

УДК: 616.441-006.5.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА



Зайниев Алишер Фаридунович, Алимов Журабек Ибодуллоевич, Ибрагимов Шерзод Умидович Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ХАВФСИЗ ТУГУНЛИ ҲОСИЛАЛАРИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИ

Зайниев Алишер Фаридунович, Алимов Журабек Ибодуллоевич, Ибрагимов Шерзод Умидович Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES OF BENIGN ORIGIN

Zainiev Alisher Faridunovich, Alimov Jurabek Ibodulloevich, Ibragimov Sherzod Umidovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [aliser1987@gmail.com](mailto:aliser1987@gmail.com)

**Резюме.** Қалқонсимон без тугунли ҳосилалари жарроҳлик давосининг ҳозирги замон ҳолатини очиб берувчи адабиётлар таҳлили кўрсатилган. Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, қалқонсимон без хирургик касалликларини жарроҳлик даволаш муаммолари охиригача ўрганилмаган, ҳамда гоаят долзарб ҳисобланади. Қалқонсимон без тугунли ҳосилаларини жарроҳлик давосига бағишланган етарлича ишлар борлигига қарамасдан, ушбу муаммонинг ечими ҳалигача топилган эмас. Ушбу йўналишга изланиш олиб бораётган барча тадқиқотчиларнинг фикрига кўра операциядан кейинги асоратлар частотаси ҳали ҳам юқори бўлиб қолмоқда, ҳамда операция усулини танлаш қийинлигича қолмоқда.

**Калит сўзлар:** қалқонсимон без тугунли ҳосилалари, жарроҳлик даволаш.

**Abstract.** A review of the literature revealing the current state of surgical treatment of thyroid nodules is presented. An analysis of the literature has shown that the problem of treatment of surgical pathology of the thyroid gland currently remains not fully understood and is very relevant. Despite a significant number of works devoted to the surgical treatment of UOC, a solution to this problem has not yet been found. All researchers of this disease are unanimous in the opinion that the frequency of postoperative complications remains high, and the choice of the method of surgery is still very difficult.

**Keywords:** Nodular formations of thyroid glands, surgical treatment.

При узловых образованиях щитовидной железы (УОЩЖ) применяются как консервативные, так и оперативные методы лечения. На сегодняшний день не существует единого подхода к лечению УОЩЖ. По данным анкетирования ведущие специалисты Европейской и Американской тиреологических ассоциаций [1, 5, 8, 13, 20, 22] придерживаются разных точек зрения на тактику при УОЩЖ. Некоторые из них применяли супрессивную терапию L-тироксина [23] на фоне которой отмечалось уменьшение объема ЩЖ.

Другие исследователи считают, что положительный результат терапии L-тироксина незначительный и был отмечен лишь в 10 -15% случаев. [20, 21]. S.J. Vonnema et al. (2002), Quadbeck B. et al. (2002) ограничивались наблюдением. Поэтому, учитывая отсутствие убедительных дан-

ных о положительном эффекте гормональной терапии, многие хирурги и эндокринологи считают целесообразным динамическое наблюдение с УЗИ контролем при впервые выявленном УОЩЖ [16, 23, 29].

Более того, некоторые эндокринологи считают, что терапия L-тироксина не только не оказывает существенного влияния на естественное течение УОЩЖ, но ее назначение пациентам пожилого возраста, несет потенциальный риск прогрессирования сердечно-сосудистой патологии [15, 23, 28].

Альтернативным методом радикального лечения УОЩЖ является применение радиоактивного йода ( $^{131}\text{I}$ ). Основными преимуществами терапии  $^{131}\text{I}$  является высокая эффективность в снижении объема ЩЖ, селективная деструкция авто-

номно функционирующей ткани ЩЖ, быстрое достижение лечебного эффекта [10, 15, 26].

Показаниями к терапии  $^{131}\text{I}$  являются токсический УОЩЖ и компрессионный синдром при УОЩЖ. По данным Huysmans D. A. et al. (2000) у подавляющего большинства больных происходит уменьшения размеров зоба на 30 - 50%, сопровождающееся в 20 - 30%. Этот метод лечения чаще применяется за рубежом.

