

УДК:616.89-02-089.441-006

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.С.Бабажанов

А.Ф.Зайниев

Ж.И.Алимов

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан.

Аннотация: *Обоснование. В настоящее время одной из наиболее актуальных остается проблема хирургического лечения больных узловым зобом. Это связано, прежде всего, с развитием в послеоперационном периоде рецидивов. Отсутствие единой точки зрения на факторы, определяющие риск послеоперационных рецидивов при узловом зобе послужило основанием для проведения исследования. Цель. Определение факторов, влияющих на частоту возникновения рецидива узловых образований щитовидной железы. Материал. Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 368 больных узловым зобом, оперированных в хирургическом отделении многопрофильной клиники СамГМУ. Все оперированные больные жители Самаркандской области, который является йоддефицитным регионом. Возраст больных на момент выполнения операции был от 14 до 72 лет, средний возраст $35,4 \pm 6,9$ лет. Среди них женщин – 291 (79,1%), мужчин – 77 (20,9%). Результаты. На основании изучения отдаленных результатов хирургического лечения узлового зоба у жителей проживающих в йоддефицитном регионе установлено, что частота рецидивов у данной категории пациентов зависит от срока наблюдения в послеоперационном периоде, морфологической структуры узловых образований и объема оперативного вмешательства.*

Ключевые слова: *узловой зоб, тиреоидэктомии.*

Актуальность. В настоящее время одной из наиболее актуальных остается проблема хирургического лечения больных узловым зобом. Это связано, прежде всего, с развитием в послеоперационном периоде рецидивов. Существуют сторонники радикальных и органосохраняющих операций. При проведении органосохраняющих операций исследователи указывают на необходимость сохранять часть ткани железы для предотвращения послеоперационного гипотиреоза, что позволит избежать приема тиреоидных препаратов [2,10]. Сторонники радикальных операций считают проведение органосохраняющих операций необоснованными, так как это увеличивает риск возникновения рецидива заболевания до 25-40% [1,4,6]. Ряд авторов отмечают возникновение рецидива узлового нетоксического зоба в 5,8% случаев [7,9,11]. В 68% случаев рецидив возник после первичного оперативного вмешательства, где объем операции не превышал резекции одной или обеих долей щитовидной железы; в 16%

случаев рецидив выявлен после выполнения радикальных операций, но был связан в последующем с иной морфологической формой зоба, более грубой, чем первоначально [5]. Некоторые авторы утверждают, что в патогенезе развития рецидива главную роль играет не объем выполненной операции, а этиология и морфологическая структура узлового образования [3,8]. Отсутствие единой точки зрения на факторы, определяющие риск послеоперационных рецидивов при узловом зобе послужило основанием для проведения исследования.

Цель исследования – определение факторов, влияющих на частоту возникновения рецидива узловых образований щитовидной железы.

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 368 больных узловым зобом, оперированных в хирургическом отделении многопрофильной клиники СамГМУ. Все оперированные больные жители Самаркандской области, который является йоддефицитным регионом. Возраст больных на момент выполнения операции был от 14 до 72 лет, средний возраст $35,4 \pm 6,9$ лет. Среди них женщин – 291 (79,1%), мужчин – 77 (20,9%). Эутиреоидное состояние отмечено у 329 больных (89,4%), функциональная автономия щитовидной железы выявлена у 39 (10,6%). Во время операции и после нее всем больным проводилось гистологическое исследование.

В большинстве случаев верифицирован многоузловой коллоидный зоб у 196 больных (52,3%) и узловой коллоидный зоб у 160 больных (43,5%), Аутоиммунный тиреоидит наблюдался у 12 пациентов (3,2%).

Объем операции чаще всего соответствовал субтотальной резекции щитовидной железы – 37,8%. У 27,1% больных выполняли гемитиреоидэктомию, у 13,6% больных гемитиреоидэктомию с частичной резекцией другой доли ЩЖ и у 13,6% больных частичную резекцию щитовидной железы. Тиреоидэктомия проведена в 7,9% случаев.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в 25,8% случаев морфологическое строение рецидивного зоба соответствует узловому коллоидному зобу и в 25,8% случаев многоузловому коллоидному зобу, в 19,4% случаев узловой коллоидный зоб сочетался с аденомой щитовидной железы. Узловой токсический зоб установлен в 9,8% случаев, у 6,4% больных выявлена аденома щитовидной железы, у 6,4% больных с рецидивом диагностировали наличие рака щитовидной железы и у 6,4% сочетание рака щитовидной железы и узлового коллоидного зоба.

