

БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, А.С. БАБАЖАНОВ, А.Ф. ЗАЙНИЕВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

BAHOLASH BALLARI DAN FOYDALANILGAN HOLDA QALQONSIMON BEZ TUGUNLI XOSILALARIDA DAVOLASH TAKTIKASINI TANLASH

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, А.С. БАБАЖАНОВ, А.Ф. ЗАЙНИЕВ

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

BALL EVALUATION IN THE CHOICE OF TACTICS FOR THE TREATMENT OF NODULAR FORMATIONS OF THE THYROID GLAND

Z.B. KURBANİYAZOV, A.S. BABAZHANOV, A.F. ZAYNIEV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Тадқиқотга 2008 - йилдан 2018 - йилгача қалқонсимон без касалликлари билан СамМИ клиникаси хирургия бўлимига комплекс даволаш мақсадида мурожаат қилган 453 нафар бемор киритилган. 2008 - йилдан 2013 - йилгача 281 нафар бемор (62,0%) кузатувда бўлиб, уларнинг 268 нафарида (95,4%) турли хилдаги струмэктомиялар бажарилган, 13 нафар беморда (4,6%) эса консерватив даво қўлланилган. Ушбу беморлар таққослаш гуруҳини ташиқил этди. 2 – асосий гуруҳга 2014- йилдан 2018- йилгача даволаш усулини танлашга таъсир қилувчи омиллар ҳисобга олинган ҳолда даволанган 172 нафар (38,0%) беморлар киритилган. Даволаш натижаларига таъсир қилувчи ушбу омилларни биз балли шкала бўйича баҳоладик. Шундай қилиб, қалқонсимон без тугунли ҳосилаларини жарроҳлик аралашувлар усулини танлашга таъсир қилувчи омилларнинг балли баҳолаш даволашнинг оптимал усулини танлаш, ҳамда даво натижаларини яхшилаш имконини беради.

Калит сўзлар: қалқонсимон без, тугунли ҳосила, лечение.

The study included 453 patients with thyroid diseases, who applied to the surgery department of SamMI clinic for complex treatment from 2008 to 2018. In 2008-2013 281 (62.0%) patients were observed, of which 268 (95.4%) patients underwent various types of strumectomy and 13 (4.6%) patients received conservative therapy. These patients constituted the comparison group. The 2nd main group included 172 (38.0%) patients in 2014-2018, which took into account factors influencing the choice of treatment. These factors that affect the results of treatment we rated on a scale. Thus, the scoring of factors influencing the choice of the method of surgical intervention in patients with thyroid nodules allows you to choose the best way and improve the results of treatment.

Key words: thyroid gland, nodules, treatment.

Актуальность. Проблема своевременного адекватного лечения патологических образований щитовидной железы, которые на сегодняшний день встречаются у 4-10% населения, до сих пор остается актуальной [4, 5, 8, 12]. В доступной нами литературе имеются противоречивые данные о факторах, влияющих на выбор лечения больных зобом [5, 11]. Несмотря на использование комплекса современных методов лечения, не всегда достигается удовлетворительный результат, что свидетельствует о необходимости совершенствования выбора тактики лечения больных зобом. Проблема лечения больных узловыми образованиями щитовидной железы еще далека до своего завершения [1, 2, 6, 10]. Как правило, при выборе того или иного способа операции хирург учитывает возможность возникновения послеоперационных осложнений и риск развития рецидива зоба [7, 9]. Поэтому, представляет большой интерес определение влияния различных факторов в лечении больных зобом.

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 453 пациентов с

заболеваниями щитовидной железы, которые обратились в отделение хирургии клиники СамМИ для комплексного лечения с 2008 по 2018 год. Среди пациентов были 351 (77,5%) женщин и 102 (22,5%) мужчин. Средний возраст обследованных был 35±6 лет (от 7 до 72 лет).

В 2008-2013 гг. под наблюдением находились 281 (62,0%) больной, из них 268 (95,4%) больным выполняли различные виды струмэктомии и 13 (4,6%) больным проведена консервативная терапия. Эти пациенты составили группу сравнения. Во 2-ю основную – группу вошли 172 (38,0%) больных в 2014-2018 гг., которым учитывали факторы, влияющие на выбор способа лечения. Эти факторы, которые влияют на результаты лечения мы оценили по балльной шкале (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № DGU 05147, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан). В связи с этим больные основной группы были разделены на 3 подгруппы (табл. 1).

Пациентам 1-й подгруппы с суммарным количеством набранных баллов до 5 (программа для

электронно – вычислительных машин № DGU 05147) (табл. 2) выполняли консервативную терапию совместно эндокринологами (табл. 3).

