

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С КИСТАМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****Т. Б. Махмудов, У. А. Шербек**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Таянч сўзлар: калконсимон без кисталари, морфологик расм, даволаш тактикаси.**Ключевые слова:** кисты щитовидной железы, морфологическая картина, тактика ведения.**Key words:** thyroid cysts, morphological picture, management tactics.

В статье произведен анализ различных подходов к лечению кист щитовидной железы, определены показания к различным видам лечения и их эффективность. Разработан алгоритм позволяющий выбрать способы ведения и лечения с кистами щитовидной железы основываясь на размерах кисты и ее морфологической картине.

**КАЛҚОНСИМОН БЕЗ КИСТАЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИГА
ТАБАҚАЛАШТИРИЛГАН ЁНДАШУВ****Т. Б. Махмудов, У. А. Шербек**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Мақолада калконсимон без кисталари даволашда турли ёндошувлар таҳлил қилинади, даволашнинг турли турларига кўрсатмалар ва уларнинг самарадорлиги аниқланади. Киста ҳажми ва унинг морфологик расмга қараб калконсимон без кисталарини даволаш ва даволаш усуллари танлашга берувчи алгоритм ишлаб чиқилган.

**DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TACTICS OF MANAGEMENT
OF PATIENTS WITH THYROID CYSTS****T. B. Makhmudov, U. A. Sherbekov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The article analyzes various approaches to the treatment of thyroid cysts, determines indications for various types of treatment and their effectiveness. An algorithm that allows choosing methods of management and treatment of thyroid cysts based on the size of the cyst and its morphological picture has been developed.

Актуальность темы: Полостное образование щитовидной железы определяемое пальпаторно или визуализируемое при помощи методов исследования, заполненное жидкостным содержимым называется кистой щитовидной железы (ЩЖ) и относится к ее узловым образованиям [1,3]. Кисты щитовидной железы клинически долгое время могут протекать бессимптомно, при достижении больших размеров могут вызывать «синдром сдавливания» расположенных рядом структур шеи, сдавливая нормальные ткани щитовидной железы и нарушая ее работу, приводить к удушью, охриплости голоса, нарушению акта глотания и болезненные ощущения в области шеи [2,5]. Киста щитовидной железы – это маленькая, но широко распространенная доброкачественная опухоль с полостью, в которой находится жидкое содержимое. Такое поражение встречается практически у 50% жителей планеты, а у людей предпенсионного и пенсионного возраста эта патология считается практически нормой [4,6,7]. Наиболее опасными осложнениями кист являются: воспаление и нагноение узлов, злокачественное перерождение [8,11]. В щитовидной железе могут развиваться различные по морфологическим формам узловые образования, при этом большая часть из них носит доброкачественный характер (узловой коллоидный зоб, аденома, киста щитовидной железы (9,10). Кисты (узлы) являются самой распространенной патологией щитовидной железы, причем в женской популяции она встречается в 4-8 раз чаще, чем в мужской [12,13].

Учитывая довольно широкое распространение данного заболевания и множество современных подходов к лечению этой патологии, актуальность этой проблемы не оспорима и требует дальнейшей разработки подходов к тактике ведения больных с кистами щитовидной железы отталкиваясь от их размеров и морфологической структуры.

Цель исследования. Разработать подход к лечению больных с киста щитовидной железы основываясь на морфологической структуре и размере кисты.

Материал и методы исследования. В период с 2018 по 2024 год в хирургических отделениях клиники СамГМУ и СамГМО проходили лечение 252 больных с кистами щитовидной железы. Все больные были разделены на 3 группы.

Первая группа включала – 98 пациентов, с размерами кист до 1 см в диаметре, кото-

рые подверглись консервативному лечению. Вторая группа – 64 пациента, с размерами кист от 1 до 3 см в диаметре, которые подверглись миниинвазивному лечению и третья группа составила 90 больных, данной группе были проведены хирургические вмешательства в связи с наличием у пациентов кист размерами 3 и более сантиметра в диаметре.

Распределение по половому и возрастному аспекту в исследуемых группах было идентично. Основная возрастная группа была в промежутке между 41 и 60 годами.

Все пациенты подверглись комплексному обследованию, включавшему общепринятые лабораторные исследования, в обязательном порядке определялся уровень тиреоидных гормонов и антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе, в начальном периоде и в различные сроки лечения. Специфические инструментальные методы диагностики включали, УЗИ ЩЖ (рис 1) и МРТ ЩЖ (рис 2).

