

УДК: 616.441-006.6-07.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мансуров Шохрух Шухратович, Касымов Адхам Лутфуллаевич, Касымов Носир Адхамович, Уринов Фаррух Анварович
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИАГНОСТИКА ВА ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШГА КОМПЛЕКС ЁНДАШУВЛАР

Мансуров Шохрух Шухратович, Қосимов Адхам Лутфуллаевич, Қосимов Носир Адхамович, Уринов Фаррух Анварович
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

INTEGRATED APPROACH TO DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF THYROID DISEASES

Mansurov Shohruh Shukhratovich, Kasymov Adkham Lutfullaevich, Kasymov Nosir Adkhamovich, Urinov Farrukh Anvarovich
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Ушбу илмий мақолада муаллифлар қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилинди. Юқори информацион тадқиқот усулларидан (ултратовуш, КТ, гормонлар даражаси) кенг кўламли операциядан олдинги тайёргарлик ва операциядан кейинги даволаш билан биргаликда ўз вақтида ташхис қўйиш натижасида операциядан кейинги эрта асоратларни 9,4% дан 4,2% гача камайтиришга эришилди.

Калит сўзлар: буқоқ, диагностика, ультратовуш, КТ, гормонал текширувлар, операциядан олдинги тайёргарлик, операциядан кейинги даволаш, жарроҳлик даволаш усули.

Abstract. In this scientific article, the authors analyzed the results of surgical treatment of patients with thyroid diseases. As a result of timely diagnosis using highly informative research methods (ultrasound, CT, hormone levels) in combination with comprehensive preoperative preparation and postoperative management, it was possible to reduce early postoperative complications from 9.4% to 4.2%.

Key words: goiter, diagnostics, ultrasound, CT, hormonal studies, preoperative preparation, postoperative management, surgical treatment.

Актуальность. Несмотря на накопленный опыт хирургии ЩЖ, профилактика интра- и послеоперационных осложнений еще остается не до конца решенной проблемой [1, 5, 7, 9]. Интра- и послеоперационные осложнения при хирургическом лечении заболеваний ЩЖ, даже в специализированных стационарах, колеблются от 3 до 20% [2, 7, 8, 10]. В связи с этим существует явная потребность в разработке и внедрении единых, наиболее оптимальных профилактических мероприятий, направленных на снижение интра- и послеоперационных осложнений [3, 4, 6].

Таким образом, многие вопросы эффективной диагностики, хирургического лечения и профилактики интра- и послеоперационных осложнений продолжают оставаться дискуссионными и требующими своего решения. В связи с вышеизложенным, представляется актуальным дальнейший поиск и разработка новых путей улучшения результатов хирургического лечения заболеваний ЩЖ.

Цель исследования: оптимизировать диагностику и улучшить результаты хирургического лечения больных с заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов обследования 139 больных с заболеваниями ЩЖ, находившихся на стационарном лечении с 2017 по 2022г.г. в хирургических клиниках и на базе кафедры общей хирургии Андижанского государственного медицинского института. Для объективной оценки результатов хирургического лечения заболеваний ЩЖ все пациенты были разделены на две группы. В I основную группу, вошли 71 больных, пролеченных в период с 2019 по 2021г.г. с применением современных подходов к диагностике и предоперационному и послеоперационному ведению, а также операции из минидоступа.

Среди 71 больных I группы 44 пациентов находились с диагнозом эутиреоидный, узловой или многоузловой зоб (26 пациентов с эутиреоидным зобом; 10 - с токсическим зобом; 8 - с узловой формой АИТ); 27 пациентов - с ДТЗ.

Во II контрольную группу включены 68 больных, находившихся под наблюдением в период с 2017 по 2019 г.г., которым выполняли традиционные методы предоперационной подготовки и хирургические вмешательства. Из них, 43 пациента имели эутиреоидный узловой и многоузловой зоб (25 пациентов - эутиреоидный зоб; 9 - токсический зоб; 9 - узловую форму ХАИТ); 25 пациентов страдали ДТЗ. Распределение пациентов по полу и возрасту представлены в таблице 1.