Таблица 1.

Распределение основной группы больных на подгруппы

Пол	Группа			Всего
	1-я	2-я	3-я	
Мужской	1	38	18	57
Женский	7	63	45	115
Итого	8	101	63	172

Эту группу составили больные, у которых, как правило, имелись небольшие узловые образо-

вания (диаметр до 3 см) щитовидной железы без атипичных клеток при пункционной биопсии. Во 2-й подгруппе с количеством баллов от 6 до 9 с узловыми образованиями одной доли или перешейки щитовидной железы выполняли гемиструмэктомию или резекцию щитовидной железы. В 3-й подгруппе больные с набранным количеством баллов от 10 до 12, которые имели многоузловые, диффузные и смешанные патоморфологические формы щитовидной железы подверглись субтотальной или тотальной тиреоидэктомии в зависимости от результатов пункционной биопсии (табл. 3).

Таблица 2.

Балльная система выбора способа лечения патологических 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	Патоморфологическая форма щитовидной железы по Пенчеву	Узловой зоб	1
		Диффузный зоб	2
		Смешанный зоб	3
3	Локализация узла щитовидной железы	В одной доле	0
		В обеих долях	1
4	Тиреоидный статус щитовидной железы	Гипертиреоз	0
		Гипотиреоз	1
		Эутиреоз	2
5	Воспаление щитовидной железы	Есть	0
		Нет	1
6	Сопутствующая патология жизненно важных органов	Есть	0
		Нет	1

Таблица 3.

Распределение больных основной группы в зависимости от пола, возраста и вида лечения

Вид пластики	Пол		Возраст, годы			Всего
	м.	ж.	до 40	от 40 до 60	старше 60	
Консервативная терапия	1	7	6	2	-	8
Гемиструмэктомию	26	41	63	3	1	67
Резекция щитовидной железы	12	22	11	21	2	34
Субтотальная тиреоидэктомия	18	43	17	43	1	61
Тотальная тиреоидэктомия	-	2	-	-	2	2
Итого	57	115	97	69	6	172

Таблица 4.

Распределение больных группы сравнения в зависимости от пола, возраста и вида лечения

Вид пластики	Пол		Возраст, годы			Всего
	м.	ж.	до 40	от 40 до 60	старше 60	
Консервативная терапия	2	11	9	4	-	13
Гемиструмэктомию	25	98	107	16	-	123
Резекция щитовидной железы	6	52	39	19	-	58
Субтотальная тиреоидэктомия	10	71	24	54	3	81
Тотальная тиреоидэктомия	2	4	-	1	5	6
Итого	45	236	179	94	8	281

Таблица 5.

Частота ранних осложнений хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы

Осложнения	Вид операции								Всего
	Гемиструмэк-я		Резекция щитовидной железы		Субтотальная тиреоидэктомия		Тотальная тиреоидэктомия		
	осн. гр. (n=67)	контр. гр. (n=123)	осн. гр. (n=34)	контр. гр. (n=58)	осн. гр. (n=61)	контр. гр. (n=81)	осн. гр. (n=2)	контр. гр. (n=6)	
Кровотечение	1	-	-	-	-	1	-	-	2
Транзиторный парез возвратного гортанного нерва	-	2	-	-	1	-	-	1	4
Тиреотоксический криз	-	1	-	-	-	1	-	-	2
Транзиторный гипопаратиреоз	-	-	-	1	1	2	-	-	4
Всего	1	3	-	1	2	4	-	1	12

Таблица 6.

Отдаленные результаты оперативного лечения заболеваний щитовидной железы

Исходы	Группа больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Выздоровление	120	99,2	169	95,5
Рецидив узлового зоба	1	0,8	7	3,9
Рак щитовидной железы (по данным окончательной гистологии)	-	-	1	0,6
Всего	121	100	177	100

Во 2-й и 3-й подгруппе больных сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. 28 (17,1%) пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (19) и гипотиреоза (9) в течении от 2 до 9 месяцев. 136 (81,8%) больным с эу- и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу.

Для сравнения полученных результатов нами в качестве группы сравнения взяты 281 больной, которым проводили консервативное и оперативное лечение узловых образований щитовидной железы без учета балльной оценки. Использовали те же методики, что и в основных группах (табл. 4).

Результаты исследований и их обсуждения. В раннем послеоперационном периоде у 12 (2,8%) больных из 432 оперированных отмечено специфические осложнения. Причем в группе сравнения у 9 (3,3%) больных, в основной группе у 3 (1,8%) больных. Частота осложнений на щитовидной железе во время операции или в раннем послеоперационном периоде напрямую связано с опытом хирурга, количеством операции выполняемых им в год. В таблице 5 представлены данные по частоте ранних осложнений хирургического

метода лечения заболеваний щитовидной железы нашей клиники.

