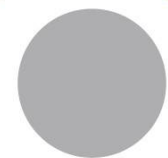




ISSN: 2181-3426  
Journal DOI: 10.26739/2181-3426



**MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI**

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 4

ISSUE 1

**2024**

# MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

4 ЖИЛД, 1 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
ТОМ 4, НОМЕР 1

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL  
VOLUME 4, ISSUE 1

«INNOVATSIYA VA INTEGRAL ENDOKRINOLOGIYA»  
O'zbekiston endokrinologlarining III xalqaro Kongressi

"INNOVATIONS AND INTEGRATIVE ENDOCRINOLOGY"  
III international congress of endocrinologists of Uzbekistan

«ИННОВАЦИИ И ИНТЕГРАТИВНАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»  
III международный конгресс эндокринологов  
Узбекистана

**МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА**

Учредитель:

Национальная  
Ассоциация  
эндокринологов  
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2024

# MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

№1 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2024-1>

**Бош мухаррир:**  
**Главный редактор:**  
**Chief Editor:**

**Хайдарова Ф. А.**  
Заместитель директора РСНПМЦ  
Эндокринологии по лечебной работе, главный  
эндокринолог РУз, д.м.н., профессор

**Бош мухаррир ўринбосари:**  
**Заместитель главного редактора:**  
**Deputy Chief Editor:**

**Халимова З. Ю.**  
Заместитель директора РСНПМЦ  
Эндокринологии по науке, д.м.н.,  
профессор

**Маъсул котиб:**  
**Ответственный секретарь:**  
**Executive Secretary:**

**Каланходжаева Ш. Б.**  
Заведующая Учебного центра при  
РСНПМЦ Эндокринологии, к.м.н.

**Техник котиб:**  
**Технический секретарь:**  
**Technical Secretary:**

**Сиддиқов А.А.**  
РСНПМЦ Эндокринологии

## ТАХРИРИЙ МАСЛАХАТ КЕНГАШИ | РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ | EDITORIAL BOARD

**Т. Камалов**

Заведующий Отделением гнойные осложнения  
сахарного диабета, Республиканского  
Специализированного Научно-Практического  
Медицинского Центра Эндокринологии имени  
академика Ё. Х. Туракулова  
д.м.н.

**М. Каримов**

ГУ “РСНПМЦТ и МР”, руководитель  
отдела гастроэнтерологии, д.м.н.,  
Профессор

**Д. Набиева**

Ташкентская медицинская академия,  
заведующая кафедрой факультетской и  
госпитальной терапии №1 с курсом  
профессиональных заболеваний, д.м.н.,  
доцент

**Н. Алиханова**

Заведующая научного отдела Диабетологии  
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

**Г. Наримова**

Заведующая отделением Тиреоидной патологии  
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

**Н. Юлдашева**

Руководитель отдела патологии сетчатки и  
зрительного нерва РСНПМЦ  
Эндокринологии, д.м.н.

**Л. Аббосхужаева** - старший научный  
сотрудник, к.м.н. РСНПМЦЭ Председатель  
Эндокринологической и Диабетической  
Ассоциации Узбекистана

**Ю. Урманова**

Доцент кафедры эндокринологии с детской  
эндокринологией ТашПМИ, д.м.н.

**Н. Алимова**

С.н.с. Отдела детской эндокринологии  
РСНПМЦ Эндокринологии. Главный педиатр  
эндокринолог МЗ РУз к.м.н

**А. Садыкова**

Учёный секретарь, к.м.н.

**А. Холикова**

Заведующая отделением нейроэндокринологии  
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

**А. Алиева**

Заместитель главного врача по стационару  
Республиканского специализированного научно-  
практического медицинского центра  
эндокринологии МЗ РУз имени академика  
Я.Х.Туракулова, к.м.н.

**Н. Садикова**

Ташкентская медицинская академия,  
доцент кафедры Внутренние болезни  
№2, к.м.н.

**А. Каримов**

Руководитель отделения нейрохирургии  
РСНПМЦ Эндокринологии, директор РСНПМЦ  
Неврологии и Инсульта, к.м.н.