И в I и в II группах преимущественно составили женщины (80,5% и 80,9%, соответственно), что соответствует распределению заболевания среди населения и отражает важную социально-экономическую значимость проблемы. Возраст больных колебался от 20 до 70 лет. Из числа пролеченных пациентов мужчин было 27 (19,42%), женщин - 112(80,58%).

Таблица 1. Распределение пациентов по полу

Пол	I группа (основная)		II группа (контрольная)		Всего	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Женщины	57	80,5	55	80,9	112	80,58
Мужчины	14	19,5	13	19,1	27	19,42
Итого	71	100	68	100	139	100

Длительность заболевания до операции варьировала от 1 года до 12 лет. Среди сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистую патологию имели 35,7% пациентов I и 35% II группы, хронические заболевания органов брюшной полости имели (23,8% и 25%), хронические заболевания органов малого таза (16,7% и 17,5%) и значительно реже (13,4% и 9,7%) встречались болезни органов дыхания и сахарный диабет.

В комплексное обследование пациентов входили УЗИ, КТ, гормональные исследования, ЭКГ, рентгенография и лабораторные исследования.

Уровень гормонов в крови пациентов определялся радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов реактивов (Андижанского областного диагностического центра).

Таким образом, диагностические комплексы формировались из наиболее информативных инструментальных методов исследования: рентгенологическим, ультразвуковым или компьютерной томографией.

Уровень Т4 св, Т3 св, ТТГ в I группе в среднем составил 1,9нг/мл, 4,1пг/мл и 0,3мкМЕ/мл, а в II группе - 1,9нг/мл, 4,2пг/мл и 0,2мкМЕ/мл соответственно. За норму принимались следующие значения гормонов: Т3св 1,8- 4,2нг/дл; Т4св0,8-1,9нг/дл; ТТГ 0.4 - 4 мкМЕ/мл.

Таким образом, в I группе больных было 70% пациентов со средней степенью тяжести тиреотоксикоза и 30% с тяжелой степенью тиреотоксикоза, а в II соответственно 73,3% и 26,7%.

Результаты и их обсуждение. При УЗИ ЩЖ экзоструктура тиреоидной ткани мелко- крупнозернистая, выявлялись очаговые изменения в виде гиповаскуляризации или смешанной васкуляризации, фиброза, образования узлов или кистозной дегенерации. По экзоструктуре аденома была солидной или солидно-кистозной опухолью (рис. 1).

При диффузно-узловом зобе определялись диффузные изменения в виде смешанной васкуляризации или гиповаскуляризации и, как следствие нарушений микроциркуляции, - либо расширение тиреоидных фолликулов, либо кистозная дегенерация (рис. 2).

