

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зайниев А.Ф., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Рахманов К.Э.,

Самаркандский государственный медицинский институт.

### ✓ Резюме

Проанализированы отдаленные результаты у 268 (72,8%) из 368 оперированных больных по поводу узловых образований щитовидной железы (УОЩЖ). Больных вызывали активным способом, с помощью писем, а также был изучен архивный материал 1-клиники СамМИ. Тщательно был изучен 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.

**Ключевые слова:** рецидив, гипотиреоз, профилактика, качество жизни, отдаленные результаты.

## ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ТУГУНЛИ ҲОСИЛАЛАРИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИНИНГ УЗОҚ МУДДАТЛИ НАТИЖАЛАРИ

Зайниев А.Ф., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Рахманов К.Э.,

Самарқанд давлат тиббиёт институти.

### ✓ Резюме

Қалқонсимон без тугунли ҳосилалари туфайли операция қилинган 368 нафар беморларнинг 268 нафарининг (72,8%) узоқ муддатли натижалари таҳлил қилиб чиқилди. Беморлар актив алоқа орқали ва хат ёзиш орқали чақирилди, шунингдек СамМИ 1 - клиникасининг архив материаллари билан ўрганиб чиқилди. Касаллик анамнези синчиковлик билан таҳлил қилинди. Касаллик кечиб муддати, операциядан кейин тиреоид гормонлар билан медикаментоз даволаш ишларига алоҳида эътибор берилди. Операция ҳажми, асоратлар, оқибатлар, қалқонсимон без касалликлари жарроҳлик давосининг эрта ва кечки натижалари каби кўрсаткичлар тафтиш қилинди.

**Калит сўзлар:** рецидив, гипотиреоз, профилактика, ҳаёт сифати, ўзоқ муддатли натижалар.

## LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF NODOSIS OF THE THYROID GLAND

Zayniyev A.F., Kurbaniyazov Z.B., Babajanov Ah.S., Kosim E.R.,

Samarkand State Medical Institute.

### ✓ Resume

The long-term results were analyzed in 268 (72.8%) of 368 patients who were operated on for nodules of the thyroid gland. Patients were called in an active way, with the help of letters, and the archival material of the Sammi 1 clinic was also studied. The history of the disease has been carefully studied. Particular attention was paid to the duration of the disease, drug treatment with thyroid hormones after surgery. We studied such indicators as the volume of the operation, complications, outcomes, immediate and long-term results of the surgical treatment of thyroid diseases.

**Key words:** relapse, hypothyroidism, prevention, quality of life, long-term results.

### Актуальность

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире патологией щитовидной железы поражено более 200 млн человек, при этом среди различных заболеваний щитовидной железы в 64-84% случаев - это узловые образования щитовидной железы. В связи с отсутствием тенденции к снижению числа больных и существованием эндемичных регионов, где показатель заболеваемости варьирует от 1,2 до 9,0 на 100.000 населения, заболевания щитовидной железы продолжают оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой, и в том числе в Узбекистане, несмотря на многолетнюю борьбу с йододефицитом [2, 5, 7]. На современном этапе диагностика узловых образований щитовидной железы (УОЩЖ) не представляет значительных трудностей, во многом благодаря появлению методов неинвазивной визуализа-

ции, информативность комплексного применения которых достигает 95-100%. Отсутствие настороженности способствует поздней диагностике, а, следовательно, увеличению осложненных форм заболевания [1, 5, 9]. В то же время, лечение УОЩЖ является сложной хирургической проблемой [3, 4, 10]. Наиболее распространенным способом операции остается струмэктомия с различными вариантами удаления узлов ЩЖ, которая выполняется в подавляющем большинстве (90,6%) случаев УОЩЖ [6, 8]. Однако достаточно высокая частота послеоперационных осложнений и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15-64%), послеоперационный гипотиреоз (25 - 83%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики.

Цель исследования. Улучшение качества лечения больных с УОЩЖ путем совершенствования хирур-

гической тактики и разработки эффективных методов снижения послеоперационных осложнений.