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**А. Алимов** - Заместитель министра здравоохранения начальник Главного управления здравоохранения, д.м.н., профессор

**Д. Нажмутдинова** - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Внутренние болезни №2, д.м.н., профессор

**Ж. Аканов** - ОФ “Казахстанское общество по изучению диабета”, Президент, к.м.н., главный внештатный эндокринолог г. Алматы, главный врач Центра Диабета МК “ААА”, член AASD, ISE

**Ф. Бахритдинова** - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Офтальмологии, д.м.н., профессор

**М. Каттаходжаева** - Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, профессор кафедры акушерства-гинекологии, д.м.н., профессор

**В. Мирзаде** - Председатель Азербайджанской Ассоциации Эндокринологии, Диабетологии и Терапевтического Обучения, Заведующий кафедрой терапии Азербайджанского государственного Института совершенствования врачей им. А. Алиева, Председатель Научного Общества Эндокринологов Азербайджана, Пожизненный член Международной Диабетической Федерации, д.м.н., профессор

**З. Камалов** - Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, заместитель директора по научной работе, заведующий лабораторией иммунорегуляции, д.м.н., профессор;

**Э. Гроссман** - Член академии медицинских наук Великобритании, Заслуженный профессор эндокринологии Оксфордского университета, Старший научный сотрудник Колледжа Грин Темплтон, профессор нейроэндокринологии Бартс и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

**А. Шек** - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМИ Кардиологии МЗ РУз, д.м.н., профессор

**Ф. Тураев** - директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, д.м.н.

**Б. Шагазатова** - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры внутренних болезней №2, д.м.н.

**М. Пауэлл** - Старший консультант нейрохирург Национальной больницы неврологии и нейрохирургии, Директор по образованию нейрохирургии в Великобритании, член комитета и экзаменатор Межвузовского совета по нейрохирургии Королевского хирургического колледжа

**В. Панькив** - Заведующий отделом профилактики, лечения сахарного диабета и его осложнений Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, эксперт МЗ Украины по эндокринологии, Заслуженный врач Украины д.м.н., профессор

**Б. Даминов** - Ректор Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, д.м.н., Профессор

**Т. Хегай** - Заведующая лабораторией геномно-клеточных технологий Института иммунологии и геномики человека АН РУз, д.м.н.

**Е. Георгадзе** - Профессор Национального института эндокринологии Тбилиси MD, PhD

**Т. Саатов** - Институт Биофизики и биохимии при НУ Уз, заведующий лабораторией Метаболизма, доктор биологических наук, профессор, академик АН РУз.

**Р. Базарбекова** - Председатель РОО «Ассоциация врачей-эндокринологов Казахстана», заведующий кафедрой эндокринологии КазМУНО, д.м.н., профессор

**Л. Туйчиев** - Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н., профессор

**А. Гадаев** - Профессор кафедры внутренних болезней 3 Ташкентской медицинской академии, д.м.н.

**Г. Рахимова** - Заведующая кафедрой эндокринологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, д.м.н., профессор

**Ш. Зуфарова** - директор Республиканского центра репродуктивного здоровья населения, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>1. Юлдашев О.С., Бобоева Д.Ш.</b><br>“ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА”.....                                                                                                                                                                               | 7  |
| <b>2. Кожаназаров А.А., Алиева А.В., Рахманкулов К.Х.</b><br>ОФИР ГИПОГЛИКЕМИЯНИ ДАВОЛАШ: БОЛАЛАРДА ВЕНА ИЧИГА ГЛЮКОЗАГА<br>ЮҚОРИ ЭҲТИЁЖ.....                                                                                                                                          | 13 |
| <b>3. М.М.Рашитов</b><br>РЕЗУЛЬТАТЫ СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ ПОШАГОВОЙ ТЕХНИКИ<br>ТИРЕОИДЭКТОМИИ.....                                                                                                                                                                                       | 17 |
| <b>4. Султанова Ш.Т., Алимов А.В., Ганиева Ч.Ш., Норпулатова И., Фроянченко Г.А.</b><br>ДЕЛЕЦИИ ЛОКУСА AZF НА Y ХРОМОСОМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В<br>ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У МАЛЬЧИКОВ.....                                                                           | 24 |
| <b>5. Uralova D.U., Khalimova Z.Y., Mehmanova S.U., Xolova D.Sh., Rahimova G.N.,<br/>Suleymanova F.N., Abdullayeva A.U.</b><br>EVALUATION OF CLINICAL AND HORMONAL DATA OF CHILDREN OF UZBEK<br>NATIONALITY WITH PRECOCIOUS PUBERTY.....                                               | 29 |
| <b>6. Каланходжаева Ш.Б., Хайдарова Ф.А., Рахимова Г.Н., Сиддигов А.А.</b><br>МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В РАЗВИТИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ<br>ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА.....                                                                                       | 35 |
| <b>7. Далимова Г.А., Кодиров Ш.Й., Бегматова Х.А., Кодирова Ф.К., Юсупова Д.Д.,<br/>Салихова З.А., Салохутдинов Х.С., Салохутдинов Х.С.</b><br>ЦИСТАТИН-С - КАК ПРЕДИКТОРА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ<br>НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ТИПА<br>(обзорная статья)..... | 42 |
| <b>8. Садикова А.С., Юлдашева Ф.З., Рашитов М.М.</b><br>РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В<br>СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ.....                                                                                                                                      | 48 |
| <b>9. Халимова З.Ю., Алимухамедова Г.А., Мехманова С.У</b><br>БОЛЕЗНЬ АДДИСОНА: АСПЕКТЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.....                                                                                                                                                               | 53 |
| <b>10. Muminova S.U., Nasirova X.K., Akhmedova Sh.U., Perdebayeva Sh.K.</b><br>DIAGNOSIS OF HYPOGONADISM IN MEN WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS.....                                                                                                                                     | 59 |
| <b>11. Muratova Sh.T., Nazarova Sh.A.</b><br>FEATURES OF THYROID FUNCTION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH<br>NODULAR AND MULTINODULAR GOITER.....                                                                                                                                     | 63 |
| <b>12. Холиков А.Ю., Урманова Ю.М., Бердыкулова Д.М., Худойбердиева Д.Д.</b><br>АБЕТИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ: ПРОБЛЕМЫ ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ. ОБЗОР<br>ЛИТЕРАТУРЫ».....                                                                                                                     | 68 |