Хирургическая операция является распространенным методом лечения УОЩЖ в Узбекистане. Проблема хирургического лечения УОЩЖ рассматривается в трех аспектах: показания к оперативному лечению, выбор объема вмешательства, профилактика рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений [3, 29].

При выборе метода оперативного лечения многие хирурги придерживаются принципа онкологической настороженности и профилактики рецидивов заболевания [11, 14, 19, 24]. Рост узловых образований ЩЖ чаще не свидетельствует об их злокачественности и не является показанием к операции [1, 6, 17, 21].

Существенной особенностью УОЩЖ является высокий процент рецидивов, возникающих после оперативного лечения [11, 14, 19, 24, 27]. Причины рецидивов связывают с уже имеющимися перинодулярными изменениями или происходящими в тиреоидном остатке под воздействием йододефицита и гормональной недостаточности [3, 29]. Зобные изменения и микронодулярность ткани ЩЖ обнаруживали при гистологическом исследовании в 50 - 93,5% [26]. A. Mishra et al. (2001) считают, что при УОЩЖ нормальная тиреоидная ткань в ЩЖ отсутствует. Поэтому при выполнении щадящих или экономных резекций ЩЖ у больных УОЩЖ рецидив является неизбежным [15, 21].

Исходя из онкологических принципов и учитывая трудности ранней диагностики рака на фоне УОЩЖ, многие хирурги придерживаются более активной хирургической тактики у больных УОЩЖ, чем при солитарных узлах [12, 16, 23, 24].

Вопрос об оптимальном объеме оперативного вмешательства при УОЩЖ остается дискуссионным. С позиций профилактики рецидива и онконастороженности целесообразным представляется применение радикальных операций типа тиреоидэктомии и предельно субтотальной резекции ЩЖ [16, 22, 24, 29], закономерным исходом которых является гипотиреоз.

Однако некоторых хирургов настораживает не только его частое возникновение, но и большее число осложнений после радикальных, чем после экономных операций на ЩЖ. Сторонники экономных «щадящих» операций на ЩЖ [2, 9, 11, 18, 25, 28] аргументируют тем, что сохраненная ти-

реоидная ткань продолжает обеспечивать организм эндогенными гормонами и позволяет избежать гипотиреоза. Кроме того, частота послеоперационных осложнений после экономных операций меньше. Некоторые хирурги [4, 7, 20, 22, 27] считают, что на современном этапе развития эндокринной хирургии выбор адекватного объема оперативного вмешательства определяется морфологической структурой узловых образований. В.Г. Аристархов В.Г. и др. (2014) при УОЩЖ считает целесообразным применение органосохраняющих операций, но при множественных аденомах проводить экстирпацию ЩЖ. В.В. Воскобойников (2000), Н.С. Кузнецов и др. (2010), Е.А. Корымасов (2013) отмечали неблагоприятные отдаленные результаты при кистозно-коллоидном пролиферирующем зобе и коллоидном зобе с аденоматозом, поэтому при этих морфологических формах рекомендуют выполнять предельно субтотальные резекции щитовидной железы или тиреоидэктомии.

Таким образом, оценка эффективности радикальных и экономных (органосохраняющих) операций при УОЩЖ с точки зрения отдаленных результатов неоднозначна и противоречива. Однако множественный характер поражения ЩЖ при УОЩЖ, изменения в перинодулярной ткани, вероятность РЩЖ в одном из «узлов» ставят перед хирургом задачу выполнения радикальных органудаляющих операций, но в то же время, учитывая большую вероятность гипотиреоза и необходимость заместительной терапии, показания к оперативному лечению должны быть четко аргументированы. В настоящее время применяются следующие виды оперативных вмешательств при УОЩЖ.