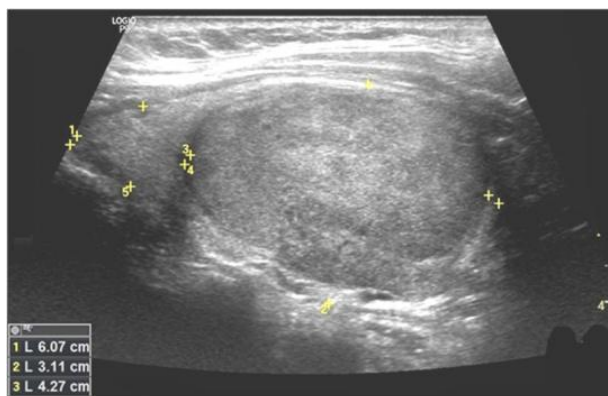


Рис. 1. УЗИ - картина фолликулярной аденомы

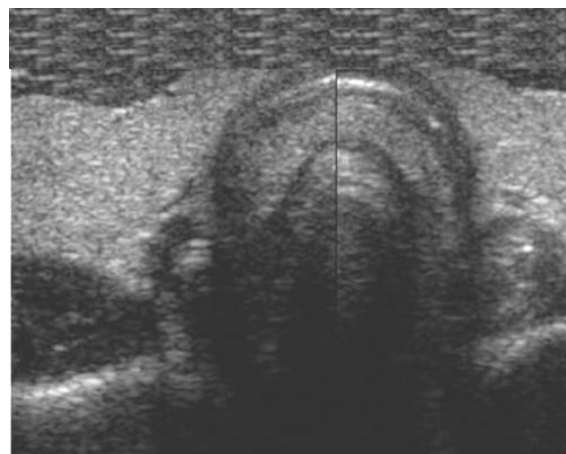
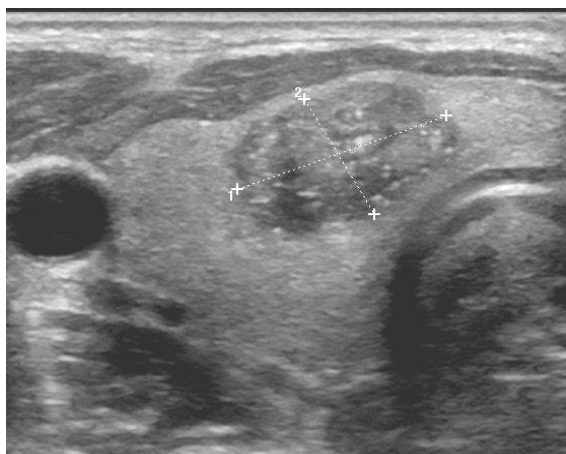


Рис. 2. УЗИ диагностика при узловом и диффузном зобе

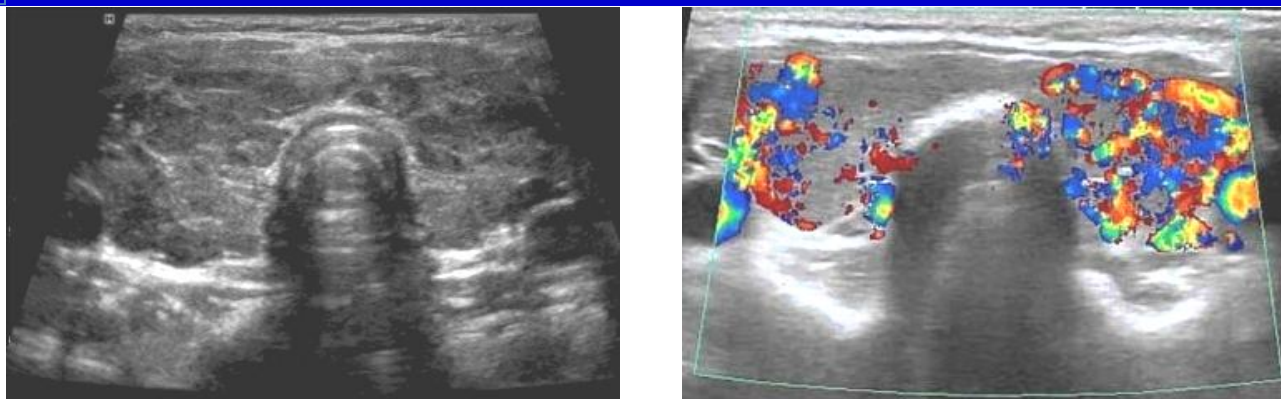


Рис. 3. УЗ - картина диффузно-узлового зоба

При узловых формах зоба обычно определялись солидное или смешанное узловое или объемное образование, состоящее из трех и более узлов. Контуры образования были неровными, границы - нечеткими. От его неоднородной эхоструктуры визуализировались упорядоченные или беспорядочные отражения различной и пониженной эхогенности. Эхоструктура узлов при аденоматозе была более однородной, с упорядоченными отражениями пониженной эхогенности.

При диффузно - узловом зобе нередко определялись неправильные, повышенной эхогенности кальцинаты, с феноменом "затухания" УЗ волн.

Основной задачей нашего исследования являлось улучшение результатов хирургического лечения пациентов с заболеваниями ЩЖ путем применения комплексного подхода к диагностике, предоперационной подготовке и послеоперационному ведению. Для успешно выполнения вмешательства на ЩЖ был разработан комплекс мероприятий включающие тщательную предоперационную подготовку и послеоперационное ведение.

В зависимости от конкретной нозологической формы, а также сопутствующих заболеваний и возраста пациента, мы предусматривали в период предоперационной подготовки в I группе из следующих позиций достижение эутиреоидного состояния, нормализацию кальциевого и углеводного обмена, нормализацию показателей функции внутренних органов при сопутствующих заболеваниях и осложнениях, обусловленных основным заболеванием.

