

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Салохиддинов Журабек Саидахматович, Зайниев Алишер Фаридунович, Рахманов Косим Эрданович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ТУГУНЛИ ҲОСИЛАЛАРИ ХИРУРГИК ДАВОСИ НАТИЖАЛАРИНИНГ ОМИЛЛАР ТАҲЛИЛИ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Салохиддинов Журабек Саидахматович, Зайниев Алишер Фаридунович, Рахманов Қосим Эрданович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

FACTOR ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Salokhiddinov Jurabek Saidakhmatovich, Zainiev Alisher Faridunovich, Rakhmanov Kosim Erdanovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқотда 2010-2023-йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси жарроҳлик бўлимига ётқизилган қалқонсимон безнинг тугунли ҳосиласи билан касалланган 368 нафар беморнинг даволаш натижалари ўз ичига қамраб олинган. Қалқонсимон безнинг олиб ташланиши ҳажмига қараб кўйидаги операциялар турлари амалга оширилди: тиреоидэктомия, қалқонсимон безнинг субтотал резекцияси, қалқонсимон безнинг бошқа бўлагини қисман резекцияси билан гемитиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия, қалқонсимон безнинг қисман резекцияси. Қалқонсимон без тугунларини жарроҳлик йўли билан даволаш тактикасини танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритм ингичка игна аспирацион биопсия ёки экспресс - бопсия хулосасига кўра қалқонсимон безни олиб ташлаш ҳажминини ҳисобга олган ҳолда, кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини яхшилашга имкон берди, яъни операциядан кейинги эрта асоратларнинг частотаси 14,8% дан (таққослаш гуруҳидаги 40 нафар бемор) 2,9% гача (асосий гуруҳидаги 4 нафар бемор) (критерий $\chi^2 = 4.954$; $Df=1$; $p=0,027$) ва операциядан кейинги узоқ муддатдаги қониқарсиз натижалар 32,1% дан (таққослаш гуруҳидаги 52 нафар бемор) 11, 3% гача камайди (асосий гуруҳидаги 12 нафар беморда) (критерий $\chi^2 = 4.692$; $Df=1$; $p=0,031$).

Калит сўзлар: тугунли буқоқ, жарроҳлик даволаш, қайталаниш.

Abstract. The study included the results of treatment of 368 patients with benign thyroid nodules who were admitted to the surgical department of the multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University in the period from 2010 to 2023. Depending on the volume of the thyroid gland to be removed, the following types of operations were performed: Thyroidectomy, Subtotal resection of the thyroid gland, Hemithyroidectomy with partial resection of the other lobe of the thyroid gland, Hemithyroidectomy, Partial resection of the thyroid gland. The developed algorithm for choosing tactics for surgical treatment of thyroid nodules, taking into account the volume of removal of the thyroid gland according to the conclusion of fine-needle aspiration biopsy or express bopsy, made it possible to improve the quality of care provided by reducing the frequency of immediate postoperative complications from 14.8% (40 patients in the group comparison) to 2.9% (4 patients in the main group) (χ^2 criterion = 4.954; $Df=1$; $p=0.027$) and unsatisfactory results in the long-term postoperative period from 32.1% (52 patients in the comparison group) to 11, 3% (in 12 patients in the main group) (χ^2 criterion = 4.692; $Df=1$; $p=0.031$).

Key words: nodular goiter, surgical treatment, relapse.

Актуальность. Лечение узловых образований щитовидной железы (УОЩЖ) является сложной хирургической проблемой. Наиболее распространенным способом операции остается

струмэктомия с различными вариантами удаления узлов щитовидной железы (ЩЖ), которая выполняется в подавляющем большинстве случаев (90,6%) УОЩЖ [1, 2, 3, 7, 10]. «Однако, доста-

точно высокая частота послеоперационных осложнений и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15-44%), послеоперационный гипотиреоз (25 – 63%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики» [4, 6, 8, 9, 12, 13].

Проведенный анализ литературы свидетельствует также о том, что в настоящий период лечебно-диагностическая тактика при УОЩЖ относится к одной из актуальных и до конца нерешенных проблем современного здравоохранения [5, 11]. В этой связи возникает необходимость пересмотра критериев радикальности оперативного вмешательства при УОЩЖ в зависимости от информативности методов визуализации и морфологических исследований, позволяющих на предоперационном этапе оценить особенности структуры узла и выявить признаки агрессии заболевания, в связи с чем, особенно актуальной становится оптимизация алгоритма диагностики с целью выбора наиболее радикальной тактики хирургического лечения в каждом конкретном случае.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных УОЩЖ.

