



Шербекков Улугбек Ахрорович, Махмудов Тимур Баходирович  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ КИСТАСИ БЎЛГАН БЕМОЛЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАНЛАШ

Шербекков Улугбек Ахрорович, Махмудов Тимур Баходирович  
Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### CHOICE OF TREATMENT METHOD FOR PATIENTS WITH THYROID CYSTS

Sherbekov Ulugbek Akhrorovich, Makhmudov Timur Bakhodirovich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [timax1978@mail.ru](mailto:timax1978@mail.ru)

---

**Резюме.** Қалқонсимон без кистаси бўлган 422 нафар беморнинг даволаши таҳлил қилинди. Беморларни гуруҳларга бўлиш кисталарнинг ўлчамлари ва уларни даволашга ёндашувларга асосланган. Қиёсий тавсиф асосида қалқонсимон без кисталарини даволашнинг турли усуллари қўлланилди, беморларни таъхислаш ва даволаш алгоритми ишлаб чиқилди. Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, қалқонсимон без кисталари билан оғриган беморларни даволашни ўсма ҳажми ва беморларнинг ёшига қараб танлаш зарур. Юқорида тавсифланган алгоритм патологияни даволашнинг зарур усулини танлашни осонлаштиради ва асоратлар ривожланиши эҳтимолини камайтиради.

**Калит сўзлар:** қалқонсимон без кисталари, олиб бориш тактикаси, таъхислаш усуллари, даволаш тактикасини танлаш.

**Abstract.** The treatment of 422 patients with thyroid cysts was analyzed. Patients were divided into groups based on cyst size and treatment approaches. Based on comparative characteristics, various thyroid cyst treatment methods were used, and an algorithm for diagnostic and therapeutic patient management was developed. The obtained data demonstrate the need to select treatment for patients with thyroid cysts based on the size of the cyst and the patient's age. The algorithm described above facilitates the selection of the appropriate treatment method and reduces the likelihood of complications.

**Keywords:** thyroid cysts, management tactics, diagnostic methods, choice of treatment tactics.

---

**Актуальность темы:** Кисты щитовидной железы (ЩЖ) относятся к узловым образованиям с полостью, которая заполнена жидким содержимым, определяемым пальпаторно, либо с помощью визуализирующих исследований [1, 2]. В последние годы, особенно после пандемии коронавируса нового типа, отмечается увеличение частоты развития кистозных образований в различных органах, а также железах человеческого организма [3, 4]. Увеличение частоты развития кист вынуждает искать новые методы их лечения, в том числе введение этанола в их полость для снижения вероятности озлокачествления в будущем [5, 6]. Однако на клинической практике используются два метода лечения кист щитовидной железы: пункция и хирургическое удаление с использованием открытого доступа [7, 8]. Но стоит отметить, что по сей день, ни один из описываемых

методов не признан стандартным и безопасным.

Сложности лечения данной патологии, прежде всего, связаны с тем, что кисты щитовидной железы (узлы) долгое время протекают бессимптомно, в последующем при увеличении размерах возникает «синдром сдавливания» расположенных рядом структур шеи, нарушается функциональная активность щитовидной железы, которая приводит к удушью, охриплости голоса, нарушению глотания и болезненным ощущениям [9, 10]. Такое поражение встречается практически у 50% жителей планеты, а у людей преклонного возраста эта патология считается практически нормой [11, 12]. Характерной чертой кисты считается их частое осложнение, среди которых более опасными считаются воспаление и нагноение узлов, злокачественное перерождение [13].

В щитовидной железе могут развиваться различные морфологические узловые образования, при этом большая часть из них носит доброкачественный характер (узловой коллоидный зоб, аденома, киста щитовидной железы [14]. Кисты являются самой распространенной патологией щитовидной железы, причем в женской популяции они встречаются в 4-8 раз чаще [15].