Таким образом, морфологическая структура рецидива совпала с результатами первичного гистологического исследования в 16 случаях (51,6%). У остальных 15 пациентов (48,4%) выявлена другая морфологическая структура узловых образований. Данный факт свидетельствует о том, что оставленная ткань щитовидной железы потенцирует появление, как рецидива заболевания, так и развитие нового заболевания тиреоидного остатка. При этом у 12,8% больных существует вероятность развития рака щитовидной железы после органосохраняющих операций.

Выводы:

1. На основании изучения отдаленных результатов хирургического лечения узлового зоба у жителей проживающих в йододефицитном регионе установлено, что частота рецидивов у данной категории пациентов зависит от срока наблюдения в послеоперационном периоде, морфологической структуры узловых образований и объема оперативного вмешательства.

2. Узловой коллоидный зоб у пациентов, проживающих на территории йододефицитного региона, является заболеванием всей щитовидной железы, так как ткань, расположенная около узловых образований, полностью поражена так называемыми зобными изменениями. Именно поэтому максимальная частота рецидивов установлена у пациентов с многоузловым коллоидным зобом, оперированных 10 лет назад в объеме гемитиреоидэктомии или частичной резекции.

3. Органосохраняющие резекции следует признать нерадикальными операциями, которые приводят к развитию рецидива. Поэтому выполнение тиреоидэктомии и предельно-субтотальной резекции у больных узловым коллоидным зобом, проживающих в йододефицитном регионе, является адекватным и радикальным вмешательством.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдулхабирова Ф.М., Ванушко В.Э., Солдатова Т.В., Трошина Е.А. Узловой зоб // Consilium Medicum. 2019. №12. Стр. 23-30.

2. Гозибеков Ж.И., Зайниев А.Ф., Тилавова Ю.М. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом. Вопросы науки и образования 13 (2019): 60.

3. Заривчацкий М.Ф., Кравцова Т.Ю., Волков Ю.В., Денисов С.А., Блинов С.А., Мугатаров И.Н., Колыванова М.В., Теплых Н.С. Особенности диагностики и лечения узлового и многоузлового эутиреоидного зоба, осложненного компрессионным синдромом // ТМБВ. 2021. №2. Стр. 40-46.

4. Исмаилов С.И., Рашитов М.М. // Результаты эпидемиологических исследований распространенности йододефицитных заболеваний в Республике Узбекистан // Международный эндокринологический журнал, vol. 13, № 3, 2017, стр. 197-201.

5. Исмаилов С.И., Самадова У.С. Будущие последствия хирургического лечения узлового зоба. // Молодой исследователь: вызовы и перспективы: сб. ст. по материалам СIII Международной научно-практической конференции «Молодой исследователь: вызовы и перспективы». – № 3(103). – М., Изд. «Интернаука», 2019.

6. Ковальов О.П., Ляховський В.І., Люлька О.М., Дудченко М.О. Хірургічні аспекти лікування вузлового зобу // Вісник проблем біології і медицини. 2015. №2. Том 3 (120). Стр. 131-134.

7. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А. Ф., Абдурахмонов Д.Ш. Анализ результатов хирургического лечения больных узловым зобом. // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент. - 2018. - №6, - С. 47-50.

8. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф., Давлатов С.С. Факторный анализ рецидива узлового зоба у жителей, проживающих в йододефицитном регионе. // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2019, - №3 (III). С. 58-62.

9. Макаров И.В., Галкин Р.А., Лукашова А.В., Сидоров А.Ю., Шибанов В.Я., Ахматалиев Т.Х., Романов Р.М. Оптимальная тактика хирургического лечения больных с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы // ТМБВ. 2017. №3-2. Стр. 171-175.