### Материал и методы

В основу исследования включены результаты лечения 368 больных узловыми образованиями щитовидной железы (УОЩЖ), поступивших в хирургическое отделение 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2005 по 2018 гг. Пациенты условно разделены на две группы. В 2005-2013 гг. оперировано 230 (62,5%) больных, которые составили группу сравнения. С 2014 по 2018 гг. под нашим наблюдением находились 138 (37,5%) больных, которые вошли в основную группу. В зависимости от выбора объема хирургического вмешательства пациенты группы сравнения условно разделены на две подгруппы. 1-подгруппу составили 127 (55,2%) больных, которые оперированы с 2005 по 2009 гг. 2-подгруппу составили 103 (44,8%) пациентов, которые оперированы с 2010 по 2013 гг. Преобладали пациенты женского пола: женщины - 291 (79,1%), мужчины - 77 (20,9%). В основной группе женщин было 117 (40,2%), мужчин - 21 (27,3%). В группе сравнения женщин было 174 (59,8%), мужчин - 56 (72,7%).

Отдаленные результаты изучались в сроки от 1 года до 12 лет. При этом судьбу 202 (75,4%) больных уда-

лось проследить в сроки более 3-х лет, достаточных для окончательного формирования клинически значимого рецидива заболевания или гипотиреоза. Более 3-х лет в 1-подгруппе группы сравнения наблюдали 88,5%, во 2-подгруппе группы сравнения - 96,0%. В структуре обследованных в отдаленном периоде больных примерно равные доли (32,5, 27,9 и 39,5%) составляют представители всех трех сравниваемых между собой групп.

Одним из главных показателей, характеризующих эффективность оперативного вмешательства при УОЩЖ, является частота рецидивов заболевания. При изучении характера рецидива сопоставлялась локализация первично оперированной и повторно выявленного узла, сроки появления рецидива, особенности ранее применявшихся методов хирургического вмешательства, количество, размеры и осложненность первичных УОЩЖ.

Из 268 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив УОЩЖ отмечен у 25 (9,3%) больных, при этом в группе пациентов, оперированных в 2005-2009 гг., этот показатель достигал 24,1% (табл. 1). В последующем благодаря применению вышеперечисленных инноваций и мер профилактики заболевания частоту рецидивов заболевания удалось снизить во 2-подгруппе группы сравнения до 4,0%, а в основной группе до 0,9% (критерий  $\chi^2 = 4.692$ ;  $p=0,031$ ).

Таблица 1.

### Частота рецидивов УОЩЖ

Характер рецидива	Группа сравнения				Основная группа n=106		Всего n=268	
	1-подгруппа n=87		2-подгруппа n=75		абс.	%	абс.	%
	абс.	%	абс.	%				
Узловой зоб	9	10,3	-	-	1	0,9	10	3,7
Многоузловой зоб	12	13,8	3	4,0	-	-	15	5,6
Всего	21	24,1	3	4,0	1	0,9	25	9,3
Критерий $\chi^2$	Df=1; $\chi^2 = 4.692$ ; $p=0,031$							

Отмечаемое с 2010 г. резкое снижение количества рецидивов заболевания мы связываем с переходом на радикальные операции, как субтотальная резекция ЩЖ и тотальная тиреоидэктомия. Еще большему уменьшению количества рецидивов, на наш взгляд, способствовало обязательное назначение всем больным в послеоперационном периоде супрессивной или заместительной терапией гормонами ЩЖ.

Пик выявляемости рецидива заболевания независимо от локализации первичного узла приходился на

период 3-6 лет, после чего только у единичных оперированных больных встречался возврат УОЩЖ (табл. 2). У 3 (12,0%) больных с рецидивом УОЩЖ, выявленного через 9-12 лет после первичной операции, размеры узла не превышали 3 см в диаметре, чаще имели размер 1-2 см, что указывает скорее на пролиферацию ткани ЩЖ, чем на резидуальный узел. Необходимо обязательное диспансерное наблюдение всех оперированных больных в течение 7 лет.

Таблица 2.

