97 %) мужчин. Средний возраст обследованных составил (29±6) лет (от 7 до 68 лет).

Больных вызывали активным способом – с помощью писем, также был изучен архивный материал клиники СамМИ. У всех больных тщательно изучали анамнез заболевания. Особое внима-

ние было уделено длительности болезни, 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), гистологическое исследование 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 трийодтирона, тироксина, тиреотропного гормона), а также клинической картины у пациентов был установлен тиреоидный статус (табл. 2).

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

Характер заболевания		Степень увеличения щитовидной железы				
		II степень	III степень	IV степень	V степень	Всего
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

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 диффузном 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 боль-

ных 190 (67,6%) (табл. 3) объем оперативного вмешательства ограничился одной долей щитовидной железы.

**Результаты и обсуждение.** Частота возникновения осложнений во время операции на щитовидной железе 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.

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

После вызова больных мы провели полный объем обследования, включающий клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреоидного статуса

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

Объем оперативного вмешательства	Патоморфологическая форма				
	диффузный зоб	узловой зоб	смешанный зоб	всего	%
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 щитовидной железы	-	23	-	23	8,2
Не оперированные	3	-	-	3	1,1
Всего	44	192	45	281	100

Таблиця 4. Частота ранніх ускладнень хірургічного методу лікування захворювань щитовидної залози.

Діагноз	Вид ускладнень							Всього
	к-во операцій	кровотечення	транзиторний парез возвратного гортанного нерва	стойкий параліч возвратного гортанного нерва	тиреотоксический криз	гіпопаратиреоз		
						транзиторний	перманентний	
Дифузний токсический зоб	41	7-17,1%	2-4,9%	-	1-2,4%	2-4,9%	-	12-29,3%
Узловий зоб	токсическая аденома	7	-	-	-	-	-	-
	нетоксический зоб	98	3-3,1%	-	-	-	-	3-3,1%
	кистозний зоб	85	2-2,3%	-	-	-	-	2-2,35%
	с-г щитовидної залози	2	-	1-50%	-	-	-	1-50%
Смешаний зоб	45	1-2,2%	2-4,44%	-	-	1-2,22%	-	4-8,9%
Всього	278	13-4,7%	5-1,8%	-	1-0,36%	3-1,15	-	22-7,9%

Таблиця 5. Сроки нагляду хворих після операції.

Сроки нагляду	до 1 року	3 роки	5 років	Всього
Кількість хворих	89	68	36	193

с допомогою визначення ТТГ, тиреоїдних гормонів крові і рефлексометрії. Згідно отриманим результатам було виявлено, що в стані еутиреозу знаходилися 174 хворих (90,2 %), легка ступінь гіпотиреозу виявлена у 6 (3,1 %), середньої ступені тяжкості гіпотиреозу у 8 (4,1 %), гіпотиреозу важкої ступені виявлено у 5 хворих (2,6 %). Слід відзначити, що важка ступінь післяопераційного гіпотиреозу спостерігалася в групі хворих, яким була виконана тотальна тиреоїдектомія з приводу злоякісної пухли щитовидної залози (2) і дифузного токсического зоба (3) (табл. 6).

Сумуючи результати клінічних і гормональних досліджень ми здійснили оцінку віддалених результатів хірургічного лікування вузлових форм зоба. Якщо взяти до уваги, що розвиток гіпотиреозу після операції на щитовидній

залозі є логічним і нормальним наслідком операції, який легко компенсується призначенням тиреоїдних гормонів, то згідно цьому можна утвердити, що повне одужання хворих після хірургічного методу лікування вузлового зоба спостерігається у 182 (94,3 %) хворих (табл. 7).

Рецидив вузлового зоба спостерігався у 9 хворих (4,7 %) в період від 2 до 6 років. Всі хворі з рецидивом вузлового зоба не слідували рекомендаціям ендокринолога акуратно і не приймали тиреоїдні гормони після операції. Результати тонкоігольної аспіраційної біопсії співпали з остаточним гістологічним результатом во всіх випадках, то є у цих хворих була підтверджена доброякісна природа видаленого вузла (вузлів). Ісходи операції були благополучними, і у 30 % цих хворих

Таблиця 6. Стан функції щитовидної залози в момент огляду хворих в різні терміни після операції на щитовидній залозі (за даними клінічних ознак).

Стан функції щитовидної залози	Еутиреоз	Гіпотиреоз		
		легкої ступені	середньої тяжкості	важкої ступені
Кількість хворих (%)	174 (90,2)	6 (3,1)	8 (4,1)	5 (2,6)

Таблиця 7. Отдаленные результаты оперативного лечения заболеваний 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)

были выявлены атипичные клетки в противоположной 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 за-

местительной 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.