Несмотря на широкое распространение данного заболевания и существующие разные подходы к лечению данной патологии, проблема остается актуальным, не до конца остаются решенным вопрос тактики ведения больных в зависимости от размеров кист и морфологических форм.

**Цель исследования.** Провести анализ и разработать подход к лечению кист щитовидной железы в зависимости от морфологической структуры и размера кисты.

**Материал и методы.** За период с 2015 по 2023 годы в хирургических отделениях клиник СамГосМУ и СамГМО получили лечение 422 больных с кистами щитовидной железы. Разделение больных на 3 группы основывалось на размерах кист и подходах к их лечению.

Первая группа включала – 180 больных, с диаметрами кист до 1 см, подвергшаяся консервативному методу лечения. Вторая группа состав-

ляла 114 больных, с диаметром кист от 1 до 3 см, которым проводилось миниинвазивное лечение и третью группе составляли 128 больных, которым было произведено хирургическое вмешательство в связи с наличием кист размерами 3 и более сантиметров в диаметре.

Возрастной промежуток пациентов был от 16 до 78 лет, средний возраст составлял от 41 до 60 лет, что соответствовало трудоспособному возрасту. Распределение больных по полу и возрасту в исследуемых группах был идентичен.

Основываясь на классификации Николаева О.В., УЗИ и пальпации проводилась постановка степени увеличения щитовидной железы (рис.1). I- II степени была диагностирована у 204 (48,3%), III -IV-V у 218 (51,7%). Наличие кист в левой, либо правой доли ЩЖ было выявлено у 206 (48,8%), в обеих долях - у 157(37,2%) и в перешейке - у 59 (14%) больных.

Пациентам проводился весь спектр стандартных комплексных исследований, дополнительно определялся уровень тиреоидных гормонов (Т3, Т4 и ТТГ), антитела к тиреоглобулину и тирео-пероксидазе) в исходном времени и в различные сроки после лечения. Среди инструментальных методов диагностики были использованы рентгенография грудной клетки, УЗИ (рис 2), МРТ (рис 3).



Рис. 1. Киста щитовидной железы V степени

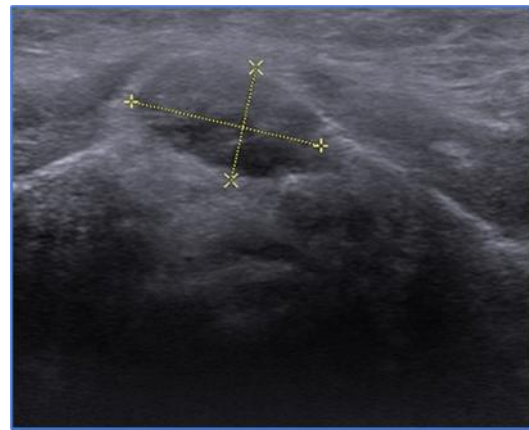


Рис. 2. Киста правой доли ЩЖ II степени TI-RADS 4



Рис. 3. Киста щитовидной железы V степени, со сдавлением органов шеи

**Таблица 1.** Морфологический характер кист щитовидной железы в группе больных, подвергшихся хирургическому лечению

Объем оперативного вмешательства	Количество больных	
	абс.	%
Коллоидная киста	75	58,6
Фолликулярная киста	46	35,9
Цистаденома	7	5,5
Итого	128	100,0

При проведении инструментальных исследований мы следовали рекомендации Американской ассоциации клинических эндокринологов (ААСЕ), нами уделялось внимание характеру полостного образования, толщины стенок, наличия перемычек, содержимое кисты, ее расположение. Данные больше свидетельствовали относительно доброкачественного характера патологии с самым низким риском перерождения. Имелись сложные многокамерные образования с солидным компонентом, при котором имелся большой риск злокачественного перерождения.

Морфологическому исследованию подверглись все кисты, проведение пункционной аспирационной биопсии (ТПБА) основывалось на системе классификации EU-TIRADS. Биопсия проводилась пациентам EU-TIRADS 3,4.

