

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№4 (Том 3)

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 4

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 4





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский университет,
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н. Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.С. Мамутова (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
Ф. Улмасов (Самарканд)
А. Фейзоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

| | |
|---|----|
| 1. Бабажанов А. С., Зайниев А.Ф., Алимов Ж. И. АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА..... | 5 |
| 2. Бойкузиев Х. Х., Джуракулов Б. И. ОРГАНИЗМ ИММУН ТИЗИМИНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА ИНГИЧКА ИЧАК ВА ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТАНИНГ MORFOFUNKSIONAL AҲАМИЯТИ..... | 11 |
| 3. Ганиев А. Г. ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ..... | 14 |
| 4. Гарифулина Л. М., Исламова Д. С., Ибрагимова Ю. Б. ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА..... | 17 |
| 5. Кадирова Ш. С., Тураева Д. Х. КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА- ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ..... | 20 |
| 6. Маллаев М. М., Улмасов Ф. Г. МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ РАКА ЖЕЛУДКА..... | 23 |
| 7. Окбаев М. Б., Бойкузиев Х. Х. ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ОЧЛИК ҲОЛАТИ ВА ОРГАНИЗМИНИНГ MORFOFUNKSIONAL ЎЗГАРИШЛАРИ ҲАҚИДА АЙРИМ МУЛОҲАЗАЛАР..... | 27 |
| 8. Рахмонов К. Э., Анарбоев С. А., Мизомов Ф. О., Махрамкулов З. М. ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ АЛЬБЕНДАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ..... | 30 |
| 9. Рузибоев С. А., Хайдаров Г. А., Саттаров Ш. Х. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ..... | 33 |
| 10. Санакулов А. Б. ФОРМИРОВАНИЕ НОМО – И ГЕТЕРОТОПНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО СТАТУСА..... | 37 |
| 11. Garifulina L. M., G'oyibova N. S. SEMIZ O'SMIR BOLALARDA BUYRAKLARNING FUNKSIONAL HOLATI..... | 41 |
| 12. Gudkov R. A., Dmitriev A. V., Fedina N. V., Petrova V. I. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DIRECT HYPERBILIRUBINEMIA IN CHILDREN: A LITERATURE REVIEW..... | 45 |
| 13. Mallayev M. M., O'lmasov F. G'. ME'DA ADENOKARSINOMALARIDA ERBB2 EKSPRESSIYASI VA UNING AHAMIYATINI O'RGANISH..... | 51 |
| 14. Petrova V. I., Dmitriev A. V., Shavazi N. M., Zakirova B. I., Shatskaya E. E. KOMMEREL'S DIVERTICULUM AS A RARE CAUSE OF DYSPHAGIA IN A NEWBORN..... | 54 |
| 15. Turaeva D. X. SEMIZ BOLALARDA JIGARNING ALKOGOLSIZ YOG'LI GEPATOZI PATOGENEZI VA UNI DAVOLASH..... | 58 |
| 16. Zakirova B. I., Xusainova Sh. K. RISK FACTORS AND FREQUENCY OF MYOCARDITIS IN CHILDREN AFTER ACUTE BRONCHIAL OBSTRUCTION..... | 62 |

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH


ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 616.89-02-089-(611.441)-616.441-006

Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич
к.м.н., доц., зав. кафедрой хирургических болезней
педиатрического факультета СамГМУ,
Зайниев Алишер Фаридунович
к.м.н., ассистент кафедры
хирургических болезней №1 СамГМУ,
Алимов Журабек Ибодуллаевич
ассистент кафедры хирургических болезней
педиатрического факультета СамГМУ.
Самаркандский государственный медицинский университет

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА

For citation: Babajanov A.S., Zayniev A.F., Alimov J.I. / Results of differentiated surgical treatment of thyroid nodules of benign origin. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 4. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