Материал и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 368 больных доброкачественными УОЩЖ, поступивших в хирургическое отделение многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2010 по 2023 гг. В наше исследование не включены больные с токсическими формами УОЩЖ.

Пациенты условно разделены на две группы. В 2010-2018 гг. оперировано 230 (62,5%) больных, которые составили группу сравнения, основная группа - 138 (37,5%) больных оперированные в период 2019 - 2023 гг. Группа сравнения также условно разделена на две подгруппы: 1-подгруппу составили 127 (55,2%) больных оперированные в период 2010-2014 гг., 2-подгруппу - 103 (44,8%) - оперированные 2015 - 2018 гг.

Обследование больных УОЩЖ соответствовали клиническим стандартам рекомендован-

Таблица 1. Выполненные операции при УОЩЖ

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%)

ным ВОЗ и МЗ РУз: - общеклинические (осмотр области шеи, пальпация ЩЖ); - общеклинические лабораторные исследования; -определение уровня тиреоидных гормонов (ТТГ, Т3, Т4); - осмотр эндокринолога; - осмотр ЛОР врача при нарушении фоноации.

Морфологические исследования УОЩЖ включали тонкоигольную пункционную аспирационную биопсию, интраоперационную экспресс – биопсию, плановое гистологическое исследование удаленной ткани щитовидной железы. При этом в группе сравнения (230 больным) проведены ТПАБ и заключительное гистологическое исследование удаленного препарата ЩЖ с целью определения вероятности озлокачествления узла. В основной группе больных (138 больных) кроме определения фактора возможного рака ЩЖ, дифференцировали характер доброкачественных изменений нодулярной и перинодулярной ткани. В алгоритм морфологических исследований в основной группе больных включили и интраоперационную экспресс – биопсию ткани ЩЖ.

В зависимости от удаляемого объема ЩЖ произведены следующие типы операций: Тиреоидэктомия, Субтотальная резекция ЩЖ, Гемитиреоидэктомия с частичной резекцией другой доли ЩЖ, Гемитиреоидэктомия, Частичная резекция ЩЖ (табл. 1).

127 больным 1 – подгруппы группы сравнения выполнены следующие операции: тиреоидэктомия 4 больным, субтотальная резекция 23 больным, гемитиреоидэктомия с частичной резекцией другой доли у 18 больным, гемитиреоидэктомия 51 больному и частичная резекция ЩЖ 31 больному, т.е. 78,7% случаев проведены органосохраняющие операции.

103 больным 2 – подгруппы группы сравнения были выполнены следующие операции: тиреоидэктомия 15 больным, субтотальная резекция 62 больным, гемитиреоидэктомия с частичной резекцией другой доли 9 больным, гемитиреоидэктомия 12 больному и частичная резекция ЩЖ 5 больным.

Предпочтение в этой подгруппе отдано выполнению более радикальных оперативных вмешательств. Как видно по данным таблицы 1 в этой подгруппе в 74,7% случаев проведены радикальные операции: тиреоидэктомия выполнена в 14,6% и субтотальная резекция в 60,2% случаев.

138 больным основной группы выполнены следующие операции: тиреоидэктомия 10 больным, субтотальная резекция ЩЖ 54 больным, гемитиреоидэктомия с частичной резекцией другой доли 23 больным, гемитиреоидэктомия 37 больному и частичная резекция ЩЖ 14 больным. В основной группе больных у 53,6% выполнены органосохраняющие операции, у 46,4% - радикальные, т.е. примерное соотношение 1:1.

Результаты исследования. Результаты хирургического лечения УОЩЖ в ближайшем послеоперационном периоде оценивались по следующим показателям: кровотечение во время и в послеоперационном периоде, течение послеоперационного периода, наличие признаков пареза возвратного гортанного нерва, наличие судороги, характер заживления операционной раны, время пребывания больных в стационаре (койко/день), длительность операции (мин.), повышение температуры тела, признаки околотрахеальных и подкожных гематом по данным УЗИ.