**Перспективы дальнейших исследований.**

Полученные результаты могут служить для изучения отдаленных результатов лечения больных узловым зобом и тем самым помогут определить оптимальный объем хирургического вмешательства при различных морфологических формах узлового зоба.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристархов В. Г. Отдаленные результаты оперативного лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы у пожилых пациентов / В. Г. Аристархов, Н. В. Данилов // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. – 2014. – № 1.  
 2. Балаболкин М. И. Фундаментальная и клиническая тиреоидология : руководство / М. И. Балаболкин, Е. М. Клебанова, В. М. Креминская. – М. : Медицина, 2007. – 816 с.  
 3. Хирургическая тактика лечения диффузно-

токсического зоба / Ф. А. Даминов [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, №. 1. – С. 21.  
 4. Отдаленные результаты хирургического лечения доброкачественной очаговой патологии щитовидной железы / Ю. М. Тарасченко [и др.] // Международный эндокринологический журнал. – 2015. – № 3 (67).  
 5. Bolgov M. Y. Results of Long-Term Follow-Up of Patients with Benign Nodules of Thyroid Gland / M. Y. Bolgov, Y. N. Taraschenko, I. R. Yanchiy // International Journal of Endocrinology. – 2014. – № 2 (58). – P. 9–14.

REFERENCES

1. Aristarkhov, V.G., & Danilov, N.V. (2014) Otdalennyye rezultaty operativnogo lecheniya dobrokachestvennykh zabolovaniy shchitovidnoy zhelezy u pozhilykh patsiyentov [Long-term results of operative treatment of benign thyroid diseases in elderly patients]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik imeni akademika I.P. Pavlova – Russian Medical-Biological Journal named after Academician I.P. Pavlov*, 1 [in Russian].  
 2. Balabolkin, M.I., Klebanova, E.M., Kreminskaya, V.M. (2007). *Fundamentalnaya i klinicheskaya tireoidologiya (rukovodstvo) [Fundamental and clinical thyroidology (guide)]*. Moscow: Meditsyna [in Russian].  
 3. Daminov, F.A. (2013). *Khirurgicheskaya taktika*

lecheniya diffuzno-toksicheskogo zoba [Surgical tactics of treating diffuse-toxic goiter]. *Academic Journal of Western Siberia*, 9 (1), 21.  
 4. Taraschenko, Yu.M. (2015). Otdalennyye rezultaty khirurgicheskogo lecheniya dobrokachestvennoy ochagovoy patologii shchitovidnoy zhelezy [Remote results of surgical treatment of benign focal pathology of the thyroid gland]. *Mezhdunarodnyi endokrinologicheskiy zhurnal – International Endocrinology Journal*, 3 (67) [in Russian].  
 5. Bolgov, M.Y., Taraschenko, Y.N., & Yanchiy, I.R. (2014). Results of long-term follow-up of patients with benign nodules of thyroid gland. *International Journal of Endocrinology*, 2 (58), 9-14.

## **ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВИХ УТВОРІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

**©Ш. А. Юсупов, З. Б. Курбаніязов, С. С. Давлатов, К. Е. Рахманов, Ф. А. Дамінов**

*Самаркандський державний медичний інститут, Самарканд, Республіка Узбекистан*

**РЕЗЮМЕ.** Мета дослідження – покращення результатів хірургічного лікування хворих з вузловим зобом.

**Матеріал і методи.** У дослідження був включений 281 пацієнт із захворюваннями щитоподібної залози, госпіталізований у відділення хірургії Самаркандського державного медичного інституту для проведення оперативного лікування протягом 2009–2016 рр.

**Результати.** Рецидив вузлового зоба спостерігався у 9 випадках (4,7 % хворих) у часовому проміжку від 2 до 6 років. Наслідки оперативного втручання були благополучними, у 30 % пацієнтів були виявлені атипові клітини у протилежній частці щитоподібної залози, хоча клінічно вона виглядала інтактною.

**Висновки.** На основі вивчення віддалених результатів хірургічного лікування визначено оптимальний об'єм хірургічного втручання при різних морфологічних формах вузлового зоба. Адекватними об'ємами оперативного втручання визначено геміструмектомію, максимально субтотальну резекцію щитоподібної залози та тиреоїдектомію. При проведенні адекватної замісної терапії різко знижується число рецидивів після проведених оперативних втручань. Найбільший відсоток (4,7 %) рецидивів, не залежно від морфологічної форми вузлового зоба, зафіксовано при проведенні економної резекції та енуклеації вузла щитоподібної залози.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** вузловий зоб; струмектомія; віддалені результати; рецидив.

## **DISTANT RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES**

**©Sh. A. Yusupov, Z. B. Kurbaniyazov, S. S. Davlatov, K. E. Rakhmanov, F. A. Daminov**

*Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan*

**SUMMARY.** The aim of the study – improving the results of surgical treatment of patients with nodular goiter.

**Materials and Methods.** The study included 281 patients with thyroid disease who were hospitalized in the Department of Surgery of the summit clinic for surgical treatment from 2009 to 2016.

**Results.** Recurrence of nodular goiter was observed in 9 patients (4.7 %) for 2 to 6 years. Outcomes of surgeries were successful, 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.

**Conclusions.** 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.

**Key words:** nodular goiter; strumectomy; distant results; relapse.

Отримано 18.02.2017