Осуществлялась консультация смежных специалистов эндокринолога, терапевта, кардиолога и невропатолога.

Предоперационная подготовка больных токсическим зобом у наших исследуемых больных, как правило, требовало комплексной подготовки, которая включало снятие тиреотоксикоза и нормализацию гормонального фона до уровня эутиреоза, устранение тахикардии с нормализацией сердечного ритма и других клинических показателей деятельности сердечно-сосудистой системы, восстановление основных показателей функционального состояния печени и поджелудочной железы;

Программа предоперационной подготовки обычно включала 7-10 сеансов инфузионной терапии, состоявшей из 400 мл 0,9% хлорида натрия, 400 мл 5% раствора глюкозы с 4 ЕД инсулина, коргликона и витаминов С, В1, В12, 10-15 мг преднизолона, с учетом гормональных изменений использовали также препараты йода - раствор Люголя и монотерапию мерказолилом, начиная с максимальных доз 40 мг/сут.

Под контролем кардиолога применялись антиаритмические, гипотензивные, кардиометаболические средства.

Всем больным с рецидивным зобом в комплексе предоперационной подготовки рекомендовалась диета, обогащенная кальцием, витамином D, а за неделю до операции назначались препараты кальция.

Комплексная терапия при угрозе тиреотоксического криза, как правило, включало ряд препаратов: глюкокортикоиды, монотерапия мерказолилом начиная с максимальных доз 40 мг/сут. с постепенным снижением до поддерживающих (20—30 мг/сут.) и полной его отменой за 3-4 дня до операции для предупреждения повышенной кровоточивости тканей, седативная терапия, использовали также препараты йода — раствор Люголя (30—40 капель 3—4 раза в сутки) в течение 3-5 дней в зависимости от степени тяжести зоба. Следовательно, тщательная предоперационная подготовка с учетом гормональных изменений позволяло избежать осложнений в послеоперационном периоде.

Оперативные вмешательства на ЩЖ выполнялись в обеих группах традиционными хирургическими методами, но в I группе пациентов с применением подходов к диагностике и тщательной предоперационной подготовкой (операции из минидоступа). Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом (ЭТН), который обладает несомненными преимуществами перед другими методами обезболивания. Использовался стандартный доступ к ЩЖ.

Мини доступ обычно выполнялось с разрезом кожи не более 5,0 см, при этом он располагается несколько выше, чем при традиционной тиреоидэктомии на 1,5 - 2,0 см. Открытая диссекция тканей проводилась вплоть до выделения верхнего полюса доли ЩЖ. Для подтягивания удаляемой части ЩЖ использовали нити-держалки с марлевым шариком. Выполнялось экстра- или субфасциальное выделение удаляемого участка, затем отсечение ткани на зажимах. Выделение железы начиналось с наиболее подвижного отдела доли. При больших зобах применялся «принцип раскачивания», при этом удаляемая часть ткани подтягивалась в рану. Далее ход операции определялся объемом оперативного вмешательства.

В таблице 2 дана сравнительная характеристика I и II групп по выполненному объему оперативного вмешательства. Субтотальная резекция доли произведена 20 (28,1%) пациентам в I группе и 19 (27,9%) во II группе, субтотальная

резекция ЩЖ 10 (14,2%) и 28 (41,2%), гемитиреоидэктомия 8 (11,3%) и 6 (8,9%), гемитиреоидэктомия с резекцией доли 3 (4,2%) и 3 (4,4%), тиреоидэктомия у 30 (42,2%) и 12(17,6%) соответственно.

