

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Зайниев Алишер Фаридунович  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ХАВФСИЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Зайниев Алишер Фаридунович  
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF BENIGN THYROID DISEASES

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Zainiev Alisher Faridunovich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

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

**Резюме.** Асослаш. Ҳозирги кунда тугунли бўқоқ билан беморларни жарроҳлик даволаш долзарб муаммолигича қолмоқда. Бу, биринчи гада операциядан кейинги даврда касаллик қайталаниши билан боғлиқ. Тугунли бўқоқда операциядан кейинги қайталаниши хавфини аниқ белгиловчи омилларга бўлган қарашларнинг хилма – хиллиги ушбу тадқиқотни юритишга асос бўлди. Тадқиқотнинг мақсади. Қалқонсимон без тугунли ҳосилаларининг қайталанишига таъсир кўрсатувчи омилларни аниқлаш. Тадқиқот материали. Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси жарроҳлик бўлимида тугунли бўқоқ билан операция ўтказган 368 нафар беморларнинг узоқ муддатли жарроҳлик даволаш натижалари ўрганилди. Барча операция ўтказган беморлар ёд этишмовчилик зонаси бўлган Самарқанд вилоятининг фуқароларидир. Операция ўтказилган вақтда беморларнинг ёши 14 ёшдан 72 ёшгача бўлиб, ўртача ёш  $35,4 \pm 6,9$  ёшни ташкил этди. Улар орасида аёллар – 291 (79,1%), эркеклар – 77 (20,9%) нафар бўлди. Натижалар. Ёд этишмовчилик регионида яшовчи халқлардаги тугунли бўқоқнинг жарроҳлик даволашдан кейинги узоқ муддатли натижаларни ўрганиши асосида беморлардаги қайталаниши частотаси операциядан кейинги кузатув давомийлигига, тугунли ҳосилаларнинг морфологик тугулишига, ҳамда ўтказилган операция ҳажмига боғлиқ эканлиги аниқланди.

**Калим сўзлар:** қалқонсимон без хавфсиз касалликлари, тиреоидэктомия, қайталаниши, йодтанқислик.

**Abstract.** Rationale. Currently, the problem of surgical treatment of patients with nodular goiter remains one of the most urgent. This is primarily due to the development of relapses in the postoperative period. The lack of a unified point of view on the factors determining the risk of postoperative relapses in nodular goiter served as the basis for the study. The purpose. Determination of factors affecting the frequency of recurrence of thyroid nodules. Material. Long-term results of surgical treatment were studied in 368 patients with nodular goiter operated in the surgical department of the multidisciplinary clinic of SamSMU. All operated patients are residents of the Samarkand region, which is an iodine-deficient region. The age of the patients at the time of the operation was from 14 to 72 years, the average age was  $35.4 \pm 6.9$  years. Among them there are 291 women (79.1%), 77 men (20.9%). Results. Based on the study of the long-term results of surgical treatment of nodular goiter in residents living in an iodine-deficient region, it was found that the frequency of relapses in this category of patients depends on the duration of follow-up in the postoperative period, the morphological structure of nodular formations and the volume of surgical intervention.

**Key words:** benign thyroid diseases, thyroidectomy, relapse, iodine deficiency.

**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. 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 радикаль-

ных 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.

**Таблица 1.** Клиническая форма и степень увеличения щитовидной железы по Николаеву О.В.

Клинические формы	Исследуемые группы												Всего (n=368)
	Основная группа	Группа сравнения											
		1-подгруппа				2-подгруппа							
	Степень увеличения щитовидной железы												
	II	III	IV	V	II	III	IV	V	II	III	IV	V	
Узловой зоб	-	13	49	4	1	10	37	3	-	13	29	1	160
Многоузловой зоб	-	19	42	7	-	16	51	3	-	17	39	2	196
Аутоиммунный тиреоидит	-	2	3	-	-	2	3	-	-	1	1	-	12

**Таблица 2.** Распределение больных узловым зобом в зависимости от объема операции

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%)