Особое внимание при проведении инструментальных исследований уделялось характеру полостного образования.

Мы разделяли все кисты на простые полостные образования, которые содержали жидкостный компонент либо коллоид или солидный (тканевой/эпителиальный) компонент, такие кисты в большинстве случаев нами трактовались как доброкачественное образование, с минимальным риском перерождения. Вторую группу составляли сложные образования, это кисты многокамерного характера с солидным компонентом, данный тип кист трактовался как кисты с большой вероятностью злокачественного перерождения.

В исследуемых группах все кисты ЩЖ подвергались морфологическому исследованию, оно включало в дооперационном периоде тонкоигольную пункционную аспирационную биопсию (ТПБА), интраоперационную экспресс – биопсию и плановое гистологическое исследование удаленной ткани щитовидной железы у пациентов, прошедших оперативное лечение.

Произведен анализ результатов гистологических исследований больных, подвергшихся хирургическому лечению (n=90). Данные представлены в таблице №1.

Таблица 1.

Морфологический характер кист щитовидной железы в группе больных, подвергшихся хирургическому лечению.

Объем оперативного вмешательства	Количество больных	
	абс.	%
Коллоидная киста	53	58,9
Фоликулярная киста	32	35,6
Цистаденома	6	5,5
Итого	90	100,0

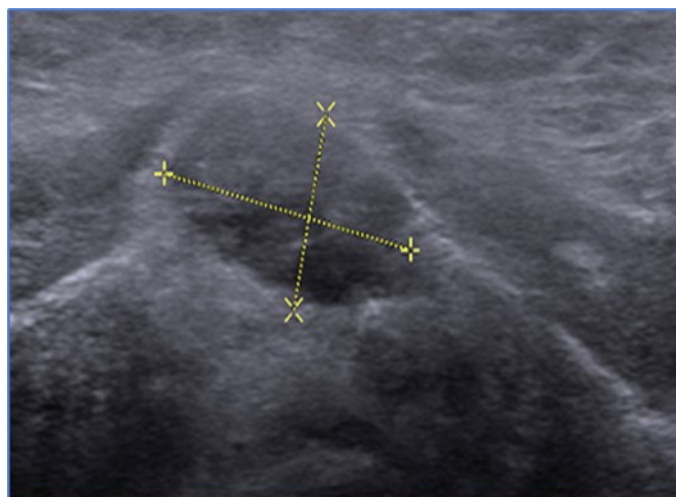


Рис. 1. Больная Д., 47 лет. На эхограмме киста правой доли ЩЖ II степени.

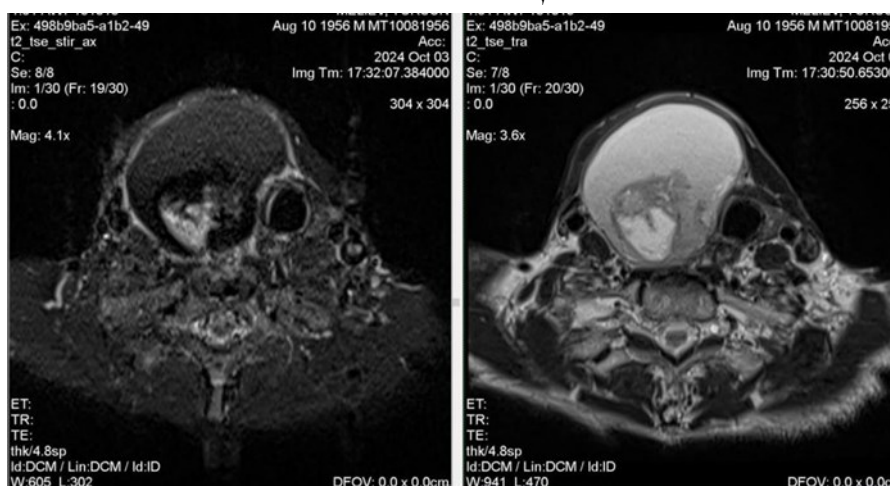


Рис. 2. Больной Мелиев Т., 63 лет. На МРТ киста правой доли щитовидной железы V степени, со сдавливанием органов шеи.