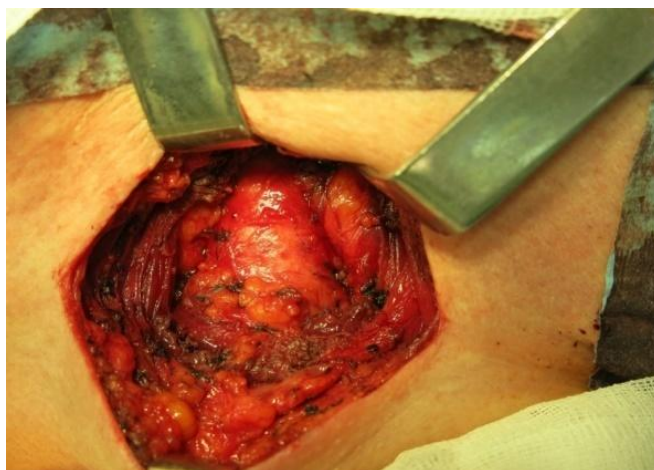


Рис. 4. Доступ к щитовидной железе

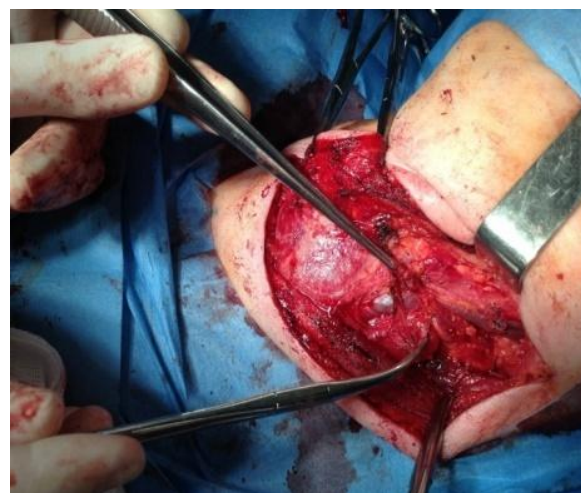


Рис. 5. Доступ и этап мобилизации

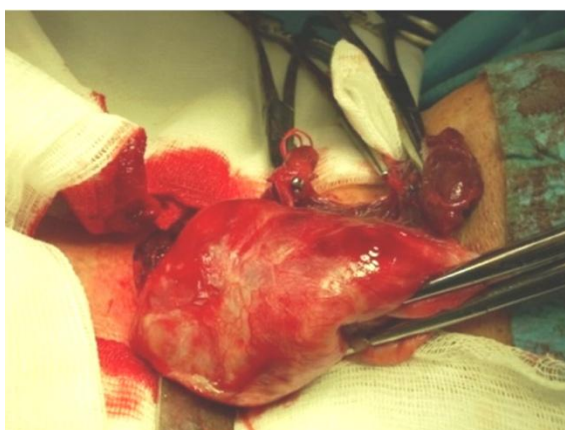


Рис. 6. Этапы операции гемиструмэктомии

Таблица 2. Характер выполненных операций в I и II группе больных

Название операции	I группа		II группа		Итого	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Субтотальная резекция доли	20	28,1	19	27,9	39	28,1
Гемитиреоидэктомия	8	11,3	6	8,9	14	10,1
Гемитиреоидэктомия с резекцией доли	3	4,2	3	4,4	6	4,3
Субтотальная резекция щитовидной железы	10	14,2	28	41,2	38	27,3
Тиреоидэктомия	30	42,2	12	17,6	42	30,2
Всего	71	100	68	100	139	100

Таблица 3. Косметический результат операций на щитовидной железе в I и II группе больных

Оценка результата операции	I группа		II группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Отличный результат	54	76	19	28
Хороший результат	14	19,7	34	50
Удовлетворительный результат	3	4,3	14	20,5
Неудовлетворительный результат	0	0	1	1,5
Всего	71	100	68	100