**Таблица 3.** Распределение больных с рецидивами в зависимости от морфологической формы узлового зоба

Морфологическая форма узлового зоба	n	Количество больных с рецидивами	
		абс.	относ., %
Узловой кистозно-коллоидный зоб с разной степенью пролиферации	69	4	5,8
Узловой кистозно-коллоидный зоб с очагами аденоматоза	62	16	25,8
Сочетание различных видов аденом с многоузловым коллоидным зобом с разной степенью пролиферации	80	9	11,3
Различные виды первично-множественных аденом	57	2	3,5
Итого	268	31	11,6

**Таблица 4.** Распределение больных в зависимости от первичного гистологического строения и морфологической формы рецидива

Первичное гистологическое строение	Морфологическая форма рецидива						
	УКЗ	АЩЖ	МУКЗ	УКЗ+АЩЖ	УТЗ	УКЗ+РЩЖ	РЩЖ
УКЗ(n=9)	5 (55,6%)	-	-	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)
АЩЖ(n=1)	-	1	-	-	-	-	-
УКЗ + АЩЖ(n=3)	-	-	-	2 (66,7%)	-	1 (33,3%)	-
МУКЗ(n=18)	3 (16,6%)	1 (5,6%)	8 (44,4%)	3 (16,7%)	2 (11,1%)	-	1 (5,6%)
Итого: n=31 (100%)	8 (25,8%)	2 (6,4%)	8 (25,8%)	6 (19,4%)	3 (9,8%)	2 (6,4%)	2 (6,4%)

Примечание: УКЗ – узловой коллоидный зоб, АЩЖ – аденома щитовидной железы, МУКЗ – многоузловой коллоидный зоб, УТЗ – узловой токсический зоб, РЩЖ – рак щитовидной железы

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%) (табл. 1).

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 (табл. 2).

Проанализированы отдаленные результаты у 268 (72,8%) из 368 оперированных больных по поводу УОЩЖ. Особое внимание было уделено длительности заболевания, медикаментозному лечению препаратами тиреоидных гормонов после операции. Были изучены такие показатели как объем операции, клинко – морфологические особенности заболевания, ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных узловым зобом исследованы в сроки от 1 до 12 лет. При этом судьбу 202 (75,4%) больных удалось проследить в сроки более 2-х лет, достаточных для окончательного формирования клинически значимого рецидива заболевания или гипотиреоза. Менее 2 лет наблюдалось 66 больных (24,6%). Рецидивы узлового зоба диагностированы у 31 больных (11,6%). В первые 2 года после операции рецидивов заболевания не выявлено. Через 2-5 лет из 202 больных рецидив установлен у 9 пациентов (4,4%). При последующем наблюдении через 5-7 лет из 142 больных рецидив обнаружен у 13 (9,1%), через 7-12 лет из 60 – у 9 (15,0%).

Таким образом, прослеживается четкая закономерность, что с увеличением срока наблюдения за больными в йоддефицитном регионе увеличивается количество рецидивов. Наибольшая частота рецидива установлена через 10 лет, наименьшая через 5 лет, и рецидивы отсутствовали в первые 2 года после операции.

С целью выявления влияния морфологической формы на частоту возникновения рецидива узлового зоба проведен анализ гистологических исследований первичных вмешательств (табл. 3.).

Из 69 наблюдений узловой кистозно-коллоидный зоб с разной степенью пролиферации рецидивы выявлены у 4 больных (5,8%). При сочетании различных видов аденом с многоузловым коллоидным зобом с разной степенью пролиферации из 80 больных рецидив обнаружен у 9 (11,3%). Наибольшее число рецидивов установлено при узловом кистозно-коллоидном зобе с очагами аденоматоза 16 из 62 больных (25,8%). Самая низкая частота рецидивов при раз-

личных видов первично-множественных аденом – 2 больной из 57 (3,5%).

Из 31 больных с рецидивом заболевания большинство 26 (83,9%) оперированы повторно. У остальных 5 пациентов (16,1%) показания к повторной операции не было. При ультразвуковом исследовании щитовидной железы были выявлены узлы до 1,5 см в диаметре, а при цитологическом исследовании после прицельной тонкоигольной аспирационной биопсии верифицирован узловой коллоидный зоб. Все 5 пациентов ранее оперированы по поводу узлового коллоидного зоба.

При изучении морфогенеза рецидивного зоба проведен сравнительный анализ морфологической формы рецидивного зоба с гистологической структурой узловых образований после первичных операций (табл. 4).