|                                                                                                                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>13. Наримова Г.Д., Анварова С.Ш.</b><br>ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СОСТАВА ТЕЛА И ИНДЕКСОВ<br>ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ЛЮДЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И<br>ОЖИРЕНИЕМ.....                                                         | 76  |
| <b>14. Ф.З. Юлдашева, М.М. Рашитов</b><br>ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ В ОБЛАСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ<br>ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.....                                                                                              | 85  |
| <b>15. Чекманов В.Н., Муратова Ш.Т., Ли В.А., Журавлева Н.С.</b><br>ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ<br>ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....                                                           | 92  |
| <b>16. Даминова Л.Т., Садикова Д.Ш., Муминова С.У.</b><br>РОЛЬ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2<br>ТИПА С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ.....                                                                | 99  |
| <b>17. Камалов Т.Т., Юнусова А.Б.</b><br>ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА И<br>ОЖИРЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ И В Г. ТАШКЕНТЕ.....                                                                                     | 104 |
| <b>18. Эгамбердиева М.Р., Бердыкулова Д.М., Азимова Ш.Ш., Алимова Н.У., Сиддиков А.А.</b><br>АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И<br>ПОДРОСТКОВ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА 5 ЛЕТ ПО РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.....          | 111 |
| <b>19. Алиджанова Д.А., Султанова Ш.Т.</b><br>НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БЕЛКИ И МАГНТНО-РЕЗОНАНСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ В<br>ДИАГНОСТИКЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ<br>ДИАБЕТОМ.....                                                    | 117 |
| <b>20. Муратова Ш.Т., Рахимова Г.Н., Джураева А.Ш., Шамансурова З.М., Юлдашева Ф.З., Каланходжаева Ш.Б.</b><br>ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАБЛЕТОК КАЛИЯ ЙОДИДА<br>1000 МКГ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ..... | 125 |
| <b>21. Ахмедова Ш.У., Зуфарова Д.С., Ибрагимов И.И.</b><br>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАВЫКОВ САМОКОНТРОЛЯ — ЭТО СПОСОБ ДОБИТЬСЯ<br>КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА.....                                                                     | 133 |
| <b>22. Muratova Sh.T., Makhmudova S.M.</b><br>INFLUENCE OF BARIATRIC SURGERY ON THE THYROID STATUS OF OBESITY<br>PATIENTS.....                                                                                                           | 139 |



М.М.Рашитов

Отделение эндокринной хирургии Республиканский  
 Специализированный Научно-Практический Медицинский  
 Центр Эндокринологии имени академика Ё.Х. ТУРАКУЛОВА.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ ПОШАГОВОЙ ТЕХНИКИ ТИРЕОИДЭКТОМИИ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12107131>

### АННОТАЦИЯ

**Введение:** Техника тиреоидэктомии достаточно хорошо изучена, но пошаговый алгоритм операции на щитовидной железе не существует. **Цель:** Оптимизировать технику тиреоидэктомии. **Материалы и методы исследования:** В работе представлен анализ 177 оперированных больных по поводу различных заболеваний щитовидной железы. Подготовка к операции больных проводилась общепринятым рекомендациям. **Результаты:** Были проанализированы частота осложнений после операции. Временный парез возвратного гортанного нерва наблюдался у 2 больных (1,1%), временная гипокальциемия наблюдалась у 37 больных (20,9%), которая полностью купировалась в течении 7 дней после назначения препаратов кальция и витамина Д. Послеоперационное кровотечение наблюдалось у одного больного (0,6%). **Выводы:** Предлагаемый нами стандартизированной пошаговый подход к тиреоидэктомии является эффективным методом лечения.