АННОТАЦИЯ

Актуальность. По данным ВОЗ узловой зоб имеется у 7% населения земного шара, при этом частота узловых форм зоба в структуре заболеваний щитовидной железы варьирует в пределах 65-80%. Достаточно высокая частота послеоперационных осложнений и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15-44%), развитие рака ЩЖ (7-16%), послеоперационный гипотиреоз (25 – 63%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики. Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных узловыми образованиями щитовидной железы доброкачественного генеза путем разработки дифференцированного подхода к выбору объема операции. Материал и методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения 368 больных с узловыми образованиями щитовидной железы (УОЩЖ) оперированных в период 2005-2018 гг. в 1 клинике Самаркандского медицинского университета. Возраст больных на момент выполнения операции был от 18 до 77 лет (средний возраст 49,4±11,8 лет), женщины – 291 (79,1%), мужчины – 77 (20,9%). Результаты. Ретроспективный анализ результатов операций в зависимости от данных гистологических исследований показало, что основной причиной рецидива УОЩЖ явились узловой кистозно-коллоидный зоб с очагами аденоматоза (63,6%) и сочетание различных видов аденом с многоузловым коллоидным зобом с разной степенью пролиферации (22,3%) при которых выполнены органосохраняющие операции. Выводы. Разработанный алгоритм выбора объема хирургического вмешательства при УОЩЖ, с учетом данных заключения ТПАБ и интраоперационной экспресс-биопсии позволил улучшить результаты лечения снижением частоты ближайших послеоперационных осложнений с 21,2% до 2,9% и неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде с 24,1% до 4,7%.

Ключевые слова: узловые образования щитовидной железы, рецидив зоба, послеоперационный гипотиреоз.

Бабажанов Ахмаджон Султанбаевич
т.ф.н., доц, СамДТУ Педиатрия факультети
хирургик касалликлар кафедраси мудири
Зайниев Алишер Фаридунович
т.ф.н., СамДТУ №1 хирургик
касалликлар кафедраси ассистенти
Алимов Журабек Ибодуллаевич
СамДТУ Педиатрия факультети
хирургик касалликлар кафедраси ассистенти
Самарканд Давлат тиббиёт университети

ТУГУНЛИ БУҚОҚНИНГ ХИРУРГИК ДАВО ЙЎНАЛИШЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Долзарблиги. ЖССТ маълумотларига кўра ер куррасининг 7% аҳолисида тугунли бўқоқ мавжуд, бунда тугунли бўқоқ калқонсимон без касалликлари структурасида 65-80 %ни ташкил этади. Операциядан кейинги асоратларнинг етарлича юқорилиги, операциядан кейин касаллик қайталаниши (15-44%), калқонсимон без раки ривожланиши (7-16%), операциядан кейинги гипотиреоз юзага келиши (25-63%) ҳолатларининг кўплиги кенг тарқалган хирургик тактиканинг етарлича самара бермаётганлигидан далолат

беради. Тадқиқотнинг мақсади: хавфли бўлмаган қалқонсимон без тугунли ҳосилаларининг хирургик даво натижаларини операция ҳажмини танлашга дифференциал ёндашув орқали яхшилаш. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Қалқонсимон без тугунли ҳосилалари (ҚБТХ) билан Самарқанд давлат тиббиёт университети 1 клиникасига 2005-2018 йй. давомида операция ўтказган 368 нафар беморларнинг хирургик даво натижалари таҳлил қилиб чиқилди. Операция ўтказилган вақтда беморларнинг ёши 18 дан 77 ёшгача бўлган (ўртача ёш 49,4+11,8 йил), аёллар 291 нафар (79,1%), эркеклар 77 нафар (20,9%). Натижалар. Ўтказилган операциялар натижаларининг гистологик таҳлил маълумотларига кўра ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики аденоматоз ўчоқли тугунли кистоз – коллоид бўқоқ (63,6%) ва ҳар хил аденомаларнинг турли пролиферация даражасидаги кўп тугунли коллоид бўқоқ билан бирга келиши (22,3%), ҳамда ушбу шаклларда ўтказилган аъзони сақлаб қолишга қаратилган операциялар қалқонсимон без тугунли ҳосилаларининг қайталанишининг асосий сабаби ҳисобланади. Хулосалар. Қалқонсимон без тугунли ҳосилаларида ингичка игнали пункцион аспирацион биопсия ва интраоперацион экспресс биопсия маълумотларига таянган ҳолда операция ҳажмини танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритм операциядан кейинги эрта асоратларни 21,2%дан 2,9%гача ва операциядан кейинги кечки асоратларни 24,1%дан 4,7%гача камайтириш орқали даволаш натижаларини яхшилаш имконини берди.

