

# ТАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВОГО ЗОБА У ЖИТЕЛЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Зайниев А.Ф.<sup>1</sup>, Абдурахмонов Д.Ш.<sup>2</sup>, Абролов Ш.Н.<sup>3</sup>, Курбаниязова А.З.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Зайниев Алишер Фаридунович – соискатель;

<sup>2</sup>Абдурахмонов Диёр Шукуруллаевич - студент магистратуры;

<sup>3</sup>Абролов Шахбоз Нематзода - студент магистратуры;

<sup>4</sup>Курбаниязова Азиза Зафаржоновна – студент,

кафедра хирургических болезней № 1,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 453 оперированных больных узловым зобом, с целью определения факторов, влияющих на частоту возникновения и сроки развития рецидива узлового зоба. Установлено, что 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. 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, хирургическое лечение, тиреоидэктомия, рецидив, йоддефицитный регион.

**Актуальность.** 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, 8, 13]. 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]. 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 радикальных операций, но был связан в последующем с иной морфологической формой зоба, более грубой, чем первоначально [5, 10, 12]. Некоторые авторы утверждают, что в патогенезе развития рецидива главную роль играет не объем выполненной операции, а этиология и морфологическая структура узлового образования [3, 8, 11]. 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 исследования.** Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 453 больных узловым зобом, оперированных в хирургических отделениях 1 клиники СамМИ. Все оперированные больные жители Самаркандской области, является йоддефицитным регионом. Возраст больных на момент выполнения операции был от 14 до 72 лет, средний возраст 35,4±6,9 лет. Среди них женщин – 415 (91,6%), мужчин – 38 (8,4%). Эутиреоидное состояние отмечено у 404 больных (89,2%), функциональная автономия щитовидной железы выявлена у 34 (7,5%). Во время операции и после нее всем больным проводилось гистологическое исследование. В большинстве случаев верифицирован многоузловой коллоидный зоб у 176 больных (38,8%) и узловой коллоидный зоб у 134 больных (29,6%), узловой токсический зоб наблюдался у 34 пациентов (7,5%). Аденомы диагностированы у 82 больных (18,1%) исследуемой группы, из них тиреотоксическая аденома у 34 больных (7,5%). Сочетание узлового коллоидного зоба и аденомы щитовидной железы выявлено у 61 пациентов (13,5%) (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных узловым зобом в зависимости от морфологической формы

Морфологическая форма узлового зоба	Количество больных	
	абс.	относ., %
Узловой коллоидный зоб	134	29,6
Аденома	48	10,6
Узловой коллоидный зоб + Аденома	61	13,5
Многоузловой коллоидный зоб	176	38,8
Узловой токсический зоб	34	7,5

Итого	453	100
-------	-----	-----

Объем операции чаще всего соответствовал гемитиреоидэктомии – 35,8%. У 21,4% больных выполняли частичную резекцию и у 19,4% больных субтотальную резекцию щитовидной железы. Тиреоидэктомия и предельно-субтотальная резекция щитовидной железы проведены в 6,8% и 16,6% случаев соответственно (табл. 2).

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

Объем операции	Количество больных	
	абс.	относ., %
Частичная резекция	97	21,4
Гемитиреоидэктомия	162	35,8
Субтотальная резекция	88	19,4
Предельно-субтотальная резекция	75	16,6
Тиреоидэктомия	31	6,8
Итого	453	100

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

Таким образом, прослеживается четкая закономерность, что с увеличением срока наблюдения за больными в йододефицитном 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).

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 коллоидный зоб	134	9	6,7
Аденома	48	1	2,1
Узловой коллоидный зоб + Аденома	61	3	4,9
Многоузловой коллоидный зоб	176	18	10,2
Узловой токсический зоб	34	-	0
Итого	453	31	6,8

Из 134 наблюдений узлового коллоидного зоба рецидивы выявлены у 9 больных (6,7%). У больных, оперированных по поводу аденомы щитовидной железы, из 48 больных рецидив установлен у 1 больного (2,1%). При сочетании узлового коллоидного зоба и аденомы щитовидной железы из 61 больного рецидив обнаружен у 3 (4,9%). При функциональной автономии щитовидной железы (тиреотоксической аденоме) рецидивов не было. При многоузловом коллоидном зобе из 176 больных рецидив диагностирован у 18 (10,2%). Наибольшее число 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 в 4,9% случаев. Самая низкая частота рецидивов при аденоме щитовидной железы (2,1%) и отсутствие рецидивов при тиреотоксической аденоме.

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.).

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.

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. 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.