При многоузловом поражении двух долей ЩЖ:

- тиреоидэктомия – полное удаление ЩЖ;
- предельно субтотальная резекция ЩЖ - удаление ЩЖ с оставлением тиреоидной ткани в зажимах;
- гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией противоположной доли - полное удаление одной доли с оставлением тиреоидной ткани не более 1,5 мл с противоположной стороны;
- субтотальная резекция ЩЖ с удалением перешейка - удаление ЩЖ и перешейка с сохранением не более 1-1,5 мл тиреоидной ткани с обеих сторон;
- субтотальная резекция долей ЩЖ - удаление долей ЩЖ с сохранением 3-4мл тиреоидной ткани.

При многоузловом поражении одной доли ЩЖ и перешейка:

- гемитиреоидэктомия с удалением перешейка - полное удаление одной доли ЩЖ с перешейком;

- субтотальная резекция одной доли ЩЖ и перешейка – удаление одной доли ЩЖ и перешейка с сохранением не более 1,5 мл тиреоидной ткани и противоположной доли;

- удаление перешейка – удаление перешейка с сохранением обеих долей ЩЖ.

Таким образом, учитывая возможность ошибок в диагностике УОЩЖ (даже при интраоперационном цитологическом исследовании), высокую частоту рецидивов, основными принципами хирургического лечения УОЩЖ являются онкологическая настороженность и профилактика рецидива заболевания. Поэтому при многоузловом поражении обеих долей наиболее оптимальным объемом считаем радикальные операции типа тиреоидэктомии, предельно субтотальной резекции ЩЖ, субтотальной резекции с удалением перешейка, а при одностороннем - гемитиреоидэктомию с удалением перешейка. В тоже время при выборе объема операции следует учитывать индивидуальные особенности: возраст, пол, функциональное состояние ЩЖ, морфологическую структуру патологии ЩЖ.

У молодых женщин репродуктивного возраста по возможности следует сохранять тиреоидную ткань, если при интраоперационной ревизии и данным УЗИ узловые образования в ней отсутствуют. У лиц пожилого и старческого возраста, у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, которым оперативное лечение выполнялось по поводу доброкачественной патологии, также желательнее оставить визуально неизмененную ткань ЩЖ. Это связано с возможностью уменьшить дозу L-тироксина в послеоперационном периоде и избежать побочного эффекта гормональной терапии при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Более индивидуально решается вопрос об объеме оперативного лечения у больных многоузловым коллоидным зобом. В случае тотального многоузлового поражения ЩЖ, методом выбора является тиреоидэктомия или предельно субтотальная резекция ЩЖ. При наличии 2-3 коллоидных узлов и неизмененной тиреоидной ткани возможно выполнение субтотальной резекции ЩЖ.

На сегодняшний день имеется алгоритм интраоперационной хирургической тактики, который позволяет унифицировать оказание хирургической помощи при УОЩЖ. Алгоритм включает 4 этапа.

I. Дооперационная диагностика (УЗИ и ТАПБ), на основании которой установлены три варианта заболеваний: доброкачественные заболевания, подозрительные на РЩЖ и РЩЖ.

II. Интраоперационная цитологическая и гистологическая диагностика, позволяю-

щая уточнить доброкачественный или злокачественный характер поражения ЩЖ.

III. Выбор метода оперативного лечения. При доброкачественных заболеваниях: предельно-субтотальная резекция ЩЖ, гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией противоположной доли, субтотальная резекция с удалением перешейка, гемитиреоидэктомия с удалением перешейка. Послеоперационная окончательная верификация диагноза на основании планового гистологического исследования.

IV. Послеоперационная окончательная верификация диагноза на основании планового гистологического исследования.

Анализ литературы показал, что проблема лечения хирургической патологии ЩЖ в настоящее время остается до конца не изученной и весьма актуальной. Несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению УОЩЖ, решение этой проблемы еще не найдено. Все исследователи этого заболевания единодушны во мнении, что частота послеоперационных осложнений остаются высокими, и по-прежнему представляют большие трудности своевременная диагностика и выбор метода операции.