### Сроки выявления рецидивов УОЩЖ.

Сроки выявления рецидива, лет	Количество рецидивов	
	абс.	%
До 1	2	8,0%
1-3	5	20,0%
3-6	12	48,0%
6-9	3	12,0%
9-12	3	12,0%
Итого	25	100%

Нами изучены и проанализированы отдаленные результаты хирургического лечения УОЩЖ с целью выявления влияния выбора объема первично-оперативных вмешательств в исследуемых группах и сопоставлены между собой (табл. 3).

По данным таблицы 3, послеоперационный рецидив узлового или многоузлового нетоксического зоба развился у 29 (6,7%) у больных в сроки наблюдения до 12 лет. При этом в 13 (2,9%) случаях узловые образования были выявлены в ткани ЩЖ, где в мо-

мент первичной операции признаки узловой трансформации отсутствовали, что подтверждалось результатами сонографии и данными интраоперационной ревизии.

Из 29 больных рецидивными УОЩЖ рецидив в оперированной доле возник в 1 (3,4%) случаи, контралатеральной доле в 10 (34,5%) случаях, рецидив в обеих долях возник в 15 (51,7%) случаях и в пирамидальном отростке в 3 (10,35) случаях.

Таблица 3.

Сравнительный анализ локализации рецидивных узлов в ЩЖ

Объем оперативного вмешательства	Локализация рецидива								Всего	
	Оперированная доля		Контралатеральная доля		Обе доли		Пирамидальный отросток			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>1-подгруппа группы сравнения (n=87)</b>										
ГТЭ (n=41)	1	100	6	100	1	8,3	2	100	10	47,6
СРЩЖ (n=73)	-	-	-	-	6	50,0	-	-	6	28,6
ТТЭ (n=11)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ЭРЩЖ (n=3)	-	-	-	-	2	16,7	-	-	2	9,5
ЭР одной доли и СР другой доли ЩЖ (n=8)	-	-	-	-	3	25,0	-	-	3	14,3
Итого	1	100	6	100	12	100	2	100	21	100
<b>2-подгруппа группы сравнения (n=75)</b>										
ГТЭ (n=41)	-	-	2	100	-	-	1	100	3	100
СРЩЖ (n=73)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ТТЭ (n=11)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого	-	-	2	100	-	-	1	100	3	100
<b>Основная группа (n=106)</b>										
ГТЭ (n=41)	-	-	1	100	-	-	-	-	1	100
СРЩЖ (n=73)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ТТЭ (n=11)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого	-	-	1	100	-	-	-	-	1	100
<b>Всего</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>	<b>9</b>	<b>36,0</b>	<b>12</b>	<b>48,0</b>	<b>3</b>	<b>12,0</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Гипотиреоз в отдаленном послеоперационном периоде также является одним из частых результатов. Клиническая картина значительно варьировала в зависимости от выраженности и длительности дефицита тиреоидных гормонов, а также от возраста пациента и наличия у него сопутствующих заболеваний. Чем быстрее развивался гипотиреоз после хирургического удаления ЩЖ, тем быстрее явными клиническими проявлениями он сопровождался. С другой стороны, даже при одной и той же тяжести и длительности гипотиреоза, клиническая картина была весьма индивидуальной. То есть, с одной стороны, совершенно явный гипотиреоз мог не иметь никаких клинических проявлений и обнаруживался случайно, с другой - некоторые пациенты с субклиническим гипотиреозом могли предъявить массу характерных для осложненного тяжелого гипотиреоза жалоб.

Как видно из таблицы 4 в группе сравнения у 15 больных в отдаленном послеоперационном периоде были два и более признаков гипотиреоза, а в основной группе у одной пациентки были два признака и у трех больных по одному признаку гипотиреоза.

Нарушение памяти, заторможенность, депрессия, парестезия, атаксия, снижение слуха, замедле-

ние сухожильных рефлексов отмечено у 6 (2,2%) больных исследуемых групп.

Брадикардия, снижение сердечного выброса, глухость тонов сердца, ослабление сердечной мышцы, низкая амплитуда зубцов и уплощение зубца Т на ЭКГ, в связи с нарушением работы сердца отеки выявлены у 1 (0,4%) пациентки 2-подгруппы группы сравнения.