**Ключевые слова:** тиреоидэктомия, методы, результаты.

Rashitov M.M.

Department of endocrine surgery Practical Medical Center  
 of Endocrinology named after. Academician Y.Kh. Turakulov.

## RESULTS OF THE STANDARDIZED STEP-BY-STEP THYROIDECTOMY TECHNIQUE.

### ABSTRACT

**Introduction:** The technique of thyroidectomy is well studied, but there is no step-by-step algorithm for surgery. **Purpose:** Thyroidectomy technique optimization. **Materials and methods:** We studied 177 patients operated for thyroid diseases. Patients for surgery were prepared according to generally accepted recommendations. **Results:** The outcomes of surgery were analyzed. Temporary recurrent laryngeal nerve paresis was observed in 2 patients (1.1%), temporary hypocalcemia was observed in 37 patients (20.9%), which was completely relieved within 7 days after the prescription of drugs and resistance D. Postoperative bleeding was observed in one patient (0. 6%). **Conclusions:** Our proposed standardized stepwise approach to thyroidectomy is an effective treatment method.

**Key words:** thyroidectomy, methods, results.

Rashitov M.M.

Akademik Y.X. To'raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya  
ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, endokrin xirurgiya bo'limi

## STANDARTLASHTIRILGAN BOSQICHMA-BOSQICH THYROIDECTOMY TEKNIKASI NATIJALARI

### ANNOTATSIYA

**Kirish:** Tiroidektomiya texnikasi yaxshi o'rganilgan, ammo operatsiya uchun bosqichma-bosqich algoritm mavjud emas. **Maqsad:** Tiroidektomiya texnikasini optimallashtirish. **Materiallar va usullar:** Biz qalqonsimon bez kasalliklari bo'yicha operatsiya qilingan 177 bemorni o'rgandik. Operatsiya uchun bemorlar umumiy qabul qilingan tavsiyalarga muvofiq tayyorlangan. **Natijalar:** Jarrohlik natijalari tahlil qilindi. Vaqtinchalik qaytuvchi larengeal nerve parezi 2 bemorda (1,1%), vaqtinchalik gipokalsemiya 37 bemorda (20,9%) kuzatildi, bu dorilar va vitamin D. buyurilganidan keyin 7 kun ichida to'liq bartaraf etildi. Bir bemorda operatsiyadan keyingi qon ketish kuzatildi (0).6%). **Xulosa:** Tiroidektomiyaga bizning tavsiya etilgan standartlashtirilgan bosqichma-bosqich yondashuvimiz samarali davolash usuli hisoblanadi.

**Kalit so'zlar:** tiroidektomiya, usullar, natijalar

Сокращения: ВЩА – верхняя щитовидная артерия, НЩА – нижняя щитовидная артерия, ВГН – возвратный гортанный нерв, ВПЩЖ – верхняя паращитовидная железа, НПЩЖ – нижняя паращитовидная железа.

Выбор техники любой хирургической операции основывается на особенностях заболевания, опыта и предпочтений хирурга. Техника тиреоидэктомии до настоящего времени достаточно хорошо изучена и описана многими исследователями [1,3,11,14]. Предложены множество маневров и приемов, которые помогают в клинической работе. При этом разработка высоко-эффективного и безопасного, детального алгоритма хирургического вмешательства является залогом успешной операции с низким риском осложнений [4,5,6,8]. Однако, до настоящего времени банального общепринятого алгоритма с детализацией хирургического «маршрута» при операциях на щитовидной железе не существует. Большинство специалистов описывают только общие принципы тиреоидэктомии, которые с практической точки зрения часто недостаточно информативны [7, 9,10].

Нами проведен анализ литературы и собственного опыта по сотрудничеству с различными школами эндокринной хирургии мира, с такими как Франции (профессор Чарльз Пруа, 1999), Австрии (профессор Бруно Нидерле 2002, 2004), России (профессор Романчишен А.Ф. 2009 семинар по эндокринной хирургии в Шымкенте, Казахстан), Японии (профессор Такахиро Окамото, 2010), Южной Кореи (профессор Пэк Нум Сон, 2016) по особенностям техники проведения тиреоидэктомии при различных заболеваниях щитовидной железы.

Большой вклад в изучение топографо-анатомических особенностей щитовидной железы и соединительно – тканых структур фиксирующих ЩЖ внесли Российские ученые, которые несомненно играют важную роль в понимании и хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы. [2, 12,13]

Основываясь на вышесказанном и собственном клиническом материале мы предлагаем пошаговую, структурированную технику тиреоидэктомию основанную на поэтапной мобилизации соединительно – тканых структур фиксирующих щитовидную железу. Систематизированный пошаговых подход техники тиреоидэктомии позволит лучше понять топографоанатомические особенности щитовидной железы и может служить в качестве пособия как для молодых начинающих хирургов, так и для опытных хирургов.