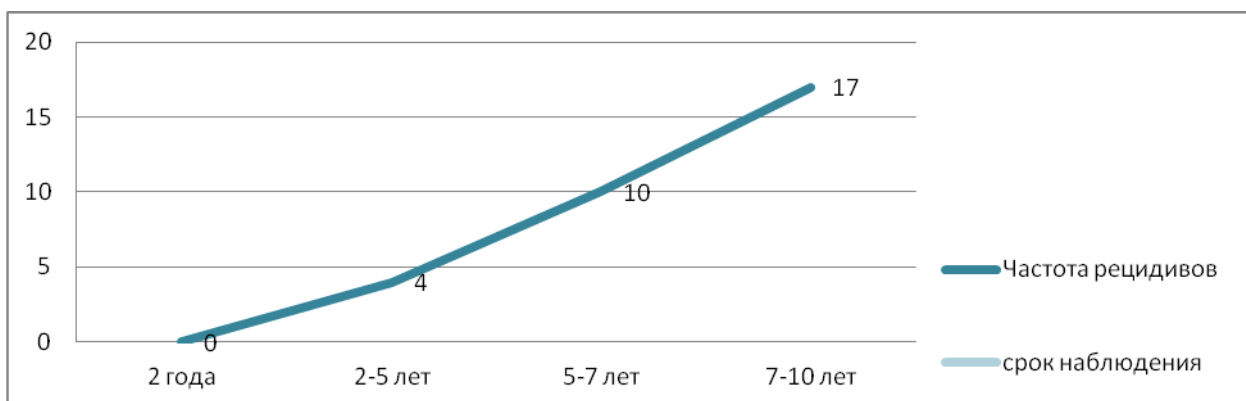
Из 9 больных, оперированных по поводу узлового коллоидного зоба, в большинстве случаев у 5 (55,6%) морфологическая структура рецидива соответствовала узловому коллоидному зобу, в 1 случае (11,1%) узловой коллоидный зоб сочетался с аденомой щитовидной железы, в 1 (11,1%) выявлена тиреотоксическая аденома и по 1 больному (11,1%) были папиллярным раком щитовидной железы и сочетанием узлового коллоидного зоба и папиллярного рака щитовидной железы. Размер злокачественных новообразований не превышал 1 см в диаметре. Рак щитовидной железы в обоих случаях локализовался в культе щитовидной железы после субтотальной резекции. У 3 больных с сочетанием узлового коллоидного зоба и аденомы щитовидной железы гистологическая структура в 2 случаях совпадала с результатами первичного гистологического исследования. У 1 больного выявили сочетание узлового коллоидного зоба и папиллярного рака щитовидной железы. Размер опухолевого узла составил 0,5 см в диаметре и диагностирован после субтотальной резекции. Из 18 больных с многоузловым коллоидным зобом у 8 больных (44,4%) морфологическое строение рецидива было таким же, как и при первичной операции, а у 3 больных (16,6%) выявлен узловой коллоидный зоб, у 1 больного (5,6%) аденома щитовидной железы, у 3 (16,6%) узловой коллоидный зоб сочетался с аденомой щитовидной железы, в 2 наблюдениях (11,1%) выявлена тиреотоксическая аденома. У 1 больного с многоузловым коллоидным зобом при повторной операции диагностирована рак щитовидной железы.

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.

**Таблица 5.** Распределение больных с рецидивами узлового зоба в зависимости от объема операции

Объем операции	n	Количество рецидивов	
		абс.	%
Тиреоидэктомия	18		-
Субтотальная резекция ЩЖ	102	2	2,0
Гемитиреоидэктомия с частичной резекцией ЩЖ	38	3	7,9
Гемитиреоидэктомия	74	9	12,2
Частичная резекция ЩЖ	36	17	47,2
Итого	268	31	11,6

**Рис. 1.** Динамика развития рецидивов узлового зоба в зависимости от срока наблюдения

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.

Выбор оптимального объема оперативного вмешательства при узловом зобе по-прежнему является наиболее спорным и нерешенным вопросом. Результаты исследования влияния объема хирургических вмешательств у больных узловым зобом на частоту возникновения рецидива представлены в табл. 5.

За все время наблюдения рецидив заболевания отсутствовал у больных, оперированных в объеме тиреоидэктомии. Рецидив после субтотальной резекции, выполненной 102 больным, развился у 2 пациентов (2,0%). Из 38 больных после гемитиреоидэктомии с частичной резекцией другой доли в 3 наблюдениях (7,9%).