Совершенствование выбора тактики хирургического лечения УОЩЖ, техники выполнения

хирургического вмешательства, снижение травматичности хирургического доступа и другие новшества, разработанные и внедренные в рамках данного исследования, не могли не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. Так, по сравнению с 2015-2018 гг. частота ближайших послеоперационных осложнений снизилась с 33,0 до 5,1%, т.е. в 6 раз (табл. 2). Значительно реже стали встречаться такие осложнения, как кровотечение (в 5 раз), парез возвратного гортанного нерва (в 3 раза), гипопаратиреоз (в 15 раз), не было таких грозных осложнений как стойкий паралич возвратного гортанного нерва и асфиксия, в 2 раза сократилась длительность стационарного лечения – с $10,2 \pm 1,2$ до $5,9 \pm 0,3$ дня (табл. 3).

Проанализированы отдаленные результаты у 268 (72,8%) из 368 оперированных больных по поводу УОЩЖ. Одним из главных показателей, характеризующих эффективность оперативного вмешательства при УОЩЖ, является частота рецидивов заболевания. При изучении характера рецидива сопоставлялась локализация первично оперированной и повторно выявленного узла, сроки появления рецидива, особенности ранее применявшихся методов хирургического вмешательства, количество, размеры и морфологические формы первичных УОЩЖ.

Таблица 2. Сравнительный анализ частоты ближайших послеоперационных осложнений у больных УОЩЖ

Вид осложнения	Группа больных						Всего, n=368		
	Группа сравнения				основная, n=138				
	1-подгруппа, n=127		2-подгруппа, n=103						
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Осложнения, возникающие во время операции									
Кровотечение	4	3,1	7	6,8	2	1,4*	13	3,5	
Асфиксия	0	0	1	0,97	0	0	1	0,3	
Осложнения, возникающие после операции									
Кровотечение с развитием гематомы	2	1,6	3	2,9	0	0	5	1,4	
Транзиторный парез возвратного гортанного нерва	2	1,6	9	8,7	4	2,9*	15	4,1	
Стойкий паралич возвратного гортанного нерва	0	0	1	0,97	0	0	1	0,3	
Гипопаратиреоз	Транзиторный	5	3,9	10	9,7	1	0,7	16	4,3
	Перманентный	1	0,8	2	1,94	0	0	3	0,8
Осложнения со стороны раны	2	1,6	1	0,97	0	0	3	0,8	
Всего осложнений	16	12,6	34	33,0	7	5,1***	57	15,5	
Число больных с осложнениями	11	8,7	23	22,3	4	2,9*	38	10,3	

Примечание: * - различия относительно данных группы сравнения значимы (* - $P < 0,05$, *** - $P < 0,001$)

Таблица 3. Течение послеоперационного периода у больных с УОЩЖ

Группа больных		Количество койко-дней			
		всего	до операции	ОРИТ	после операции
Группа сравнения	1-подгруппа, n=127	10,2±1,2	3,0±0,3	2,1±0,1	6,2±1,2
	2-подгруппа, n=103	9,4±0,6***	2,3±0,3**	1,7±0,1**	5,4±0,5***
Основная, n=138		5,9±0,3***^^	2,0±0,2**	1,0±0,1*	2,9±0,3***^^
Всего, n=368		14,9±0,7	3,5±0,2	2,9±0,1	7,4±0,5

Примечание: * - различия относительно данных 1-ой подгруппы группы сравнения значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001), ^ - различия относительно данных 2-ой подгруппы группы сравнения значимы (^ - P<0,05, ^^ - P<0,001)

Таблица 4. Частота рецидивов УОЩЖ

Характер рецидива	Группа сравнения				Основная группа n=106		Всего n=268	
	1-подгруппа n=87		2-подгруппа n=75		абс.	%	абс.	%
	абс.	%	абс.	%				
Узловой зоб	10	11,5	2	2,7	1	0,9	13	4,8
Многоузловой зоб	13	14,9	4	5,3	3	2,9	20	7,5
Всего	23	26,4	6	8,0	4	3,8	33	12,3
Критерий χ^2	Df=1; $\chi^2 = 4.692$; p=0,031							

