

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВОГО ЗОБА

Бобоева Д.Ш. магистр, Юлдашев О.С. PhD
Ургенческий филиал Ташкентской
Медицинской Академии, город Ургенч,
Хорезмская область, Узбекистан

Аннотация. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболевания щитовидной железы занимают 2-е место по распространенности среди эндокринных нарушений после сахарного диабета. Узловой зоб является одним из наиболее распространённых заболеваний, которое несмотря на достижения научно-технического прогресса, всё же остаётся малоизученной проблемой современной медицины. Широкое использование современных методов диагностики (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) привело к выявлению огромного количества инциденталом щитовидной железы. Это, в свою очередь, требует наличия четких и обоснованных клиническим опытом рекомендаций по диагностике и лечению узлового зоба. Основным направлением при обследовании пациентов с узловым зобом является исключение злокачественной природы образования щитовидной железы.

Ключевые слова: узловой зоб, рак щитовидной железы, ультразвуковое исследование, цитологическое исследование, ACR TIRADS, Bethesda.

Введение. Ведущее место среди всей тиреоидной патологии занимает узловой зоб. Узловой зоб – это собирательное клиническое понятие, объединяющее различные по морфологии объемные образования щитовидной железы, выявляемые с помощью пальпации и визуализирующих инструментальных методов диагностики. Узловые образования щитовидной железы выявляются примерно у 4–7% людей, проживающих в регионах с нормальной йодной обеспеченностью. В регионах йодного дефицита распространенность узлового зоба значительно выше, особенно у женщин

старше 40 лет, где она может превышать 30%. Таким образом, распространенность узлового зоба зависит не только от йодного обеспечения, но также от пола и возраста [4]. Патологическое значение узлового зоба сводится к тому, что узловое образование может являться злокачественной опухолью ЩЖ. Среди узловых образований щитовидной железы рак выявляется в 4,7–5,0% наблюдений [2]. В мире проводится ряд научных исследований, направленных на выявление снижения качества жизни больных узловым зобом, на раннюю диагностику и профилактику их перехода в рак. Качество жизни больных узловым зобом зависит выявления факторов риска улучшения и снижения смертности от заболевания, перехода в злокачественное новообразование [5]. В последние годы американскими учёными доказана эффективность применения ими метод, предложенную в 2009 г. E. Horvath и соавт. и модифицированную J.Y. Kwak и соавт. в 2011 г. классификацию TIRADS (Thyroid Image Reporting and Data System) -это классификация определенных признаков, выявляемых при УЗИ ЩЖ, по степени риска злокачественного образования, система интерпретации и протоколирования очаговой патологии ЩЖ для разработки тактики ведения пациента. Использование шкалы позволяет значительно улучшить интерпретацию выявляемой патологии ЩЖ и стандартизировать лечебно-диагностический алгоритм [6]. Наиболее эффективно используется шести стандартная категорий заключений современной международной цитологической классификации (Bethesda Thyroid Classification, 2009), в котором :

- I категория оценивается как неинформативная пункция, так как это может быть периферическая кровь, густой коллоид или кистозная жидкость;
- II категория – доброкачественное образование (коллоидные и аденоматозные узлы, хронический аутоиммунный тиреоидит, подострый тиреоидит);
- III категория – атипия неопределенного значения (сложная для интерпретации пункция с подозрением на опухолевое поражение);

- IV категория – фолликулярная неоплазия;
- V категория – подозрение на злокачественную опухоль (подозрение на папиллярный рак, подозрение на медуллярный рак, подозрение на метастатическую карциному, подозрение на лимфому);
- VI категория – злокачественная опухоль (папиллярный рак, низкодифференцированный рак, медуллярный рак, анапластический рак) [3].

В то же время, что при лечении узлового зоба профилактика послеоперационных осложнений и объём применения оперативного лечения являются причины дискуссий и оценка результатов хирургии имеет особое значение.

Цель исследования. Показать и проанализировать опыт применения систем ACR TIRADS и Bethesda на практике хирургии щитовидной железы и роль этих систем при преждевременном выявлении рака щитовидной железы.

Материал и методы исследования. Объектом исследования послужили истории болезни, сведения, зарегистрированные в операционных журналах и амбулаторных картах 30 больных, прооперированных по поводу узлового зоба в периоды 2023-2024 гг., были изучены данные использования систем ACR TIRADS и Bethesda у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на ЩЖ в Хорезмском филиале РСНПМЦ и были изучены данные использования систем ACR TIRADS и Bethesda у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на ЩЖ в клинике «Центр здоровья» г.Ургенч в период с 01.05.2023 по 01.02.2024 гг.

С целью выполнения поставленных задач в процессе исследования были использованы объективные и субъективные, лабораторные методы исследования гормонов общий Т3, свТ4, ТТГ, а также инструментальные, в частности УЗИ, цитологические, экспресс-гистологические и статистические методы исследований.

Результаты исследования. Полученные данные от применения систем ACR TIRADS и Bethesda показали свою эффективность в выявлении

морфологии узла щитовидной железы. Данные УЗИ ЩЖ были расценены классификацией TIRADS по категориям TIRADS-2, TIRADS-3, TIRADS -4, TIRADS -5, в 48%, 15%, 16%, 12% случаев соответственно. 43% результата ТАБ были отнесены к трем категориям классификации Bethesda, как B-IV - 26%, B-V – 15%, B-VI -3% соответственно. Показаниями к операции служили случаи подтвержденного рака ЩЖ (n=1), подозреваемого рака ЩЖ (n=8) наличия симптомов сдавления и/или загрудинного роста узлов ЩЖ (n=5). Были произведены в количестве 10 тотальных и 4 субтотальных тиреоидэктомий.

Вывод. Системы ACR TIRADS и Bethesda используются для определения дальнейшей тактики ведения пациентов и их главной задачей является преждевременное выявление злокачественных перерождений щитовидной железы.

Литература.

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., Герасимов Г.А., Гринева Е.Н., Кузнецов Н.С., и др. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба. – М., 2005.
2. Schlumberger M. Papillary and follicular thyroid carcinoma. *Ann. Endocrinol.*, 2007, 68(2–3):120-128.
3. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Мельниченко Г.А., Румянцев П.О., Фадеев В.В. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению (много)узлового зоба у взрослых. Проект. Редакция 2016 г.
4. Трошина Е.А., Платонова Н.М., Абдулхабирова Ф.М., Герасимов Г.А. Йоддефицитные заболевания в Российской Федерации: время принятия решений. М., 2012: 29-31.
5. Каримова М.М. Особенности течения узлового, смешанного и многоузлового зоба в условиях йододефицита: автореферат. дис...док.филос.мед.наук. Ташкент 2020.49с.
6. Xu S. Y., Zhan W. W., Wang W. H. Evaluation of thyroid nodules by a scoring and categorizing method based on sonographic features // *J. Ultrasound Med.* 2015. Vol. 34. N 12. P. 2179 2185.