Частые запоры отмечено у 6 (2,2%) больных. Снижение экскреции воды обусловленная гипонатриемией выявлено у 2 (0,8%) больных. Ослабление вентилаторных реакций на гипоксию отмечено у 5 (1,9%) больных. У 4 (1,6%) больных были жалобы со стороны опорно-двигательного аппарата. У этих больных отмечено артралгии, выпот в полостях суставов, мышечные спазмы, ригидность мышц. Сухая, холодная кожа, шелушение в локтях, одутловатое лицо с грубыми чертами, скудное оволосение отмечено у 3 (1,1%) больных. У 4 (1,6%) пациенток были проблемы со стороны половой функции. У них отмечено меноррагии на фоне частых ановуляторных циклов. Иногда скудные менструации или прекращаются вообще. У 2 (0,8%) больных при сниженном аппетите отмечено прибавка в весе. У 1 (0,4%) больного из-за нарушения синтеза Т3 и Т4 отмечено увеличение ЩЖ.

## Первичный гипотиреоз после хирургических вмешательств на щитовидной железе.

Клиническая картина по системам	Группа сравнения				Основная группа n=106		Всего n=268	
	1-подгруппа n=87		2-подгруппа n=75		абс.	%	абс.	%
	абс.	%	абс.	%				
Нервная система	2	2,3	3	4,0	1	0,9	6	2,2
Сердечно-сосудистая система	-	-	1	1,3	-	-	1	0,4
Желудочно-кишечный тракт	2	2,3	3	4,0	1	0,9	6	2,2
Почки	-	-	2	2,6	-	-	2	0,8
Дыхательная система	2	2,3	2	2,6	1	0,9	5	1,9
Опорно-двигательный аппарат	-	-	3	4,0	1	0,9	4	1,6
Кровь	-	-	1	1,3	-	-	1	0,4
Кожа и волосы	-	-	2	2,6	1	0,9	3	1,1
Нарушении половой функции у женщин	1	1,1	3	4,0	-	-	4	1,6
Обмен веществ и энергии	1	1,1	1	1,3	-	-	2	0,8
Щитовидная железа	-	-	1	1,3	-	-	1	0,4
Всего клинических проявлений	8	9,2	22	29,3	5	4,7	35	13,0
Всего больных	3	3,4	12	16,0	4	3,8	19	7,1
Критерий $\chi^2$	Df=1; $\chi^2 = 4.692$ ; p=0,031							

## Выводы

Таким образом, разработанный алгоритм выбора тактики хирургического лечения УОЩЖ, с учетом объема удаления ЩЖ по данным заключения ТПАБ или экспресс-биопсии позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 21,2% до 2,9% и неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде с 24,1% до 4,7%.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

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. Ванушко В.Э. Узловой зоб (клиническая лекция). / В.Э. Ванушко, В.В.Фадеев // Журнал "Эндокринная хирургия", Москва, № 4, 2012, с. 11-16.
3. 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).
4. Гостимский А.В. Особенности диагностики и хирургического лечения узловых новообразований щитовидной железы у де-

тей // Актуальные проблемы эндокринной хирургии. - 2018. - С. 50-55.

5. Исмаилов С.И., Камилджанова Б. Р. Особенности качества жизни у больных, оперированных по поводу узлового и многоузлового зоба // Молодой ученый. - 2015. - №19. - С. 270-274.
6. Каримова М.М., Исмаилов С.И. Динамика количества и объема хирургических операций узловых форм зоба в условиях йодообеспеченности (1984-1990) и йододефицита (1999-2005) в Узбекистане // Вестник современной клинической медицины. - 2019. - Т. 12. - №. 6.
7. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф. Анализ результатов хирургического лечения больных узловым зобом // Медицинский журнал Узбекистана. - 2018. - №. 6. - С. 47-50.
8. Рахманов К.Э. и др. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Завадские чтения. - 2017. - С. 145-148.
9. Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C., Doherty G.M., Mandel S.J., Nikiforov Y.E., et al. The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016 Jan;26(1):1-133.
10. Yusupov S.A., Kurbaniyazov Z.B., Zauniev A.F. Узловзк утворення щитоподкбнч залози. стан проблеми (огляд лктратури) // Вксник наукових дослджень. - 2018. - №. 1.

Поступила 09.09.2020