Таблица 5. Сравнительный анализ локализации рецидивных узлов в ЩЖ

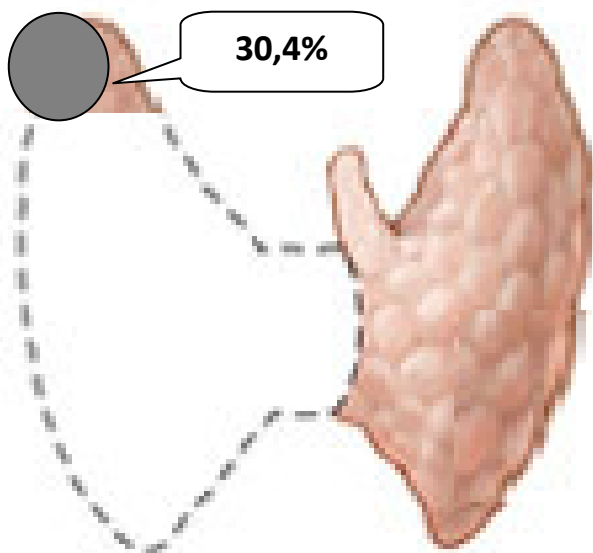
Объем оперативного вмешательства	Локализация рецидива								Всего	
	Оперированная доля		Контрлатеральная доля		Обе доли		Пирамидальный отросток			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-подгруппа группы сравнения (n=87)										
СРЩЖ (n=14)	-	-	-	-	1	12,5	-	-	1	4,3
ГТЭ+ЧР (n=13)	-	-	-	-	2	25,0	-	-	2	8,7
ГТЭ (n=35)	2	25,0	3	50,0	2	25,0	-	-	7	30,4
ЧРЩЖ (n=23)	6	75,0	3	50,0	3	37,5	1	100	13	56,5
Итого	8	100	6	100	8	100	1	100	23	100
2-подгруппа группы сравнения (n=75)										
СРЩЖ (n=45)	-	-	-	-	1	33,3	-	-	1	16,7
ГТЭ+ЧР (n=7)	-	-	-	-	1	33,3	-	-	1	16,7
ГТЭ (n=8)	-	-	1	50,0	-	-	-	-	1	16,7
ЧРЩЖ (n=4)	1	100,0	1	50,0	1	33,3	-	-	3	50,0
Итого	1	100	2	100	3	100	-	-	6	100
Основная группа (n=106)										
СРЩЖ (n=73)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ГТЭ+ЧР (n=7)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ГТЭ (n=41)	-	-	1	33,3	-	-	-	-	1	33,3
ЧРЩЖ (n=4)	1	100,0	2	66,7	-	-	-	-	3	66,7
Итого	1	100	3	100	-	-	-	-	4	100
Всего	10	30,4	11	33,3	11	33,3	1	3,0	33	12,3%

Из 268 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив УОЩЖ отмечен у 33 (12,3%) больных, при этом в группе пациентов, оперированных в 2010-2014 гг., этот показатель достигал 26,4% (табл. 4). В последующем частоту рецидивов заболевания удалось снизить во 2-подгруппе группы сравнения до 8,0%, а в основной группе до 3,8% (критерий $\chi^2 = 4.692$; p=0,031).

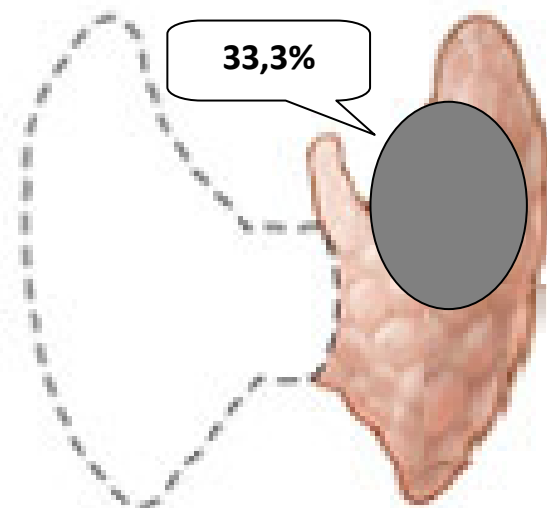
Нами изучены и проанализированы отдаленные результаты хирургического лечения

УОЩЖ с целью определения влияния выбора объема оперативных вмешательств в исследуемых группах и сопоставлены между собой (табл. 5.).