Калит сўзлар: қалқонсимон без тугунли ҳосилалари, бўқоқнинг қайталаниши, операциядан кейинги гипотиреоз.

Babajanov Akhmadjon Sultanbaevich
PhD, Dotsent, Chief of Department of Surgical Diseases of Faculty of Pediatrics SamSMU
Zayniev Alisher Faridunovich
PhD, assistant of Department of Surgical diseases №1 SamSMU
Alimov Jurabek Ibodullaevich
assistant of Department of Surgical Diseases of Faculty of Pediatrics SamSMU
Samarkand State Medical Institute

RESULTS OF DIFFERENTIATED SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES OF BENIGN ORIGIN

ANNOTATION

Relevance. According to WHO data, nodular goiter is present in 7% of the world's population, while the frequency of nodular goiter forms in the structure of thyroid diseases varies between 65-80%. A fairly high frequency of postoperative complications and numerous cases of postoperative relapses (15-44%), the development of thyroid cancer (7-16%), postoperative hypothyroidism (25-63%) indicate insufficient effectiveness and reliability of common surgical tactics. Purpose of the study: improving the results of surgical treatment of patients with thyroid nodules of benign origin by developing a differentiated approach to choosing the volume of surgery. Material and research methods. The results of surgical treatment of 368 patients with thyroid nodules operated in the period 2005-2018 in 1- th clinic of the Samarkand medical Institute were analyzed. The age of patients at the time of surgery was from 18 to 77 years (average age 49.4+11.8 years), women – 291 (79.1%), men – 77 (20.9%). Results. A retrospective analysis of the results of operations, depending on the data of histological studies, showed that the main cause of recurrence of thyroid nodules was nodular cystic colloid goiter with foci of adenomatosis (63.6%) and a combination of different types of adenomas with multi-nodular colloid goiter with different degrees of proliferation (22.3%) in which organ-preserving operations were performed. Conclusions. The developed algorithm for selecting the volume of surgical intervention for thyroid nodules, considering the data of the conclusion of fine-needle puncture biopsy and intraoperative express biopsy, improved the results of treatment by reducing the frequency of immediate postoperative complications from 21.2% to 2.9% and unsatisfactory results in the long-term postoperative period from 24.1% to 4.7%.

Key words: thyroid nodules, recurrent goiter, postoperative hypothyroidism.

Актуальность. В последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение числа больных с заболеваниями щитовидной железы, так по данным ВОЗ узловой зоб имеется у 7% населения земного шара, при этом частота узловых форм зоба в структуре заболеваний щитовидной железы варьирует в пределах 65-80%, а доля злокачественного поражения - 3-15%. Республика Узбекистан, в частности и Самаркандская область, являются эндемическим регионом по зобу, несмотря на проводимые меры профилактики йододефицита. [5, 7, 8, 10, 11, 12].

Лечение УОЩЖ являются сложной хирургической проблемой. Достаточно высокая частота послеоперационных осложнений и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15-44%), развитие рака ЩЖ (7-16%), послеоперационный гипотиреоз (25 – 63%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики [1, 3, 6, 9, 13, 14].

Главным фактором, провоцирующим осложнения по мнению ряда авторов, является неадекватно выполненное оперативное

пособие, другие авторы указывают на морфологическую структуру узлового образования и зобные изменения перинодулярной ткани. Отсутствие единой точки зрения на факторы, определяющие риск послеоперационных осложнений при УОЩЖ послужило основанием для проведения данного исследования. [1, 2, 4, 9, 14].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных узловыми образованиями щитовидной железы доброкачественного генеза путем разработки дифференцированного подхода к выбору объема операции.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили результаты хирургического лечения 368 больных с УОЩЖ оперированных в период 2005-2018 гг. в 1 клинике Самаркандского медицинского университета. Возраст больных на момент выполнения операции был от 18 до 77 лет (средний возраст 49,4+11,8 лет), женщины – 291 (79,1%), мужчины – 77 (20,9%) (таблица 1).

