

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА

Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф.

ТУГУНЛИ БЎҚОҚНИНГ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Қурбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF NODULAR GOITER

Kurbaniyazov Z.B., Babajanov A.S., Zainiev A.F.

Самаркандский государственный медицинский институт

Мақсад: тугунли бўқоқ қайталаниш частотасига таъсир қилувчи омилларни аниқлаш. **Материал ва усуллар:** СамМИ 1-клиникаси ва Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси хирургия бўлимларидаги 453 нафар тугунли бўқоқ билан бўлган беморларнинг жарроҳлик усулида даволашнинг кечки натижалари ўрганиб чиқилди. **Натижалар:** йод тақчиллиги регионларида яшовчи аҳоли ўртасида бўқоқнинг қайталаниш частотаси операциядан кейинги даврнинг давомийлигига, тугунли ҳосилаларнинг морфологик тузилишига ва оператив аралашувларнинг ҳажмига боғлиқдир. Қалқонсимон безнинг функционал ҳолати қайталаниш частотасига таъсир қилмайди. **Хулосалар:** йод тақчиллиги регионларида яшовчи тугунли бўқоқ билан бўлган беморларда операциядан кейинги кечки даврлардаги энг яхши натижалар тиреоидэктомия ва имконият даражасидаги субтотал резекциялар бажарилгандан кейин кузатилган, чунки ушбу ҳажмдаги амалиётлардан сўнг қайталаниш юзага келиши кам ва кечки муддатларда аниқланган.

Калит сўзлар: тугунли бўқоқ, тиреоидэктомия, қайталаниш, йод етишмаслиги.

Objective: Determination of factors affecting the incidence of recurrence of nodular goiter. **Materials and methods:** The long-term results of surgical treatment were studied in 453 patients with nodular goiter operated in the surgical departments of the 1st clinic of SamMI and Samarkand city medical association. **Results:** Among residents living in the iodine-deficient region, the relapse rate depends on the follow-up period in the postoperative period, the morphological structure of nodular formations and the volume of surgical intervention. The functional state of the thyroid gland does not affect the recurrence rate. **Conclusions:** The best long-term results in patients with nodular goiter living in the iodine-deficient region were obtained after thyroidectomy and extremely subtotal resection, since relapse with this volume rarely developed in the late stages.

Key words: nodular goiter, thyroidectomy, relapse, iodine deficiency.

Хирургическое лечение узлового зоба остается одной из самых актуальных проблем эндокринологии. Прежде всего, это связано с развитием в послеоперационном периоде рецидивов. Существуют сторонники радикальных и органосохраняющих операций. При проведении органосохраняющих операций исследователи указывают на необходимость сохранения части ткани железы для предотвращения послеоперационного гипотиреоза, что позволит избежать приема тиреоидных препаратов [2,9]. 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]. В 68% случаев рецидив возник после первичного оперативного вмешательства, когда объем операции не превышал резекции одной или обеих долей щитовидной железы; в 16% случаев рецидив выявлен после выполнения радикальных операций, но был связан в последующем с иной морфологической формой зоба, более грубой, чем первоначально [5,7]. Некоторые авторы утверждают, что в патогенезе развития рецидива главную роль играет не объем выполненной операции, а этиология и морфологическая структура узлового образования [3,8,10]. 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 узлового зоба.

Материал и методы

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 453 больных узловым зобом, оперированных в хирургических отделениях 1-й клиники СамГосМИ и Самаркандского городского медицинского объединения. Все оперированные – жители Самаркандской области, которая является йоддефицитным регионом. Возраст больных на момент выполнения операции – от 14 до 72 лет, средний возраст $35,4 \pm 6,9$ года. Женщин было 415 (91,6%), мужчин – 38 (8,4%). Эутиреоидное состояние отмечалось у 404 (89,2%) больных, функциональная автономия щитовидной железы выявлена у 34 (7,5%). Во время операции и после нее всем больным проводилось гистологическое исследование.

Многоузловой коллоидный зоб верифицирован у 176 (38,8%) больных, узловой коллоидный зоб – у 134 (29,6%), узловой токсический зоб – у 34 (7,5%). Аденомы диагностированы у 82 (18,1%) пациентов, в том числе тиреотоксическая аденома у 34 (7,5%). Сочетание узлового коллоидного зоба и аденомы щитовидной железы выявлено у 61 (13,5%) пациента.

Объем операции чаще всего соответствовал гемитиреоидэктомии, которая выполнена у 35,8% больных. У 21,4% больных осуществлена частичная резекция, у 19,4% – субтотальная резекция щитовидной железы. Тиреоидэктомия и предельно-субтотальная резекция щитовидной железы проведены соответственно у 6,8 и 16,6% больных.