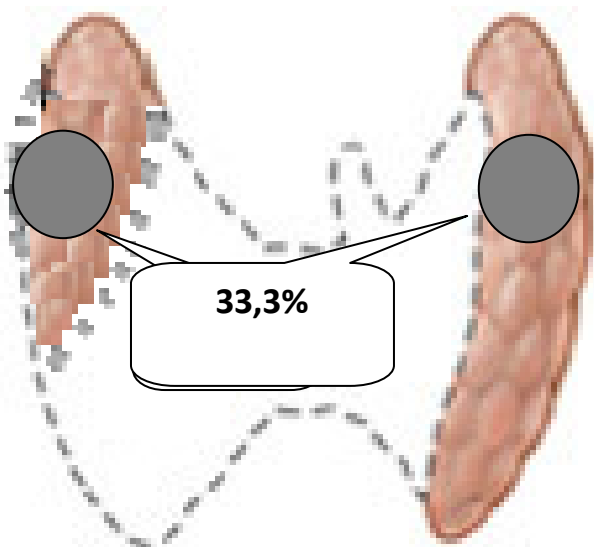
По данным таблицы 5, послеоперационный рецидив узлового или многоузлового нетоксического зоба развился у 33 (12,3%) у больных в сроки наблюдения до 12 лет.



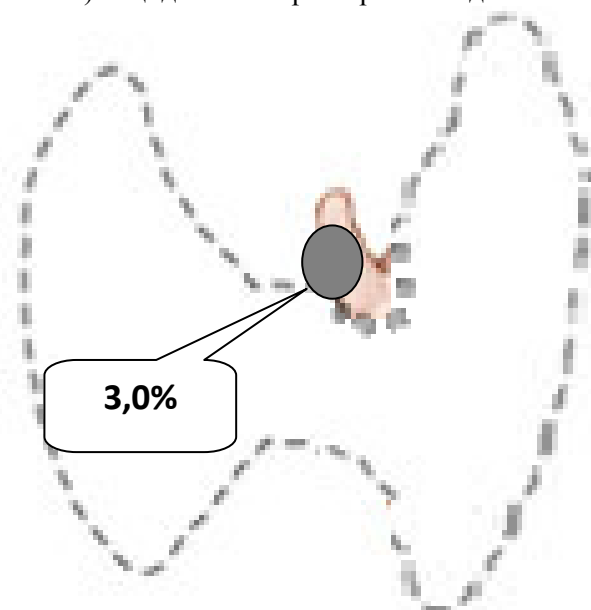
а) Рецидив в оперированной доле



б) Рецидив в контрлатеральной доле



в) Рецидив в обеих долях



г) Рецидив в пирамидальной доле

Рис. 1. Локализация рецидивных узлов в щитовидной железе

При этом в 11 (4,1%) случаях узловые образования были выявлены в ткани ЩЖ, где в момент первичной операции признаки узловой трансформации отсутствовали, что подтверждалось результатами сонографии и данными интраоперационной ревизии.

Из 33 больных рецидивными УОЩЖ рецидив в оперированной доле возник в 10 (30,4%) случаях, контрлатеральной доле в 11 (33,3%) случаях, рецидив в обеих долях возник в 11 (33,3%) случаях и в пирамидальном отростке в 1 (3,0%) случае (рис. 1).

Гипотиреоз в отдаленном послеоперационном периоде также считаем относительно неудовлетворительным результатом лечения. Клиническая картина значительно варьировала в зависи-

мости от выраженности и длительности дефицита тиреоидных гормонов, а также от возраста пациента и наличия у него сопутствующих заболеваний. Чем быстрее развивался гипотиреоз после хирургического удаления ЩЖ, тем быстрее явными клиническими проявлениями он сопровождался. С другой стороны, даже при одной и той же тяжести и длительности гипотиреоза, клиническая картина была весьма индивидуальной. То есть, с одной стороны, совершенно явный гипотиреоз мог не иметь никаких клинических проявлений и обнаруживался случайно, с другой – некоторые пациенты с субклиническим гипотиреозом могли предъявить массу характерных для осложненного тяжелого гипотиреоза жалоб.