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту и полу в исследуемых группах (n=368).

| Пациенты | | Исследуемые группы | | | Всего |
|----------|---------|--------------------|------------------|-------------|-------|
| пол | возраст | Основная группа | Группа сравнения | | |
| | | | 1-подгруппа | 2-подгруппа | |
| Муж. | 16-20 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| | 21-40 | 5 | 9 | 7 | 21 |
| | 41-60 | 12 | 17 | 15 | 44 |

| | | | | | |
|-------|-------------|-----|-----|-----|-----|
| | 61-75 | 2 | 4 | 1 | 7 |
| | 76 и старше | 1 | - | - | 1 |
| Жен. | 16-20 | 3 | 2 | 4 | 9 |
| | 21-40 | 38 | 27 | 21 | 86 |
| | 41-60 | 62 | 51 | 49 | 162 |
| | 61-75 | 12 | 14 | 3 | 29 |
| | 76 и старше | 2 | 1 | 2 | 5 |
| Всего | | 138 | 127 | 103 | 368 |

Больные условно разделены на 2 группы: группа сравнения - 230 больных, оперированных в период с 2005 – 2013 гг. и основная группа - 138 больных оперированных в 2014-2018гг. Больные

группы сравнения также условно разделены на 2 подгруппы: 1 подгруппу составили больные оперированные 2005-2009 гг., 2 подгруппу - оперированные 2010-2013 гг. (таблица 2).

Таблица 2.

Выполненные операции при УОЩЖ

| Вид оперативного вмешательства | Количество проведенных операций | | | |
|---|---------------------------------|------------------|-------------|------------|
| | Основная группа | Группа сравнения | | Всего |
| | | 1 подгруппа | 2 подгруппа | |
| Тиреоидэктомия | 10 | 4 | 15 | 29(7,9%) |
| Субтотальная резекция ЩЖ | 54 | 23 | 62 | 139(37,8%) |
| Гемитиреоидэктомия с частичной резекцией другой доли ЩЖ | 23 | 18 | 9 | 50(13,6%) |
| Гемитиреоидэктомия | 37 | 51 | 12 | 100(27,1%) |
| Частичная резекция щитовидной железы | 14 | 31 | 5 | 50(13,6%) |
| Всего | 138 | 127 | 103 | 368(100%) |

Инструментальные методы исследования включали: - УЗИ щитовидной железы и лимфатических узлов шеи (выполнено всем 368 больным); -рентгенография органов грудной полости при наличии клинических проявлений компрессии органов шеи и

средостения которая дополнялась томографией шеи и средостения (выполнены по показаниям 35 больным); -сцинтиграфия щитовидной железы (по показаниям проведены 19 пациентам) (рис. 1).



Рис. 1. Инструментальные методы диагностики УОЩЖ: УЗИ щитовидной железы (А), Компьютерная томография области шеи (В), радионуклидное сканирование щитовидной железы (С).

Степень увеличения щитовидной железы оценивали по классификации Николаева О.В. на основании данных УЗИ и пальпации щитовидной железы. У 94 (25,5%) больных диагностирован узловой зоб II-III степени, у 274 (74,5%) узловой зоб IV-V степени. В соответствии с клинко-морфологической формой узловой зоб выявлен у 160 (43,5%) больных, многоузловой зоб – у 196 (53,3%), и у 12 (3,3%) больных – аутоиммунный тиреоидит.

Морфологические исследования тканей щитовидной железы включали: -тонкоигольную аспирационную биопсию на дооперационном этапе (выполнена 368 больным); - срочная интраоперационная экспресс биопсия (произведена по показаниям 89 пациентам); - плановое гистологическое исследование удаленных тканей щитовидной железы (произведено у всех прооперированных 368 больных) (рис. 2).