В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 298 из 432 оперированных пациентов, что составило 68,9%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет.

После вызова больных мы провели полный объем обследования, включающий клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреоидного статуса с помощью ТТГ, тиреоидных гормонов крови и рефлексометрии.

Суммируя результаты клинических и гормональных исследований была осуществлена оценка отдаленных результатов хирургического лечения узловых форм зоба. Если учесть, что развитие гипотиреоза после операции на щитовидной железе является логическим и нормальным исходом операции, который легко компенсируется назначением тиреоидных гормонов, то согласно этому, полное выздоровление больных после хирургического метода лечения узлового зоба наблюдается у 182 (94,3%) больных (табл. 6).

Рецидив узлового зоба наблюдался у 8 больных (2,7%) в течении от 2 до 6 лет. Все больные с рецидивом узлового зоба не следовали рекомендациям эндокринолога аккуратно и не при-

нимали тиреоидные гормоны после операции. Результаты тонкоигольной аспирационной биопсии совпали с окончательным гистологическим результатом во всех случаях. То есть у этих больных была подтверждена доброкачественность удаленного узла (узлов).

Таким образом балльная оценка факторов влияющих на выбор способа хирургического вмешательства у больных с узловыми образованиями щитовидной железы позволяет выбрать оптимальный способ и улучшить результаты лечения.

Выводы: У больных основной группы частота послеоперационных осложнений хирургического лечения заболеваний щитовидной железы очень низкая (1,8%).

Исход оперативного лечения заболеваний щитовидной железы благоприятный. Послеоперационный рецидив в течении 6 лет наблюдался у 0,8% и 3,9% больных в основные и контрольные группы соответственно.

Для профилактики послеоперационного рецидива узлового зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем эндокринолога.

Литература:

1. Бабажанов А. С. и др. Профилактика гипотиреоза в послеоперационном периоде у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 2. – С. 25.
2. Ванушко В.Э. Узловой зоб (клиническая лекция). / В.Э. Ванушко, В.В.Фадеев // Журнал «Эндокринная хирургия», Москва, № 4, 2012, с. 11-16.
3. Даминов Ф. А. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 21-21.
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. Исмаилов, С.И., Рашитов М. М., Алимджанов Н. А., Каюмова Н. Л. Диагностика и лечение простого узлового зоба. / Методические рекомендации. – 2007, с. 3–5.
6. Кротова, А.В. Качество жизни больных с узловым эутиреоидным зобом в отдаленном послеоперационном периоде / А.В. Кротова, И.В. Макарова // Аспирантский вестник Поволжья. -2015. - № 5 -6. - С. – 165 -169.
7. Курбаниязов, З.Б. Анализ результатов Хирургического лечения больных узловым зобом / Кур-

баниязов З.Б., Бабажанов А.С., Зайниев А.Ф. // Медицинский журнал Узбекистана – 2018. - №6. С. 47-50.

8. Рыбачков, Е.В. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения заболеваний щитовидной железы / В.В. Рыбачков (и др.) // Хирургия. – 2014. - № 6. – с. 21 -24.

9. Yusupov S. A. et al. Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №. 1.

10. Colak, T. Total versus subtotal thyroidectomy for the management of benign multinodular goiter in an endemic region / T. Colak, T. Akca A Kanik // ANZJ Surg. - 2004. - Vol. 74. - P. 974-978.

11. Lee S, Skeleton TS. The biopsy – proven benign thyroid nodule: Is long – term follow – up necessary? Jam Coll Surg. 2013;1:8/.

12. 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. - № Ц P. 542-547.

БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, А.С. БАБАЖАНОВ,
А.Ф. ЗАЙНИЕВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В исследование было включено 453 пациентов с заболеваниями щитовидной железы, которые обратились в отделение хирургии клиники СамМИ для комплексного лечения с 2008 по 2018 год. В 2008-2013 гг. под наблюдением находились 281 (62,0%) больной, из них 268 (95,4%) больным выполняли различные виды струмэктомии и 13 (4,6%) больным проведена консервативная терапия. Эти пациенты составили группу сравнения. Во 2-ю основную – группу вошли 172 (38,0%) больных в 2014-2018 гг., которым учитывали факторы, влияющие на выбор способа лечения. Эти факторы, которые влияют на результаты лечения мы оценили по балльной шкале. Таким образом балльная оценка факторов влияющих на выбор способа хирургического вмешательства у больных с узловыми образованиями щитовидной железы позволяет выбрать оптимальный способ и улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: щитовидная железа, узловые образования, лечение.