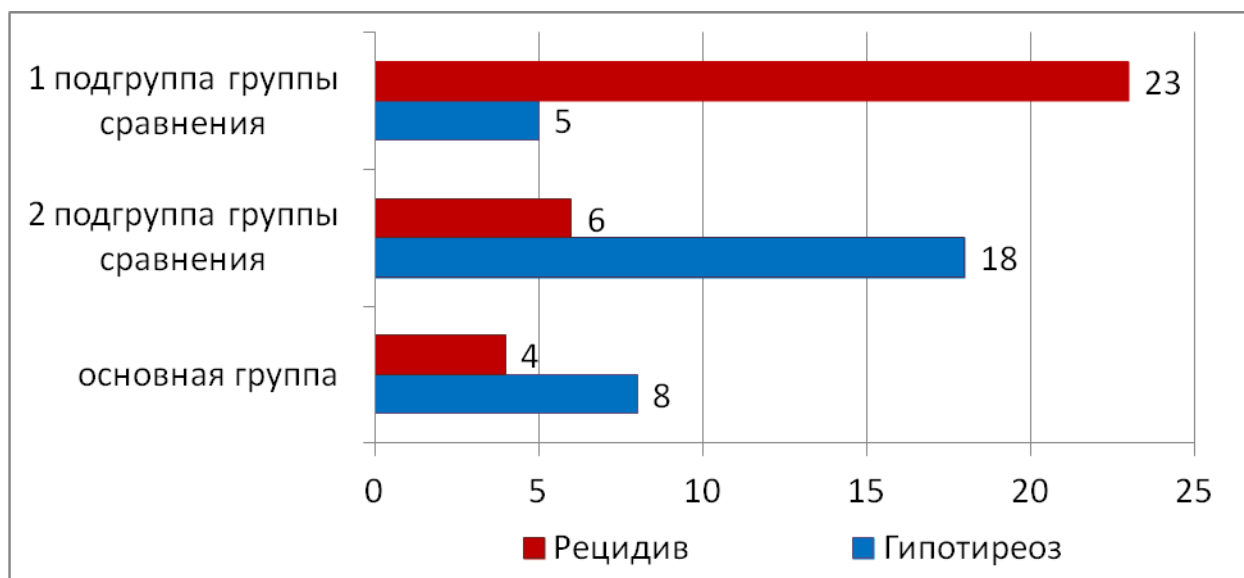


Рис. 2. Частота встречаемости неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде

Таким образом, разработанный алгоритм выбора тактики хирургического лечения УОЩЖ, с учетом объема удаления ЩЖ по данным заключения ТПАБ или экспресс-биопсии позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 14,8% (40 пациентов в группе сравнения) до 2,9% (4 пациента в основной группе) (критерий $\chi^2 = 4.954$; Df=1; p=0,027) и неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде с 32,1% (52 пациента в группе сравнения) до 11,3% (у 12 пациентов в основной группе) (рис. 2) (критерий $\chi^2 = 4.692$; Df=1; p=0,031).

Выводы:

1. Факторный анализ результатов лечения больных с УОЩЖ показал, что причиной развития рецидива у 26,4% явилось выполнение органосохраняющих оперативных вмешательств при узловом кистозно-коллоидном зобе с очагами аденоматоза и сочетании различных видов аденом с многоузловым коллоидным зобом. Причиной развития послеоперационного гипотиреоза в 24% случаев явилось превышение показаний к выполнению операций связанных с тотальным удалением ЩЖ.

2. В морфологической диагностике УОЩЖ информативность ТПАБ составила 91,8%, экспресс биопсии – 94,4%, сочетание этих методов повысила информативность до 98,1%. Внедрение в клиническую практику морфологической диагностики изменений нодулярной и перинодулярной ткани щитовидной железы, больным с УОЩЖ, позволило выбрать оптимальный объем хирургического вмешательства.

3. Разработанный алгоритм выбора объема хирургического вмешательства при УОЩЖ, с учетом данных заключения ТПАБ и/или экспресс-

биопсии позволил улучшить результаты лечения снижением частоты ближайших послеоперационных осложнений с 14,8% до 2,9% и неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде с 32,1% до 11,3%.