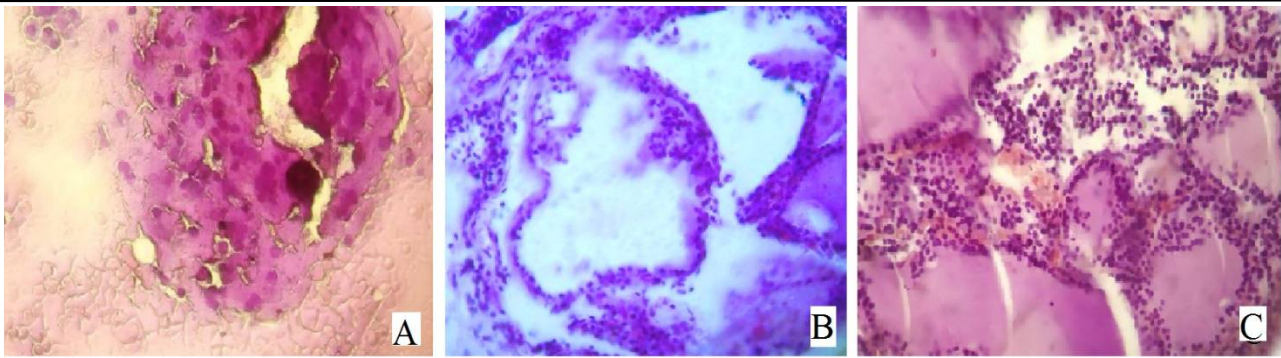


Рис 2. Морфологические методы исследования УОЩЖ: тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия (А), интраоперационная экспресс биопсия (В), послеоперационное гистологическое исследование (С).

По данным гистологических исследований узловой кистозно-коллоидный зоб с разной степенью пролиферации констатирован у 95(25,8%), узловой кистозно-коллоидный зоб с очагами аденоматоза – 98(26,6%), сочетание различных видов аденом с многоузловым коллоидным зобом с разной степенью пролиферации – 100(27,2%) и различные виды первично-множественных аденом у 75(20,4%) больных с УОЩЖ.

По данным нашего исследования в морфологической диагностике УОЩЖ информативность ТПАБ составила 91,8%, экспресс биопсии – 98,1%, сочетание этих методов повысила информативность до 99,2%. Внедрение в клиническую практику вышеуказанных методов морфологической диагностики изменений нодулярной и перинодулярной ткани щитовидной железы, больным с УОЩЖ, позволило выбрать оптимальный объем хирургического вмешательства.

В нашем исследовании больным с УОЩЖ проведены следующие операции: - тиреоидэктомия 47(12,8%); - предельно субтотальная резекция ЩЖ 39(10,6%); - гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли 53(14,4%); - субтотальная резекция щитовидной железы 95(25,8%); - гемитиреоидэктомия 80(21,7%); - частичная резекция щитовидной железы 54(14,7%).

Результаты. В выборе объема операции в хирургическом лечении 127 больных с УОЩЖ в 1 подгруппе группы сравнения (2005-2009 гг.) мы придерживались принципа органосохранности. В основном выполнены субтотальная резекция ЩЖ (44), гемитиреоидэктомия (29) и частичная резекция ЩЖ (36). 51,2% составили органосохранные операции (гемитиреоидэктомия и частичная резекция ЩЖ), радикальные операции выполнены у 14,2% больных (тиреоидэктомия – 4, предельно субтотальная резекция ЩЖ – 3, гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли – 11).

При весьма благоприятных результатах лечения в этой группе больных – нивелирование в ближайшем послеоперационном

периоде - таких осложнений как парез гортанных нервов, кровотечение, гипопаратиреоз и гипотиреоз -, значительно возросло число рецидива УОЩЖ, что составило 26,4%. При чем частота этого осложнения после гемитиреоидэктомии составила 28,6%, а после частичной резекция 55,6%.

Ретроспективный анализ результатов операций в зависимости от данных гистологических исследований показало, что основной причиной рецидива УОЩЖ явились узловой кистозно-коллоидный зоб с очагами аденоматоза (63,6%) и сочетание различных видов аденом с многоузловым коллоидным зобом с разной степенью пролиферации (22,3%) при которых выполнены органосохранные операции.

Высокая частота рецидива УОЩЖ явилось основанием для пересмотра хирургической тактики выбора объема операции у 103 больных 2 подгруппы группы сравнения (2010-2013 гг.) в сторону расширения показаний к выполнению радикальных операций. В 51,4% случаев этим больным выполнены радикальные операции: - тиреоидэктомия (14); - предельно субтотальная резекция ЩЖ (18); - гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли (21). Органосохранные операции выполнены в 24,3% наблюдений: - гемитиреоидэктомия (19); - частичная резекция ЩЖ (6). Субтотальная резекция ЩЖ выполнена 25 больным.