**Цель:** Оптимизировать алгоритм техники тиреоидэктомии основанной на поэтапной мобилизации соединительно – тканых структур фиксирующих щитовидную железу. Систематизация имеющихся технических приемов и определение этапности при выполнении тиреоидэктомии.

**Материалы и методы исследования:**

В работе представлен анализ 177 оперированных больных по поводу различных заболеваний ЩЖ (таблица 1) в отделении эндокринной хирургии Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Эндокринологии имени академика Ё.Х. ТУРАКУЛОВА. Подготовка к операции больных включала следующие исследования: Клинико- биохимические обследования, УЗИ, определение тиреоидных гормонов и ТТГ, тонкоигольная аспирационная биопсия, кальций крови. Состояние голосовых связок осматривались ЛОР врачом до и после операции.

Протокол операции. Ход операции мы условно обозначили пятью шагами, тем самым определили структуру техники тиреоидэктомии:

Пять шагов структурированной техники тиреоидэктомии (Рис 1):

1. Доступ к щитовидной железе, перевязка вены Кохера (при наличии) (А).
2. Пересечение верхней подвешивающей связки, ВЩА, Заднего фасциального листка до ВПЩЖ (Б).
3. Идентификация НЩА, ВГН, НПЩЖ. Мобилизация доли ЩЖ, с пересечением НЩА и сохранением ВГН, НПЩЖ и ВПЩЖ. Пересечение связки Берри (В).
4. Пересечение связки вдоль перстневидного хряща, Фасциальных листков вдоль краев колец трахеи. Тиреоидэктомия (лобэктомия) (Г).
5. Центральная и/или боковая диссекция л/у (по показаниям). Закрытие раны (Д).

Были проанализированы частота послеоперационных осложнений, такие как гипокальциемия и травма ВГН (временные или постоянные), послеоперационное кровотечение. Осложнения были изучены в корреляции с полом, возрастом, предоперационным диагнозом, тиреоидным статусом, целью операции (первичная, рецидивная, заключительная) и объемом операции.

ВГН рутинно определяли у всех больных. ВГН аккуратно прослеживали до входа в гортань. Все ПЩЖ идентифицировали при возможности. При нарушении кровообращения ПЩЖ размельчались скальпелем и трансплантировались в m. sternocleidomastoid.

#### Результаты и обсуждение.

Средний возраст больных составил 41,4+12,8, женщины преобладали чем мужчины (155 и 12 соответственно). Проведенное исследование показало, что большинство больных имели диагноз многоузловой зоб (75,7%), ДТЗ составили 16,4% и РЩЖ 7,9%. Многоузловой зоб и ДТЗ больших размеров, то есть 4-5 степени, составили в совокупности 8%. В состоянии эутиреоза были 60,5% больных. Больных с тиреотоксикозом, это больные с ДТЗ и многоузловым токсическим зобом, готовили к операции пероральными тиреостатиками 30 мг/сутки до достижения гипотиреоза и давали раствор Люголя в течении среднем 30 дней. Целью операции было первичная операция у 175 больных, у 1 рецидив и у 1 больного заключительная операция. Анализ объема операции показал, что тотальная тиреоидэктомия составила 45,2%, околототальная тиреоидэктомия 10,2%, гемитиреоидэктомия 33,9% и меньше чем гемитиреоидэктомия 10,7%.

Были проанализированы частота осложнений после операции. Временный парез ВГН наблюдался у 2 больных (1,1%), временная гипокальциемия наблюдалась у 37 больных (20,9%), которая полностью купировалась в течении 7 дней после назначения препаратов кальция и витамина Д. Послеоперационное кровотечение наблюдалось у одного больного (0,6%).