Всем пациентам с размерами кист до 1 см включенным в первую группу ($n=98$), проводилось консервативное лечение, ТПАБ и УЗИ наблюдение в динамике за размером кисты. Консервативное лечение проводилось с применением препаратов йода и тиреоидных гормонов. Динамическое наблюдение проводилось раз в 3 месяца и включало контроль гормонов щитовидной железы и ультразвуковое исследование. При выявлении у пациентов в крови высоких титров антител, проводилась отмена препаратов йода и производился переход на лечение тиреоидными гормонами. Положительным результатом лечения мы считали, уменьшение размеров кист либо отсутствие их роста, что наблюдалось у 94 (95,6%) больных, у 4 (4,4%) больных на фоне проводимого консервативного лечения была выявлена отрицательная динамика, сопровождавшаяся ростом и увеличением размеров кисты.

Пациенты с размерами кист от 1 и до 3 см в диаметре, были включены во вторую исследуемую группу ($n=64$), им проводилось миниинвазивное лечение включавшее этаноловую склеротерапию и лазериндуцированную термотерапию. Положительного эффекта удалось достичь у 96% больных с размерами кист до 2 см. При проведении миниинвазивного способа лечения кист размерами от 2 до 3 см, эффективность составляла 93,4%. В этой группе наблюдалось нагноение кисты у 2 пациентов и случаи кровотечения у 4 пациентов после проведенных манипуляций, что составило 5,2%. При развитии осложнений, больным применялся хирургический способ лечения кист (рис 3).

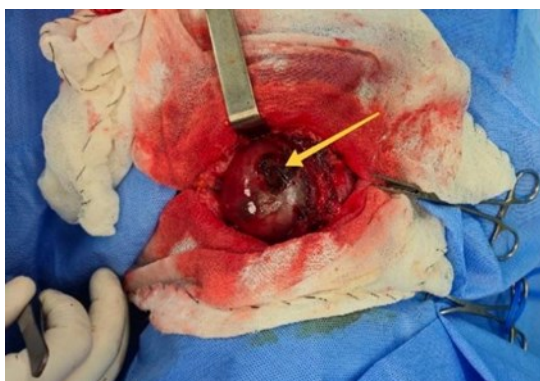


Рис. 3. Больная Ш. 56 лет. Кровоизлияние в полость кисты после проведенного миниинвазивного лечения. Увеличение размеров кисты с симптомами сдавления органов шеи.

Хирургическому удалению кист подверглись пациенты ($n=128$) с размерами кисты от 3 см и более. При наличии одностороннего поражения и положительной морфологической картиной нами производилась гемиструмэктомия – 62 пациента (48,4%). При наличии кистозного поражения обеих долей и положительной морфологической картиной – субтотальную струмэктомию, которая была проведена 52 (40,6%) больным и при обнаружении отрицательной морфологической картины, в независимости от количества кист и их расположения выполнялась тотальная тиреоидэктомия у 14 (11%) больных (таб. 2).

Результаты и их обсуждение. В группе больных, подвергшихся оперативному лечению в периоде с 2015 по 2023 года, был проведен анализ ультразвукового и МРТ строения структуры полостного образования щитовидной железы. Из 128 пациентов этой группы у 86 были диагностированы простые кисты, у 42 сложные, многокамерные образования. Анализ гистологического исследования сложных полостных образований показал наличие 33,3% случаев их озлокачествления.

Сравнительный анализ дооперационной ТАПБ с данными послеоперационных гистологических исследований. Эффективность ТАПБ у больных с кистами щитовидной железы составила 89,9%.

Таблица 2.

Характер и количество выполненных оперативных вмешательств в зависимости от локализации и морфологии кист.

Расположение кист и морфологическая картина	Характер оперативных вмешательств			
	Гемиструмэктомия	Субтотальная струмэктомия	Тотальная струмэктомия	%
В одной из долей с положительной морфологической картиной	62	-	-	48,4%
В одной из долей с отрицательной морфологической картиной	-	-	5	4%
В обеих долях с положительной морфологической картиной	-	52	-	40,6%
В обеих долях с отрицательной морфологической картиной	-	-	9	7%
Итого	128			100%

Анализ морфологического строения показал преобладание коллоидных форм кист (58,6%), над фолликулярными (35,5%) и цистаденомами (5,5%) соответственно.