Выполнение радикальных операций в этой подгруппе больных при УОЩЖ значительно уменьшило частоту развития рецидива (8%) в отдаленном периоде, однако заметно увеличилось число специфичных интраоперационных осложнений и осложнений в ближайшем послеоперационном периоде как кровотечение, парез и повреждение гортанных нервов, гипопаратиреоз. В отдаленном периоде гипотиреоз выявлен у 24% оперированных больных, причем в 90% после тиреоидэктомии, в 46,1% - субтотальной резекции щитовидной железы (рис. 3).

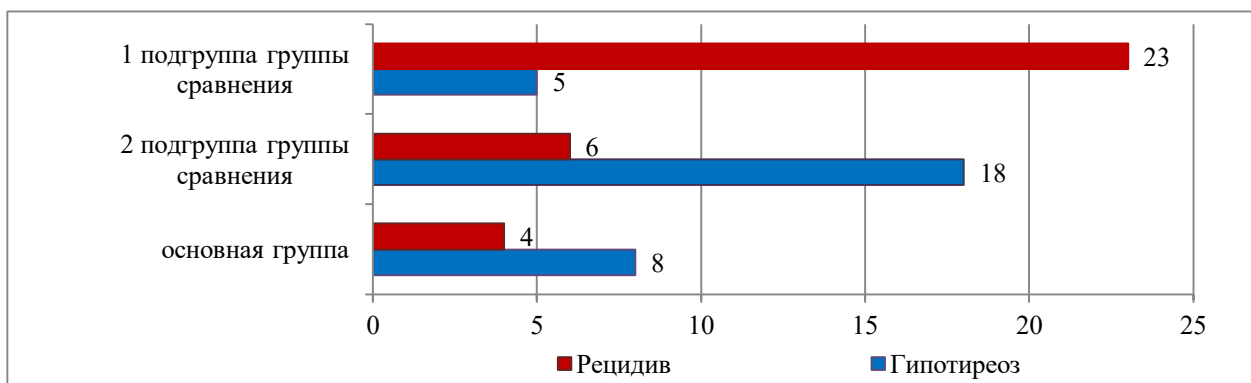


Рис. 3. Частота встречаемости неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде.

Высокий процент неудовлетворительных результатов лечения в группе сравнения связываем с тем, что в недостаточной степени были учтены факторы, определяющие выбор объема операции в зависимости от гистологической структуры ЩЖ. Исходя из этого

в основной группе больных с УОЩЖ (138 оперированных в период 2014-2018гг.) выбор хирургической тактики дифференцировался в зависимости от результатов пред – и интраоперационного морфологического исследования тканей ЩЖ

(ТПАБ и экспресс-биопсия). В соответствии с разработанной балльной системой выбора способа операции УОЩЖ рекомендуется: - до 9 баллов – выполнение гемитиреоидэктомии или частичная резекция щитовидной железы (при пункционной и экспресс-биопсии выявлены небольшие узловые образования щитовидной железы без пролиферативных клеток); - от 10 до 12

баллов с УОЩЖ - субтотальная резекция ЩЖ; - более 12 баллов - тотальная тиреоидэктомия, предельно субтотальная резекция ЩЖ или гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли (при пункционной и экспресс-биопсии имелись очаги аденоматоза или разной степени пролиферации ткани ЩЖ) (таблица 3).

Таблица 3.

Балльная система выбора способа лечения узловых образований щитовидной железы.

| № | Факторы влияющие на выбор лечения | Характеристика факторов | Баллы |
|---|--|---|-------|
| 1 | Степень увеличения щитовидной железы по Николаеву О.В. | I | 0 |
| | | II | 1 |
| | | III | 2 |
| | | IV | 3 |
| | | V | 4 |
| 2 | Цитологическое заключение | Различные виды первично-множественных аденом | 1 |
| | | Узловой кистозно-коллоидный зоб с разной степенью пролиферации | 2 |
| | | Сочетание различных видов аденом с многоузловым коллоидным зобом с разной степенью пролиферации | 3 |
| | | Узловой кистозно-коллоидный зоб с очагами аденоматоза | 4 |
| 3 | Локализация узла щитовидной железы | В одной доле | 0 |
| | | В обеих долях | 1 |
| 4 | Тиреоидный статус щитовидной железы | Гипотиреоз | 0 |
| | | Эутиреоз | 1 |
| | | Гипертиреоз | 2 |
| 5 | Воспаление щитовидной железы | Есть | 0 |
| | | Нет | 1 |
| 6 | Сопутствующая патология жизненно важных органов | Есть | 0 |
| | | Нет | 1 |