Таблица 1.

| ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ   |           |      |
|--------------------------|-----------|------|
| Демографические данные   | n         | %    |
| Количество больных       | 177       |      |
| Возраст (год)            | 41,4+12,8 |      |
| Пол Ж/М                  | 155/12    |      |
| Предоперационный диагноз |           |      |
| Многоузловой зоб         | 134       | 75,7 |

|                                  |     |      |
|----------------------------------|-----|------|
| ДТЗ                              | 29  | 16,4 |
| РЩЖ                              | 14  | 7,9  |
| <b>Тиреоидный статус</b>         |     |      |
| Эутиреоз                         | 107 | 60,5 |
| Гипертиреоз                      | 37  | 20,9 |
| Гипотиреоз                       | 33  | 18,6 |
| <b>Цель операции</b>             |     |      |
| Первичная                        | 175 | 98,9 |
| Рецидив                          | 1   | 0,6  |
| Заключительная                   | 1   | 0,6  |
| <b>Объем операции</b>            |     |      |
| Тотальная тиреоидэктомия         | 80  | 45,2 |
| Околототальная тиреоидэктомия    | 18  | 10,2 |
| Гемитиреоидэктомия               | 60  | 33,9 |
| Меньше чем гемитиреоидэктомия    | 19  | 10,7 |
| <b>Послеоперационный диагноз</b> |     |      |
| Доброкачественный                | 162 | 91,5 |
| Злокачественный                  | 15  | 8,5  |
| <b>Осложнения операций</b>       |     |      |
| Временный парез ВГН              | 2   | 1,1  |
| Постоянный паралич ВГН           | 0   | 0,0  |
| Временный ГПТ                    | 37  | 20,9 |
| Постоянный ГПТ                   | 0   | 0,0  |
| ПО кровотечение                  | 1   | 0,6  |

Первый шаг, согласно предложенной нами структуре тиреоидэктомии, это произведение доступа к ЩЖ и перевязка вены Кохера, при ее наличии. Это позволяет мобилизовать долю ЩЖ верх и медиально, освобождение латеральной поверхности доли ЩЖ до верхнего полюса с помощью тупфера.

Во втором шаге мы пересекали верхнюю подвешивающую связку, ветви ВЩА и задний фасциальный листок до ВПЩЖ. При данном этапе доля ЩЖ отводилась вниз и латерально для лучшей визуализации крико-тиреоидного пространства или пространство Ривза. ВПЩЖ на данном этапе не трогали.

В третьем шаге доля ЩЖ, с освобожденным верхним полюсом отводили вверх и медиально, создавая некоторое напряжение в боковой поверхности доли. Это позволяло легко идентифицировать НЩА. Идентификация НЩА является ключом для идентификации ВГН и НППЩЖ. По мере мобилизации и низведения этих структур доля ЩЖ становилась достаточно мобильной. НППЩЖ оставалась на сосудистой ножке. При невозможности этого она удалялась и размеченном виде трансплантировалась в m. sternocleidomastoid у 4 больных. Поиск ВГН удобнее и безопаснее всего было проводить в трахеопищеводной борозде в надключичной области, далее мы проводили диссекцию ВГН на всем протяжении до входа в гортань. НЩА пересекалась максимально ближе к ткани ЩЖ. Это позволяло сохранить ветви НЩА кровоснабжающие ВПЩЖ и НППЩЖ. ВПЩЖ низводилась с окружающей ее жировой подушкой в момент мобилизации бугорка Цукеркандля, то есть ближе к последним этапам диссекции ВГН. Далее у входа ВГН в гортань после тщательной проверки и лигирования сосудов пересекалась связка Берри.

Четвертый шаг заключается в освобождении и удалении практически полностью мобилизованной доли ЩЖ путем пересечения связки вдоль перстневидного хряща и

фасциальных листков вдоль краев колец трахеи. Противоположенная доля идентичным образом удалялась при необходимости.