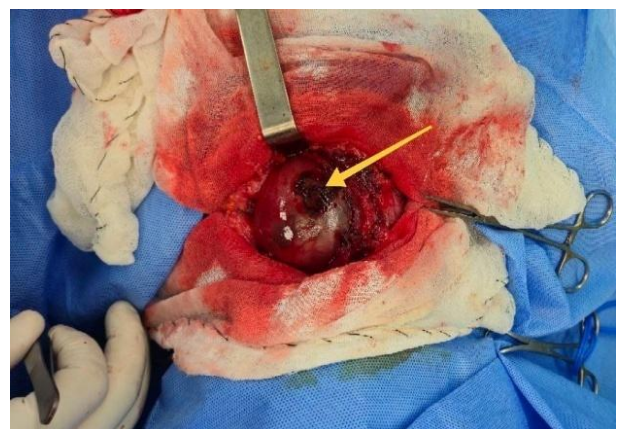
Пациенты, подвергшиеся хирургическому лечению, проходили интраоперационную экспресс – биопсию и плановое гистологическое исследование удаленной ткани щитовидной железы. При этом в группе больных, которым было проведено оперативное лечение, проводилось сравнение (128 больным) данных ТПАБ и заключительного гистологического исследования удаленной ткани ЩЖ с целью определения вероятности озлокачествления узла. Основываясь на полученных данных информативность ТПАБ на дооперационном этапе, составила 89,9% в группе больных, подвергшихся хирургическому лечению.

Нами проведено изучение результатов гистологических заключений всех оперированных больных (n=128). Определены следующие гистологические формы кист щитовидной железы: - коллоидная киста у 75 (58,6%) больных; - фолликулярная киста у 46 (35,9%) больных; - цистаденома у 7 (5,5%) больных (табл. 1).

Первой группе больных (n=180) с размерами кист до 1 см в диаметре, проводилось консервативное лечение, ТАПБ и наблюдение в динамике. Консервативному лечению с этой патологией подвергались пациенты, у которых наличие небольших кист не нарушало общего самочувствия больного. Комбинированная либо монотерапия проводилась с применением препаратов тиреоидных гормонов и йода. Динамическое наблюдение проводилось раз в 2 месяца и основывалось на ультразвуковом исследовании и определении гормонов щитовидной железы. При диагностике

высоких титров антител в крови у пациентов, проводилась отмена приема препаратов йода, и пациент переводился на монотерапию препаратами тиреоидных гормонов. При наличии симптомов воспаления добавлялась антибиотикотерапия. Положительными результатами считалось, уменьшение размеров кист либо отсутствие роста, что наблюдалось у 172 (95,6%) больных, у 8 (4,4%) больных на фоне проводимого консервативного лечения наблюдалась отрицательная динамика, сопровождавшаяся ростом размеров кисты.

Второй группе больных (n=114) с размерами кист от 1 и до 3 см, 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 (рис. 4).



