



Нарзуллаев Шохрух Шухрат угли<sup>1</sup>, Рахманов Косим Эрданович<sup>1</sup>, Давлатов Салим Сулаймонович<sup>2</sup>

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

### ТУГУНЛИ БЎҚОҚ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИГА ТАЪСИР ҚИЛУВЧИ ОМИЛЛАР

Нарзуллаев Шохрух Шухрат ўғли<sup>1</sup>, Рахманов Қосим Эрданович<sup>1</sup>, Давлатов Салим Сулаймонович<sup>2</sup>

1 – Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

### FACTORS INFLUENCING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF NODULAR GOITER

Narzullaev Shokhrux Shukhrat ugli<sup>1</sup>, Rakhmanov Kosim Erdanovich<sup>1</sup>, Davlatov Salim Sulaymonovich<sup>2</sup>

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Ҳозирги вақтда адабиётларда тугунли бўқоқ билан оғриган беморларни даволаш прогнозига таъсир қилувчи омиллар тўғрисида қарама-қарши маълумотлар мавжуд. Тугунли бўқоқ ҳар хил морфологик шакллари билан оғриган беморларни даволашнинг узоқ 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 бўқоқнинг ҳар қандай морфологик шаклида касаллик қайталаниши юқори натижаларни (4,7%) кўрсатди.

**Калит сўзлар:** қалқонсимон без, тугунли, бўқоқ, струмэктомия.

**Abstract.** At present, there are contradictory data in the literature about the factors influencing the prognosis of treatment of patients with nodular goiter. On the basis of studying the remote results of treatment of patients with nodular goiter the optimal volume of surgical intervention at different morphological forms of nodular goiter is determined. The adequate volumes of surgical treatment are hemistrumectomy, extremely subtotal resection of thyroid gland and thyroidectomy. With adequate thyroid replacement therapy, the number of recurrences after surgical interventions is sharply reduced. The highest percentage (4.7%) of recurrences irrespective of the morphologic form of nodular goiter was revealed in case of economical resection and enucleation of thyroid nodule.

**Key words:** thyroid gland, nodular goiter, strumectomy.

**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, 8], другие считают основными факторами объем оперативного вмешательства и адекватность проводимой тиреоидной терапии [1, 2, 5, 7]. 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 [2, 6].

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 СамГМУ для оперативного лечения с 2013 по 2020 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 СамГМУ. 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.

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

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 течении от 2 до 9 месяцев. 230 (81,8%) больным с эу- и гипотиреотидным 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.

**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

| Тиреотидный статус | Количество | %    |
|--------------------|------------|------|
| Гипертиреоз        | 51         | 18,2 |
| Эутиреоз           | 177        | 62,9 |
| Гипотиреоз         | 53         | 18,9 |
| Всего              | 281        | 100  |

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

| Патоморфологическая форма<br>Объем оперативного вмешательства | Диффузный зоб | Узловой зоб | Смешанный зоб | Всего |      |
|---|---------------|-------------|---------------|-------|------|
|   |               |             |               | абс.  | %    |
| 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 желез                           | -             | 23          | -             | 23    | 8,2  |
| Не оперированные  | 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 | 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 (2,35%)                                       | -  | -                     | -            | -     | 2 (2,35%)    |
|                           | с-г щитовидной железы | 2            | -   | 1 (50%)                                      | -                     | -            | -     | 1 (50%)      |
| Смешанный зоб             | 45                    | 1 (2,22%)    | 2 (4,44%)                                       | -  | -                     | 1 (2,22%)    | -     | 4 (8,9%)     |
| Всего                     | 278                   | 13 (4,7%)    | 5 (1,8%)  | -  | 1 (0,36%)             | 3 (1,15)     | -     | 22 (7,9%)    |

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.

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. Бабажанов А. С. и др. Пути улучшения результатов хирургического лечения и профилактики гипотиреоза у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 10 (135). – С. 53-59.
2. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З. Фармакодинамика и клиническое применение хондропротекторов при неврологических проблемах // Uzbek journal of case reports. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 44-47.
3. Зайниев А. Ф., Юнусов О. Т., Суярова З. С. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестник науки и образования. – 2017. – Т. 1. – №. 6 (30). – С. 107-111.
4. 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 (111). С. 58-62.
5. Курбаниязов З. Б., Зайниев А. Ф., Алимов Ж. Отдаленные результаты хирургического лечения узлового зоба // Том-1. – 2022. – С. 207.
6. Рахманов К. Э. и др. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Завадские чтения. – 2017. – С. 145-148.

7. Rizaev J. A. et al. Peculiarities of the Dynamics of Morbidity of allergic Diseases among Children of Tashkent // Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 15309-15319.

8. Zayniyev A. F. et al. Results of differentiated surgical treatment of benign origin thyroid nodules // Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 1962-1969.

#### **ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА**

*Нарзуллаев Ш.Ш., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.*

**Резюме.** В настоящее время в литературе имеются противоречивые данные о факторах, влияющих на прогноз лечения больных узловым зобом. 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.