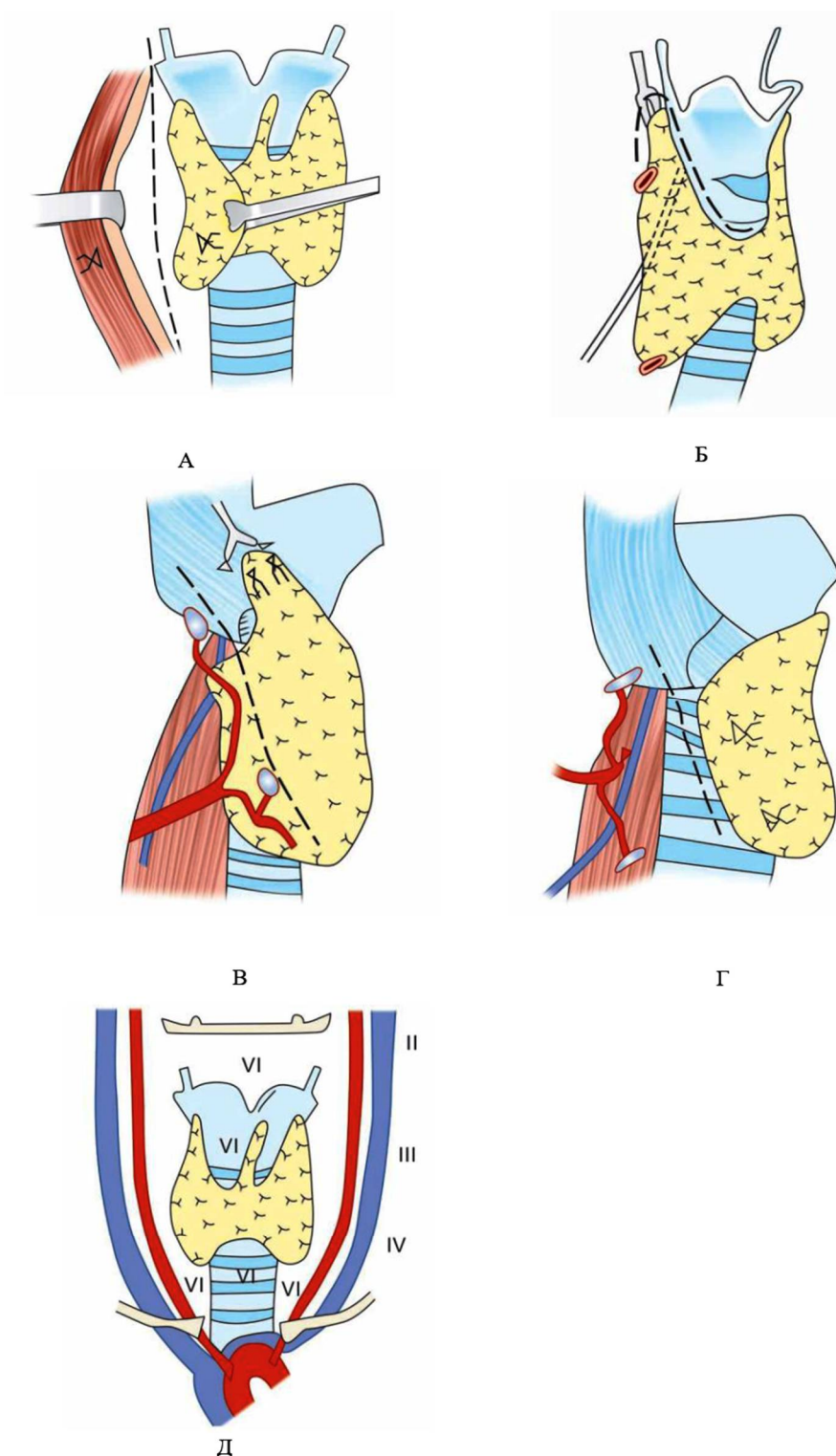


Рисунок 1. Стандартизированный пошаговый метод тиреоидэктомии. (Схематический рисунок иллюстрации шагов (А, Б, В, Г, Д)).

Пятый шаг - центральная и/или боковая диссекция лимф узлов шеи, которые проводятся по показаниям. У 14 больных (7,9%) мы проводили модифицированную профилактическую боковую лимфатическую диссекцию. Рутинно центральную лимфатическую диссекцию не проводили. Закрывали раны проводили традиционным путем. Все больные с РЩЖ получали плановую радиойодтерапию.

Анализируя полученные данные, хотим отметить, что транзиторная гипокальциемия наблюдалась из-за мобилизации и низведения ПЩЖ за счет временного отека сосудистой ножки железы. Верхнюю ПЩЖ, которая находится выше и дорсальнее ВГН мы старались не мобилизовать, а оставляли в жировой подушке, где она обычно находится. Во время диссекции ВГН и связки Берри ВПЩЖ оставалась на своем месте практически не тронутой. Лигирование НЩА близко к ткани ЩЖ позволяло сохранить ее ветвь питающую ВПЩЖ. Идентификация ВГН на всем протяжении позволяла его сохранность, проводить практически бескровную операцию и предсказывать риски и последствия во время проведения операции.

При анализе частоты осложнений в корреляции с другими показателями такими, как предоперационный диагноз, размер ЩЖ, тиреоидный статус, объем операции и другими показателями достоверной разницы не было. Это еще раз показывает, что предложенная тактика является высоко эффективной и безопасной.

Хотим отметить еще такой момент, что если при операциях на ЩЖ ВГН и ПЩЖ хорошо видны и они на безопасном расстоянии при доброкачественных узлах, то нет необходимости полностью выделять ВГН и ПЩЖ во избежание риска ятрогенной травматизации последних. Рациональный баланс при экстрафасциальной тиреоидэктомии нужно придерживаться при выборе оптимальной техники в пользу первую очередь безопасности и прогноза. Особенно при ДТЗ и АИТ с узлами выделение ВЩА, НЩА, ВГН и ПЩЖ требуется большая осторожность при операциях из-за хронического воспаления и адгезии их с тканью ЩЖ.