Литература:

1. Бабажанов А. С. и др. Пути улучшения результатов хирургического лечения и профилактики гипотиреоза у больных с многоузловым нетоксическим зобом // Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 10 (135). – С. 53-59.
2. Бабажанов А. С., Зайниев А. Ф., Алимов Ж. И. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения узловых образований щитовидной железы // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 26-32.
3. Гозибеков Ж. И., Зайниев А. Ф., Тилавова Ю. М. К. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 13 (60). – С. 61-70.
4. Давлатов С. С., Рахманов К. Э., Даминов Ф. С. Анализ результатов хирургического лечения патологии щитовидной железы // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 548-550.
5. Зайниев А. Ф., Гозибеков Ж. И., Абдурахмонов Д. Ш. Клинико-морфологические критерии выбора хирургического лечения токсического зоба // Finland International Scientific Journal of Education, Social Science & Humanities. – 2023. – Т. 11. – №. 5. – С. 2223-2231.
6. Зайниев А. Ф., Юнусов О. Т., Суярова З. С. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестник науки и образования. – 2017. – Т. 1. – №. 6 (30). – С. 107-111.

7. Исмаилов, С.И. Качество жизни пациентов на фоне терапии тироксином и комбинацией тироксина и трийодтиронина после тотальной тиреоидэктомии вследствие болезни Грейвса / С.И. Исмаилов, А.М. Акбутаев, А.А. Элов // Международный эндокринологический журнал. - 2017. - Т. 61, № 5. - С. 52-55.
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. Курбаниязов З. Б., Зайниев А. Ф., Алимов Ж. Отдаленные результаты хирургического лечения узлового зоба // Том-1. – 2022. – С. 207.
10. Рахманов К. Э. и др. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Завадские чтения. – 2017. – С. 145-148.
11. 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.
12. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.
13. Ризаев Ж. А., Адилова Ш. Т., Пулатов О. А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению республики Узбекистан // Аспирант и соискатель. – 2009. – №. 4. – С. 73-74.
14. Ризаев Ж. А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.
15. Ризаев Ж. А., Нарзиева Д. Б., Фуркатов Ш. Ф. Регионарная лимфотропная терапия при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области // Том-1. – 2022. – С. 386.
16. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.
17. Ризаев Ж. А., Рузимуротова Ю. Ш., Тураева С. Т. Влияние социально-гигиенических факторов труда и быта на здоровье медицинских сестер // Scientific progress. – 2022. – Т. 3. – №. 1. – С. 922-926.
18. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у больных с хронической сердечной недостаточностью // Journal of biomedicine and practice. – 2016. – Т. 1. – №. 1. – С. 6-10.
19. Ризаев Ж.А. и др. Персонифицированная терапия генерализованного пародонтита на основе интегральной оценки клинико-лабораторных показателей // Журнал «Проблемы биологии и медицины. – 2021. – №. 3. – С. 120.
20. Ризаев Ж. А., Абдуллаев А. С., Кубаев А. С. Перспективы лечения невритов в комплексе с этилметилгидроксипиридина сукцинат и комбилипен // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования. – 2022. – С. 20-24.
21. Shin YW. et al. Diminished Quality of Life and Increased Brain Functional Connectivity. Patients with Hypothyroidism After Total Thyroidectomy // Thyroid. -2020. - Vol. 26, № 5. - P. 641-649.
22. Schneider D.F. et al. Thyroidectomy as primary treatment optimizes body mass index in patients with hyperthyroidism // Ann Surg Oncol. - 2021. - Vol. 21, № 7. - P. 2303-2309.

ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Курбаниязов З.Б., Салохиддинов Ж.С., Зайниев А.Ф.,
Рахманов К.Э.

Резюме. В основу исследования включены результаты лечения 368 больных доброкачественными УОЩЖ, поступивших в хирургическое отделение многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2010 по 2023 гг. В зависимости от удаляемого объема ЩЖ произведены следующие типы операций: тиреоидэктомия, субтотальная резекция ЩЖ, гемитиреоидэктомия с частичной резекцией другой доли ЩЖ, гемитиреоидэктомия, частичная резекция ЩЖ. Разработанный алгоритм выбора тактики хирургического лечения УОЩЖ, с учетом объема удаления ЩЖ по данным заключения ТПАБ или экспресс-биопсии позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 14,8% (40 пациентов в группе сравнения) до 2,9% (4 пациентов в основной группе) (критерий $\chi^2 = 4.954$; Df=1; p=0,027) и неудовлетворительных результатов в отдаленном послеоперационном периоде с 32,1% (52 пациентов в группе сравнения) до 11,3% (у 12 пациентов в основной группе) (критерий $\chi^2 = 4.692$; Df=1; p=0,031).

Ключевые слова: узловой зоб, хирургическое лечение, рецидив.