Результаты и обсуждение

Отдаленные результаты хирургического лечения больных узловым зобом прослежены в сроки от 1-го года до 10 лет. Менее 2-х лет наблюдались 56 (12,4%) больных, от 2-х до 10 лет – 397 (87,6%). Рецидивы узлового зоба диагностированы у 31 (6,8%) обследованного. В первые два года после операции рецидивов заболевания не выявлено. Через 2-5 лет рецидив установлен у 8 (4,3%) из 186 больных. При последующем наблюдении через 5-7 лет рецидив обнаружен у 12 (8,9%) из 134 больных, через 7-10 лет – у 11 (14,3%) из 77.

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

С целью выявления влияния морфологической формы на частоту возникновения рецидива узлового зоба проведен анализ результатов гистологического исследования первичных вмешательств. Из 134 наблюдений узлового коллоидного зоба рецидивы выявлены у 9 (6,7%) больных. У 48 больных, оперированных по поводу аденомы щитовидной железы, рецидив установлен у 1 (2,1%). При сочетании узлового коллоидного зоба и аденомы щитовидной железы рецидив обнаружен у 3 (4,9%) из 61 больного. При функциональной автономии щитовидной железы (тиреотоксической аденоме) рецидивов не наблюдалось. При многоузловом коллоидном зобе рецидив диагностирован у 18 (10,2%) из 176 больных. Наибольшее количество рецидивов установлено при многоузловом коллоидном зобе (10,2%) и при узловом коллоидном зобе (6,7%). При сочетании узлового коллоидного зоба с аденомой щитовидной железы рецидив выявлен у 4,9% обследованных. Самая низкая частота рецидивов имела место при аденоме щитовидной железы (2,1%), рецидивы отсутствовали при тиреотоксической аденоме.

Из 31 больного с рецидивом заболевания большинство – 26 (83,9%) – оперированы повторно. У остальных 5 (16,1%) пациентов показаний 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 опера-

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

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у 25,8% обследованных 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 у 9,8% пациентов, у 6,4% больных выявлена аденома щитовидной железы, у 6,4% больных с рецидивом диагностировали рак щитовидной железы, у 6,4% рак щитовидной железы сочетался с узловым коллоидным зобом.

Таким образом, морфологическая структура рецидива совпала с результатами первичного гистологического исследования у 16 (51,6%) больных. У остальных 15 (48,4%) пациентов выявлена другая морфологическая структура узловых образований. 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.

За все время наблюдения рецидив заболевания отсутствовал у больных, оперированных в объеме тиреоидэктомии. Рецидив после предельно субтотальной резекции, выполненной 75 больным, развился у 2 (2,7%). Рецидивы развились у 3 (3,4%) из 88 больных после субтотальной резекции, у 11

(6,8%) из 162 больных после гемитиреоидэктомии, у 15 (15,5%) из 97 больных после частичной резекции.

Таким образом, выполнение тиреоидэктомии обеспечивало больному безрецидивное течение заболевания. В минимальном количестве случаев – у 2,7% больных – выявлен рецидив после предельно субтотальной резекции. Наиболее высокая частота рецидивов установлена после частичной резекции щитовидной железы – у 15,5%.

Через 5 лет после предельно субтотальной резекции у 18 больных рецидивов не выявлено, через 7 лет рецидивы развились у 1 (3,0%) из 33 больных, через 10 лет – у 1 (4,2%) из 24. У этих обоих пациентов объем оставленной ткани, по данным послеоперационного УЗИ щитовидной железы, был около 3 мл. Через 7 лет после выполнения субтотальной резекции рецидивы развились у 1 (3,2%) из 31 больного, через 10 лет – у 3 (12,5%) из 24 больных. После выполнения гемитиреоидэктомии через 5 лет рецидивы развились у 1 (2,3%) из 44 больных, через 7 лет у 4 (10,5%) из 38 больных, через 10 лет у 6 (13,9%) из 43 больных. После выполнения частичной резекции щитовидной железы через 5 лет рецидивы развились у 3 (10,7%) из 28 больных, через 7 лет у 4 (17,4%) из 23 больных, через 10 лет у 7 (22,6%) из 31 больного. Максимальное количество рецидивов установлено через 10 лет, а минимальная частота рецидивов наблюдалась через 2 года.