Из 74 больных после гемитиреоидэктомии рецидивы установлены в 9 наблюдениях (12,2%), из 36 больных после частичной резекции – в 17 наблюдениях (47,2%).

Таким образом, выполнение тиреоидэктомии обеспечивало больному безрецидивное течение заболевания. В минимальном количестве случаев – у 2,0% больных выявлен рецидив после субтотальной резекции. Наиболее высокая частота рецидивов установлена после частичной резекции щитовидной железы в 47,2% случаев.

Рецидивы субтотальной резекции через 5 лет у 27 больных не выявлено, через 7 лет рецидивы развились из 40 больных у 1 больного (2,5%), через 10 лет из 31 – у 1 (3,2%). У этих обоих пациентов объем оставленной ткани по данным послеоперационного УЗИ щитовидной железы был около 3 мл. После выполнения гемитиреоидэктомии с частичной резекцией ЩЖ рецидивы развились через 7 лет из 22 больных у 1 па-

циента (4,5%) и через 10 лет из 16 больных у 2 пациентов (12,5%). После выполнения гемитиреоидэктомии рецидивы развились через 5 лет из 27 больных у 1 пациента (3,7%), через 7 лет из 21 больных у 3 пациентов (14,3%) и через 10 лет из 26 больных у 5 пациентов (19,2%). После выполнения частичной резекции щитовидной железы рецидивы развились через 5 лет из 12 больных у 3 пациентов (25,0%), через 7 лет из 8 больных у 3 пациентов (37,5%) и через 10 лет из 16 больных у 11 пациентов (68,7%). Максимальное количество рецидивов установлено через 10 лет, а минимальная частота рецидивов наблюдалась через 2 года.

Итак, с увеличением срока наблюдения увеличивается общее число рецидивов (рис. 1), а с увеличением объема операции во всех сроках наблюдения снижается частота рецидивов. При радикальных операциях тиреоидэктомии и субтотальной резекции рецидив развивается редко и в поздние сроки. При органосохраняющих вмешательствах: гемитиреоидэктомии и частичной резекции, частота рецидивирования значительно выше по сравнению с радикальными операциями, и количество рецидивов увеличивается с увеличением сроков наблюдения.

Таким образом, самая высокая частота рецидивов установлена через 10 лет. Самая низкая частота рецидивов обнаружена через 2 лет. Отсутствие рецидивов до 2 лет наблюдения при всех объемах операции свидетельствует о том, что рецидивы, очевидно, еще не успели развиться.

#### 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 зубными 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 признавать 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. и др. 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 СП Международной научно-практической конференции «Молодой исследователь: вызовы и перспективы». – № 3(103). – М., Изд. «Интернаука», 2019.
6. Ковальов О.П. и др. Хирургічні 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 (111). С. 58-62.
9. Макаров И.В. и др. Оптимальная тактика хирургического лечения больных с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы // *ТМБВ*. 2017. №3-2. Стр. 171-175.
10. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // *Журнал "Медицина и инновации"*. – 2021. – №. 1. – С. 28-31.

11. Ризаев Ж. А., Ахмедов А. А. Основы стоматологической помощи в республике узбекистан на основе развития общей врачебной практики // *Журнал стоматологии и краниофациальных исследований*. – 2023. – Т. 4. – №. 3.

12. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // *Uzbek journal of case reports*. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

13. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2-диметилгидразина на организм в целом // *Биология*. – 2020. – Т. 1. – С. 116.

14. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите // *Вестник науки и образования*. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.

15. Соболев Ю.А., Беляева А.И. Значение применения метода тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии щитовидной железы под ультразвуковым контролем населению эндемичной территории // *Оренбургский медицинский вестник*. 2019. №4 (28). Стр. 30-32.

16. Худоярова Д.Р., Шавкатова Г.Ш. Современные аспекты диагностики и лечения полипов эндометрия. *Проблемы биологии и медицины* 2022, №1 (134). Стр. 188-193.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф.

**Резюме.** 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 йододефицитным 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 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.

**Ключевые слова:** доброкачественные заболевания щитовидной железы, тиреоидэктомия, рецидив, недостаточность йода.