Проводимое консервативное лечение в группе больных с размерами кист до 1 см. с применением препаратов тиреоидных гормонов и йода, имели положительную динамику в 95,6% случаев, что говорит о необходимости правильного подхода к данному методу лечения.

Миниинвазивное лечение кист размерами до 2 см, показали свою эффективность у 96% больных и размерами до 3 см в 93,4% случаев.

В группе больных, подвергшихся хирургическому лечению наибольшее количество пациентов, подверглось гемиструмэктомии (48,4%), вторым по количеству проводимых была субтотальная струмэктомия (40,6%), тотальная струмэктомия составила 11% от общего числа оперативных вмешательств.

На основании проведенного исследования нами был разработан алгоритм дифференцированного подхода к пациентам с кистами щитовидной железы (рис. 4).



Рис. 4. Алгоритм дифференцированного подхода к ведению больных с кистами щитовидной железы.

Выводы.

Оперативное удаление кист щитовидной железы является наиболее эффективным и в то же время радикальным методом лечения.

Дифференцированный подход, основывающийся на диагностическом и морфологическом строении кист щитовидной железы, позволяет выбрать тактику лечения данного контингента больных.

Диагностическое определение строения кист, и их дифференцировка на простые полостные образованиями и сложные многокамерные позволяют выбрать оптимальный подход к лечению.

Разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволяет улучшить результаты лечения больных с кистами щитовидной железы.

Источники финансирования: Работа не имела специального финансирования.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов:

Махмудов Т.Б. - идеологическая концепция работы, написание текста; редактирование статьи, сбор и анализ источников литературы, написание текста.

Шербеков У.А.. —сбор и анализ источников литературы, написание текста.

Использованная литература:

1. Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Мельниченко Г.А., Румянцев П.О., Фадеев В.В. Клинические рекомендации Российской Ассоциации Эндокринологов по диагностике и лечению многоузлового зоба у взрослых. Проект. — 2016.
2. Беляков И.Е. и др. Комплексная оценка при узловой патологии щитовидной железы //Здоровье и образование в XXI веке. — 2017. — Т. 19. — №. 8.
3. Бравермана Л.И. Болезни щитовидной железы., Москва, Медицина, 2000г.
4. Ванушко, В.Э. Узловой зоб (клиническая лекция) / В.Э. Ванушко, В.В. Фадеев // Эндокринная хирургия. — 2012. — № 3. — С. 11–16.
5. Зефирова Г.С., Заболевания щитовидной железы., Москва, 1999.
6. Слепцов И.В. Узлы щитовидной железы. Современные принципы диагностики и лечения. — М.: Изд-во "Элит", 2014. — 96 с.
7. Ушаков А.В. Доброкачественные заболевания щитовидной железы. Клиническая классификация. — М.: Клиника доктора А.В. Ушакова, 2013. — 384 с.
8. Carle, A., Andersen, S. L., Boelaert, K. & Laurberg P. Management of endocrine disease: subclinical thyrotoxicosis: prevalence, causes and choice of therapy. Eur. J. Endocrinol. 176, R325–R337 (2017).
9. Castellnou S, Lifante JC, Polazzi S, Pascal L, Borson-Chazot F, Duclos A. Influence of Care Pathway on Thyroid Nodule Surgery Relevance: A Historical Cohort Study. J Clin Med. 2020 Jul 17;9(7):2271.
10. Elsayed AA, Murdoch C, Murray S, et al. Can thyroid surgery be decided based on ultrasonographic findings, irrespective of cytopathological findings? Five-year retrospective study in a district general hospital. Clin Radiol 2017;72:170–4.
11. Jackson BS. Controversy regarding when clinically suspicious thyroid nodules should be subjected to surgery: Review of current guidelines. Medicine (Baltimore). 2018 Dec;97(50):e13634.
12. Reinisch A, Malkomes P, Habbe N, et al. Guideline compliance in surgery for thyroid nodules—a retrospective study. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2017;125:327–334.
13. Wolinski, K. Usefulness of different ultrasound features of malignancy in predicting the type of thyroid lesions: a meta-analysis of prospective studies / K. Wolinski, M. Szkudlarek, E. Szczepanek-Parulska, M. Ruchala // Pol. Arch. Med. Wewn. — 2014. — Vol. 124, № 3. — P. 97–104.