#### Литература:

1. Абдуллаева Н.Н., Вязикова Н.Ф., Шмырина К.В. Особенности эпилепсии у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // *Dobrokhotov readings*. – 2017. – С. 31.
2. Абдуллаева Н.Н., Ким О.А. Клинические особенности фокально обусловленной симптоматической височной эпилепсии у больных пожилого возраста // *Доброхотовские чтения*. – 2017. – С. 35-37.
3. 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.
9. 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).
10. 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.
11. 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 Узбе-

- кистане // Вестник современной клинической медицины, vol. 12 № 6, 2019, стр. 28-33.
12. Кубаев А. С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // Научные исследования. – 2020. – №. 3 (34). – С. 33-36.
13. Кубаев А. С., Абдукадыров А. А., Юсупов Ш. Ш. Особенности риномаксиллярного комплекса у взрослых больных с верхней микрогнатией // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2013. – №. 2. – С. 117-119.
14. Насретдинова М. Т., Карабаев Х. Э. Совершенствование методов диагностики у пациентов с головокружением // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2017. – Т. 7. – №. 2. – С. 194-198.
15. Насретдинова М. Т. Изменения стабилметрических показателей у пациентов с системным головокружением // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2019. – Т. 9. – №. 2. – С. 135-139.
16. Рахимова Х.М. и др. Современные аспекты по улучшению качества ведения больных с патологией эндокринных органов в условиях первичного звена медицинской помощи // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 10 (51).
17. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.
18. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
19. Ризаев Ж.А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
20. Ризаев Ж.А., Шодмонов А.А., Олимжонов К.Ж. Периимплантиты-ранние осложнения при дентальной имплантации // Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 6. – №. 1.
21. Grasberger H. Mice deficient in dual oxidase maturation factors are severely hypothyroid / H. Grasberger, X. De Deken, O.V. Mayo [et al.] // Mol. Endocrinol. - 2012. - Vol. 26, N 3. - P. 481-492.
22. 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.
23. Krejbjerg A. Thyroid nodules in an eleven-year Danthyr follow-up study / A. Krejbjerg, L. Bjergved, I.B. Pedersen, [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 2014. - Vol. 99, N 12. - P. 4749-4754.
24. Martinez J.H. Overview of thyroid physiology: an essential for understanding familial euthyroid multinodular goiter / J.H. Martinez, C. Palermo, F.F. Gonzalez, I. Laboy // Bol. Asoc. Med. P. R. - 2013. - Vol. 105, N 2. - P. 68-71.
25. Mishra A. Quality of life (QoL) in patients with benign thyroid goiters (pre- and postthyroidectomy): a prospective study. / Mishra A, Sabaretnam M, Chand G et al. // World J Surg. – 2013. – V. 37(10). – P. 2322-2329.
26. Muratli A. Diagnostic efficacy and importance of fine-needle aspiration cytology of thyroid nodules / Muratli A, Erdogan N, Sevim S [et al.] // J. Cytol. - 2014. - Vol. 31, N 2. - P. 73-78.
27. Nigina T., Gulnora T., Abduhamid N. Iodine deficiency disorders and conditions are one of the main issues the world of Medicine is facing // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 3 (44).
28. Saidmuradov, K. B., et al. Surgical treatment of patients with posttraumatic cicatricial strictures of the main bile ducts. Akademicheskiiy zhurnal Zapadnoy Sibiri–Academic Journal of Western Siberia 9.1 (2013): 27-28.
29. Zayniyev, A. F., O.T. Yunusov, Z.S. Suyarova. Results of surgical treatment of nodular goiter."Education and Science Bulletin 6 (2017): 30.

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

*Зайниев А.Ф., Алимов Ж.И.,  
Ибрагимов Ш.У.*

**Резюме.** Представлен обзор литературы, раскрывающий современное состояние хирургического лечения узловых образований щитовидной железы. Анализ литературы показал, что проблема лечения хирургической патологии ЩЖ в настоящее время остается до конца не изученной и весьма актуальной. Несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению УОЩЖ, решение этой проблемы еще не найдено. Все исследователи этого заболевания единодушны во мнении, что частота послеоперационных осложнений остаются высокими, и по-прежнему представляют большие трудности выбор метода операции.

**Ключевые слова:** Узловые образования щитовидной железы, хирургическое лечение.