В соответствии с предложенной программой выполнены радикальные операции с возможно предельным удалением ЩЖ (тиреоидэктомия – 29, предельно субтотальная резекция ЩЖ – 18, гемитиреоидэктомия с субтотальной резекцией другой доли – 21),

что составило 49,3%. Органосохраняющие операции (гемитиреоидэктомия – 32, частичная резекция ЩЖ – 12) выполнены 31,9% больным. Субтотальная резекция ЩЖ выполнена 26 больным (рис. 4).



Рис 4. Гемитиреоидэктомия: макропрепарат удаленного узла вместе с левой долей щитовидной железы (А), косметический шов на кожу после завершения операции (В).

Выводы. Разработанный алгоритм выбора объема хирургического вмешательства при УОЩЖ, с учетом данных заключения ТПАБ и/или экспресс-биопсии позволил улучшить результаты лечения снижением частоты ближайших послеоперационных осложнений с 22,3% до 2,9% и неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде с 24,1% до 4,7%. Так рецидив УОЩЖ

в основной группе больных составил 1,9%, послеоперационный гипотиреоз - 3,8%, а частота специфичных осложнений как интраоперационное кровотечение составило 1,4%, в ближайшем послеоперационном периоде транзиторный парез возвратного гортанного нерва и транзиторный гипопаратиреоз наблюдались в 2,9% и 0,7% соответственно.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Абдулхабирова Ф.М., Ванушко В.Э., Солдатова Т.В., Трошина Е.А. Узловой зоб // Методическое пособие. Consilium medicum, 2019.-N 12.-С.23-30.
2. Александров Ю.К. Пересмотр показаний для биопсии узлов щитовидной железы / Ю. К. Александров, Е. Д. Сергеева, А. Н. Сенча // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2015. – № 1. – С. 23–27.
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.
4. Бабажанов А.С. и др. Профилактика гипотиреоза в послеоперационном периоде у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Проблемы биологии и медицины, 2017. № 2. С. 25-29.
5. Гостимский А.В. Особенности диагностики и хирургического лечения узловых новообразований щитовидной железы у детей //Актуальные проблемы эндокринной хирургии. – 2018. – С. 50-55.
6. Зубов А.Д., Сенченко О.В. Алгоритмы обследования больных с узловыми образованиями щитовидной железы: современное состояние вопроса и собственный опыт // Кубанский научный медицинский вестник. 2016 №5 стр. 61-67.
7. 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.
8. 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, vol. 12 № 6, 2019, стр. 28-33.
9. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф. Анализ результатов хирургического лечения больных узловым зобом //Медицинский журнал Узбекистана. – 2018. – №. 6. – С. 47-50.
10. Пастернак И.А., Казачков Е.Л., Пастернак А.Е. Узловой коллоидный зоб: клинические и морфологические особенности в детском возрасте //Вятский медицинский вестник. – 2019. – №. 4 (64).
11. Фролова Е.В. и др. Дифференцированная тактика ведения больных с узловым зобом //Харизма моей хирургии. – 2018. – С. 475-478.
12. 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.
13. Yoo W.S. The role of ultrasound findings in the management of thyroid nodules with atypia or follicular lesions of undetermined significance / W.S. Yoo, H.S. Choi, S.W. Cho [et al.] // Clinical Endocrinology (Oxf.). – 2014. – Vol. 80. – P. 735–742.
14. Yusupov S.A., Kurbaniyazov Z.B., Zayniev A.F. Вузлові утворення щитоподібної залози. стан проблеми (огляд літератури) //Вісник наукових досліджень. – 2018. – №. 1.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 4

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 4

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000