Таким образом, определенные нами пять шагов при операциях на ЩЖ позволили лучше планировать операцию с минимальными осложнениями. В ходе техники операции на ЩЖ мы ни чего нового в плане хирургических приемов и маневров не предлагаем, а всего лишь провели систематизацию существующих приемов тиреоидэктомии в свете достижений современной медицины. Надеемся, что предложенные пять шагов стандартизированной техники тиреоидэктомии могут служить учебным пособием для начинающих хирургов и будут полезными, как для молодых, так и опытных хирургов в их клинической практике.

## Список литературы.

1. Ismailov SI, Alimjanov NA, Babakhanov BK, et al. Long-term results after total thyroidectomy in patients with Grave's disease in Uzbekistan: retrospective study. *World J Endocr Surg* 2011;3(2):79–82. DOI: 10.5005/jp-journals-10002-1062
2. Белоконев В.И., Ковалева З.В., Старостина А.А., и др. Техника тиреоидэктомии — основа улучшения результатов лечения больных с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы. *Мат. 25 Российского симпозиума. Самара: Современные аспекты хирургической эндокринологии (2015:70-76).* [Belokonev VI, Starostina AA, Kovaleva ZV, et al. *Texnika tireoidektomii-osnova uluchsheniya rezul'tatov lecheniya bol'nix s dobrokachestvennimi zabolovaniyami shitovidnoy jelezi. Mat. 25 Rossiyskogo simpoziuma. Samara, Sovremennye aspekti xirurgicheskoy endokrinologii. 2015:70-76. (In Russian)*]
3. Becker WF. Presidential address: pioneers in thyroid surgery. *Ann Surg* 1977;185(5):493–504. DOI: 10.1097/00000658-197705000-00001
4. Crile GW. *The Thyroid Gland.* WB Saunders Philadelphia; 1923.
5. Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. *Br J Surg* 1996;83(6):875. DOI: 10.1002/bjs.1800830656
6. Halsted WS. The operative history of goiter. The author's operation. *Hosp Rep* 1920;74(10):693–694. DOI: 10.1001/jama.1920.02620100053037

7. Harness JK, Heerden JAV, Lennquist S, et al. Future of thyroid surgery and training surgeons to meet the expectations of 2000 and beyond. *World J Surg* 2000;24(8):976–982. DOI: 10.1007/s002680010168
8. Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y, et al. Are there significant benefits of minimally invasive endoscopic thyroidectomy? *World J Surg* 2004;28(11):1075–1078. DOI: 10.1007/s00268-004-7655-2
9. Kocher T. Uber Kropfextirpation und ihre Folgen. *Arch Klin Chir* 1883;29:254–337.
10. Lahey FH. Routine dissection and demonstration of recurrent laryngeal nerve in subtotal thyroidectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1938;66:775–777.
11. Mayo CH. Ligation and partial thyroidectomy for hyperthyroidism. In: Mellish MH, editor. *Collected Papers by the Staff of St. Mary's Hospital, Mayo Clinic*. Rochester: Mayo Clinic; 1910.
12. Романчишен А.Ф., Багатурия Г.О., Карпатский И.В. Особенности мобилизации щитовидной железы с учетом топографии ее соединительнотканых фиксирующих элементов. — *Вестник хирургии имени ИИ Грекова*. — 2009. 168(6), pp. 49–55. [Romanchyshen AF, Bagaturiya GO, Karpatsky IV. Features of mobilization of the thyroid gland taking into account the topography of its connective tissue fixation elements. *Bulletin of surgery I.I. Grekova*. 2009; 6: 49-55 (In Russian)]
13. Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А. Хирургическая профилактика повреждений возвратных гортанных нервов при операциях по поводу заболеваний щитовидной железы. — *Вестник хирургии имени ИИ Грекова*. — 2007, 6: 49-55. [Romanchyshen AF i Romanchyshen FA. Khirurgicheskaya profilactika povrejdeniy vozvratnih gortannih nervov pri operatsiyah po povodu zabolevaniy shitovidnoy zjelezi. *Bulletin of surgery I.I. Grekova*. — 2007, 6: 49-55 (In Russian)]
14. Takami H, Ito Y, Okamoto T, et al. Revisiting the guidelines issued by the Japanese society of thyroid surgeons and Japan association of endocrine surgeons: a gradual move towards consensus between Japanese and western practice in the management of thyroid carcinoma. *World J Surg* 2014;38(8):2002–2010. DOI: 10.1007/s00268-014-2498-y



ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426

# MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

4 ЖИЛД, 1 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
ТОМ 4, НОМЕР 1

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL  
VOLUME 4, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)

ООО Тадqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Тел: (+998-94) 404-0000