Таким образом, проведенный сравнительный анализ объемов оперативных вмешательств показывает преимущества комплексного использования современных методик обследования при операциях в I группе, что позволило увеличить количество радикальных операций (гемитиреоидэктомий и тиреоидэктомий) при различных заболеваниях ЩЖ. Результаты оперативного лечения пациентов с заболеваниями ЩЖ оценивались по следующим параметрам: дренирование послеоперационной раны, осложнения, стационарный койко-день после операции и косметический эффект. Осложнения, непосредственно связанные с хирургическим вмешательством в контрольной группе наблюдались у 13 (9,4%) пациентов. Из них следует отметить: кровотечения, потребовавшие повторного оперативного вмешательства - у 1 (0,7%) пациента, односторонний парез возвратного гортанного нерва с временным нарушением фонации - у 1 (0,7%) пациентов, транзиторный гипопаратиреоз - у 5 (3,6%) пациентов, воспалительные реакции со стороны послеоперационной раны - у 6 (4,3%) пациентов, летальных исходов не было. В основной группе больных ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 3 больных. У 1 (1,4%) пациента транзиторный гипопаратиреоз, воспалительные реакции со стороны послеоперационной раны - у 2 (2,8%) пациентов, летальных исходов не было. Косметический результат оперативного лечения представлен в таблице 3. Как видно из таблицы 3., в I группе максимальное количество операций имели отличный косметический результат - 54 (76 %) пациентов, во II группе было 19 (28 %), хороший косметический результат операции - 14 (19,7%) и 34 (50%), удовлетворительный - 3 (4,3%) и 14 (20,5%), неудовлетворительный результат - 0 (0%) и 1 (1,5%) случаях. Таким образом, основными оценочными критериями были наличие послеоперационных осложнений как непосредственно после операции, так и отдаленных, длительность пребывания в стационаре, удовлетворенность косметическим результатом оперативного вмешательства.

Выводы: 1. Методика определения ряда ультразвуковых признаков позволяло оптимизировать диагностику заболеваний щитовидной железы на ранней стадии, при этом ее чувствительность составляет 73%, специфичность - 94,2%, диагностическая точность - 89,8%. 2. Своевременная комплексная диагностика с гормональными исследованиями, с помощью которых оценивалось функциональное состояние ЩЖ, а также тщательная индивидуальная предоперационная подготовка и послеоперационное ведение позволили сократить ранние послеоперационные осложнения с 9,4% до 4,2%.

Литература:

1. Агафонов Г. М. Определение объема послеоперационной кровопотери у больных с заболеваниями щитовидной железы «Студенческая наука – 2020»
2. Бабаджанов А. С. Тактика хирургического лечения больных при диффузотоксическом зобе : научное издание / А. С. Бабаджанов // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2014. - Том 63 N3. - С. 140
3. Выбор объема операции у больных диффузным токсическим зобом : научное издание / А. Н. Вачев [и др.] // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - М., 2016. - N8. - С. 13-17
4. Галимова А. И. Проблема рецидивных заболеваний ЩЖ // Modern Science. - 2020. - № 5-1. - С. 242-246.
5. Диагностика и хирургическое лечение узловых образований щитовидной железы : научное издание / М. К. Кабулов [и др.] // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2018. - N1. - С. 73-75.
6. Исмаилов С. И. Оценка эффективности хирургического метода лечения узлового зоба : научное издание / С. И. Исмаилов, М. М. Каримова // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2016. - N2. - С. 46-50.
7. Курбаниязов З.Б. и др. Результаты хирургического лечения узлового зоба : научное издание // Вестник Ташкентской Медицинской Академии - Ташкент: Ташкентская Медицинская Академия. - 2019. - N 4. - С. 84-87
8. Применение современных технологий в хирургии щитовидной железы. Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции. Под общей редакцией Е.П. Ткачевой. - 2018. - С. 99-103.
9. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с заболеваниями щитовидной железы : научное издание // Вестник Ташкентской Медицинской Академии - Ташкент: - 2021. - N 1. - С. 172-175
10. Рамазанова А. Р. Тиреоидэктомия при диффузно-узловом токсическом зобе - описание случая/А. Р. Рамазанова, С. Н. Стяжкина//Форум молодых ученых. - 2018. - № 11-2 (27). - С. 481-485.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мансуров Ш.Ш., Касымов А.Л., Касымов Н.А., Уринов Ф.А.

Резюме. В данной научной статье авторами анализированы результаты хирургического лечения больных с заболеваниями щитовидной железы. В результате своевременной диагностики с применением высокоинформативных методов исследования (УЗИ, КТ, уровень гормонов) в сочетании с комплексной предоперационной подготовки и послеоперационного ведения удалось снизить ранние послеоперационные осложнения с 9,4% до 4,2%.

Ключевые слова: зоб, диагностика, УЗИ, КТ, гормональные исследования, предоперационная подготовка, послеоперационное ведение, хирургическое лечение.