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

Объем операции	n	Количество рецидивов	
		абс.	%
Частичная резекция	97	15	15,5
Гемитиреоидэктомия	162	11	6,8
Субтотальная резекция	88	3	3,4
Предельно-субтотальная резекция	75	2	2,7
Тиреоидэктомия	31	0	0
Итого	453	31	6,8

За все время наблюдения рецидив заболевания отсутствовал у больных, оперированных в объеме тиреоидэктомии. Рецидив после предельно-субтотальной резекции, выполненной 75 больным, развился у 2 пациентов (2,7%). Из 88 больных после субтотальной резекции в 3 наблюдениях (3,4%). Из 162 больных после гемитиреоидэктомии рецидивы установлены в 11 наблюдениях (6,8%), из 97 больных после частичной резекции – в 15 наблюдениях (15,5%). 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 в 15,5% случаев.

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

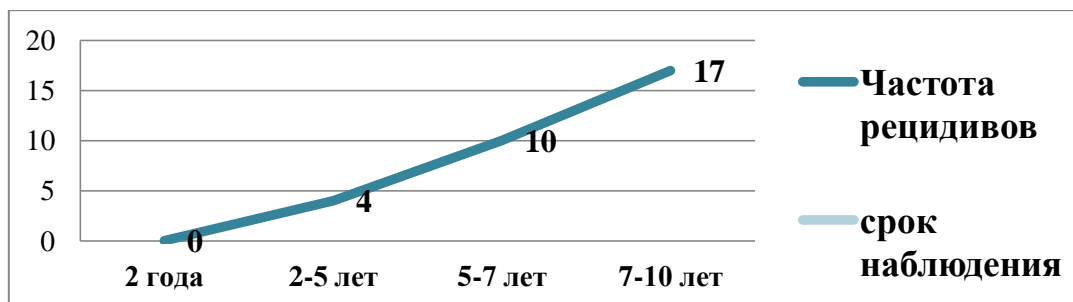


Рис. 1. Динамика развития рецидивов узлового зоба в зависимости от срока наблюдения

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. 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 (табл. 6).

Таблица 6. Частота рецидивов узлового коллоидного зоба в зависимости от функционального состояния и объема операции

Объем операции	Узловой коллоидный зоб			
	без токсикоза		с токсикозом	
	n	количество рецидивов	n	количество рецидивов
Частичная резекция	24	4 (16,7%)	4	-
Гемитиреоидэктомия	56	4 (7,1%)	14	-
Субтотальная резекция	34	1 (2,9%)	9	-
Предельно-субтотальная резекция	12	-	6	-
Тиреоидэктомия	8	-	1	-
Итого	134	9 (6,7%)	34	0

Из 134 больных узловым эутиреоидным зобом рецидив развился у 9 больных (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. 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. Функциональное состояние щитовидной железы не влияет на частоту рецидивов. 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 признать 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.

#### **Список литературы**

1. *Гозибеков Ж.И., Зайниев А.Ф., Тилавова Ю.М.К.* Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вопросы науки и образования, 2019. № 13 (60).
2. *Даминов Ф.А. и др.* Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 21-21.
3. *Даминов Ф.А., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Хайитов Л.М., Казаков М.* Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестник Ташкентской медицинской академии, 2015. № 1. С. 30-32.
4. *Зайниев А.Ф., Юнусов О.Т., Суярова З.С.* Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестник науки и образования, 2017. Т. 1. № 6 (30).
5. *Курбаниязов З.Б.* Анализ результатов Хирургического лечения больных узловым зобом / Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф. // Медицинский журнал Узбекистана, 2018. № 6. С. 47-50.
6. *Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Давлатов С.С., Гозибеков Ж.И., Кушмурадов Н.Ё., Махмудов Т.Б., Рахманов К.Э.* Современные методы лечения заболеваний щитовидной железы // Методические рекомендации для резидентов магистратуры, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских вузов. Ташкент, 2012. 32 стр.
7. *Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Бабажанов А.С.* Заболевания щитовидной железы // Методические рекомендации для резидентов магистратуры, клинических ординаторов и студентов старших курсов медицинских ВУЗов. Ташкент, 2014. 86 стр.
8. *Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф., Бабажанов А.С., Давлатов С.С.* Алгоритм введения больных с заболеваниями щитовидной железы. Методические рекомендации предназначены для врачей хирургов, эндокринологов и других смежных специальностей // Ташкент, 2019. 64 стр.
9. *Махмудов Т.Б., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С.* Современный взгляд на хирургическое лечение диффузно-токсического зоба // Проблемы биологии и медицины, 2010. № 2 (61). С. 95.
10. *Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Даминов Ф.А., Азимов Р.Р.* Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Завадские чтения, 2017. С. 145-148.
11. *Сабиров Б.У., Махмудов Т.Б., Давлатов С.С.* Патология щитовидной железы // Методические рекомендации для студентов старших курсов и магистров медицинских вузов. Самарканд, 2008. 24 стр.
12. *Юсупов Ш.А., Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф.* Узловые образования щитовидной железы. состояние проблемы (обзор литературы) // Вісник наукових досліджень, 2018. № 1. С. 10-15.
13. *Yusupov S.A. et al.* Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2017. № 1.