Итак, с увеличением срока наблюдения увеличивается общее количество рецидивов, а с увеличением объема операции во всех сроках наблюдения частота рецидивов снижается. При радикальных операциях тиреоидэктомии и предельно субтотальной резекции рецидив развивается редко и в поздние сроки. При органосохраняющих вмешательствах – гемитиреоидэктомии и частичной резекции – частота рецидивирования значительно выше, чем после радикальных операций, а количество рецидивов возрастает с увеличением срока наблюдения.

Таким образом, самая высокая частота рецидивов установлена через 10 лет, а самая низкая – через 2 года. Отсутствие рецидивов до 2-х лет наблюдения при всех объемах операции свидетельствует о том, что рецидивы, очевидно, еще не успели развиться. Для оценки степени влияния функционального состояния щитовидной железы на частоту рецидива узлового зоба был проведен сравнительный анализ количества рецидивов у больных узловым эутиреоидным зобом и узловым токсическим зобом, а также у больных аденомой щитовидной железы и тиреотоксической аденомой щитовидной железы.

Из 134 больных узловым эутиреоидным зобом рецидив развился у 9 (6,7%), а в группе из 34 больных, оперированных по поводу узлового токсического зоба, рецидив не диагностирован. При изучении однородных групп по морфологическому строению и объему оперативного лечения влияние функциональной активности щитовидной железы на частоту возникновения рецидива не установлено. После выполнения тиреоидэктомии у больных узловым эутиреоидным зобом и узловым токсическим зобом рецидивов не было.

Выводы

1. У жителей, проживающих в йоддефицитном регионе, частота рецидивов зависит от срока наблюдения в послеоперационном периоде, морфологической структуры узловых образований и объема оперативного вмешательства. Функциональное состояние щитовидной железы не влияет на частоту рецидивов.

2. Узловой коллоидный зоб у пациентов, проживающих на территории йоддефицитного региона, является заболеванием всей щитовидной железы, так как ткань, расположенная около узловых образований, полностью поражена так называемыми зобными 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 йоддефицитном регионе, является адекватным и радикальным вмешательством.

Литература

1. Бабажанов А.С. и др. Профилактика гипотиреоза в послеоперационном периоде у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Пробл. биол. и медицины. – 2017. – №2. – С. 25.
2. Ванушко В.Э., Фадеев В.В. Узловой зоб: Клиническая лекция // Эндокрин. Хирургия. – 2012. – №4. – С. 11-16.
3. Даминов Ф.А. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба // Акад. журн. Зап. Сибири. – 2013. – Т. 9, №1. – С. 21-21.
4. Зайниев А.Ф., Юнусов О.Т., Суярова З.С. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестн. науки и образования. – 2017. – Т. 1, №6 (30).
5. Исмаилов С.И., Рашитов М.М., Алимджанов Н.А., Каюмова Н.Л. Диагностика и лечение простого узлового зоба: Метод. рекомендации. – Ташкент, 2007. – С. 3-5.
6. Кротова А.В., Макарова И.В. Качество жизни больных с узловым эутиреоидным зобом в отдаленном послеоперационном периоде // Аспирантский вестн. Поволжья. – 2015. – №5-6. – С. 165-169.
7. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф. Анализ результатов хирургического лечения больных узловым зобом // Мед. журн. Узбекистана. – 2018. – №6. – С. 47-50.
8. Рыбачков Е.В. и др. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения заболеваний щитовидной железы // Хирургия. – 2014. – №6. – С. 21-24.
9. Vincen G. Thyroidectomy over a quarter of a century in the Belgian Ardennes: a retrospective study of 1207 patients // Acta Chir. Belg. – 2008. – Vol. 108. – №11. – P. 542-547.
10. Yusupov S.A. et al. Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №1.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА

Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф.

Цель: определение факторов, влияющих на частоту возникновения рецидива узлового

го зоба. **Материал и методы:** отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 453 больных узловым зобом, оперированных в хирургических отделениях 1-й клиники СамМИ и Самаркандского городского медицинского объединения. **Результаты:** у жителей, проживающих в йоддефицитном регионе, частота рецидивов зависит от срока наблюдения в послеоперационном периоде, морфологической структуры узловых образований и объема опе-

ративного вмешательства. Функциональное состояние щитовидной железы не влияет на частоту рецидивов. **Выводы:** наилучшие отдаленные результаты у больных узловым зобом, проживающих в йоддефицитном регионе, получены после тиреоидэктомии и предельно субтотальной резекции, так как рецидив при данном объеме развивался редко и в поздние сроки.

Ключевые слова: узловой зоб, тиреоидэктомия, рецидив, йоддефицит.