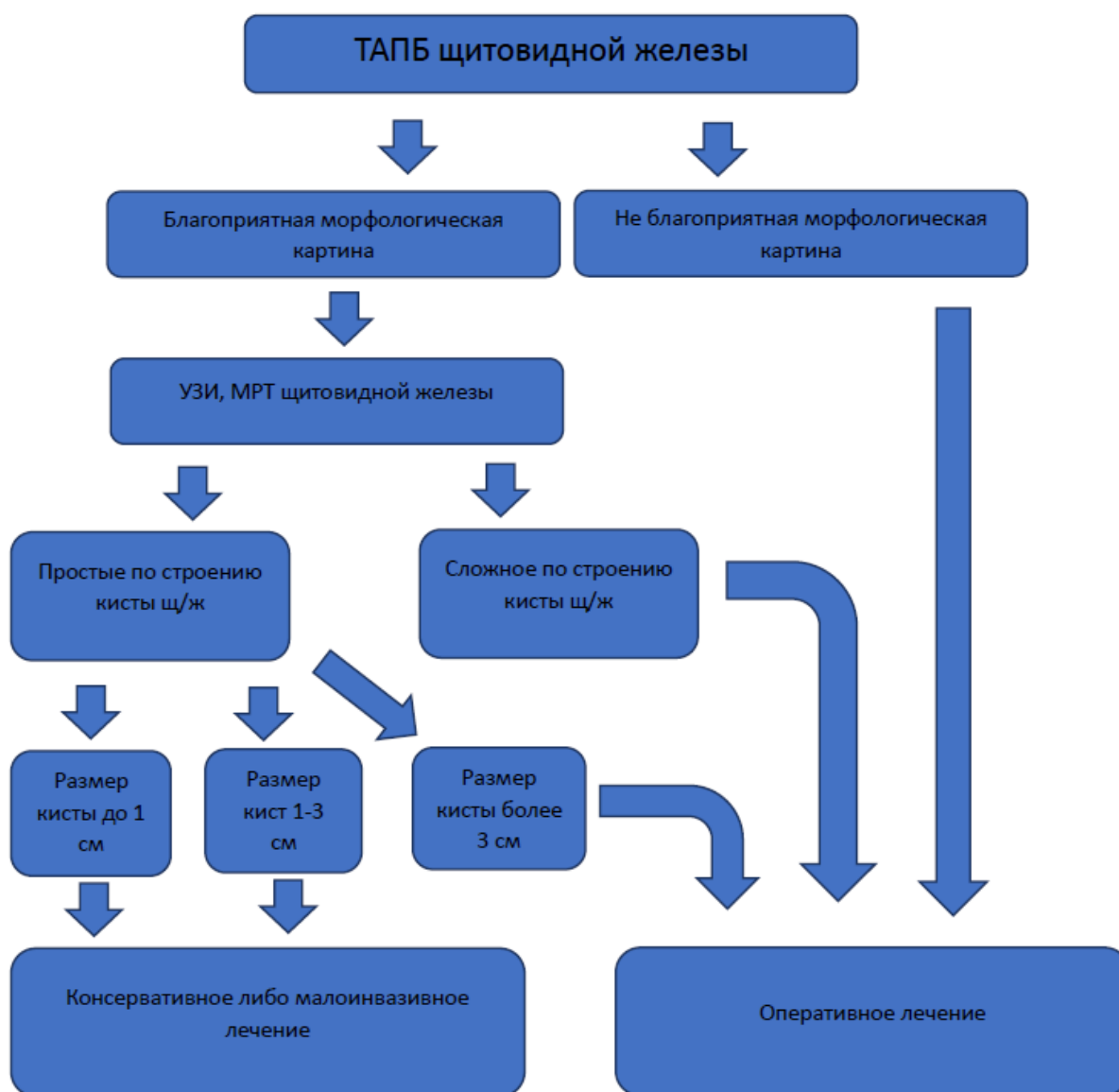
**Рис. 4.** Кровоизлияние в полость кисты

Хирургическому удалению подверглись пациенты (n=128) с размерами кисты от 3 и более см. При наличии одностороннего поражения и положительной морфологической картины нами производилась гемиструмэктомия в 62 (48,4%) наблюдениях.

**Таблица 2.** Вид выполненных операций в зависимости от расположения кист и морфологической картины

Расположение кист и морфологическая картина	Характер оперативных вмешательств			
	Гемиструм-эктомия	Субтотальная струмэктомия	Тотальная струмэктомия	%
В одной из доли с положительной морфологической картиной	62	-	-	48,4%
В одной из доли 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%
Всего	128			100%

*Примечание:* Статистическая обработка данных выполнялась с применением вариационной статистики.



**Рис. 5.** Алгоритм ведения больных с кистами щитовидной железы

При наличии кистозного поражения обеих долей и положительной морфологической картиной субтотальная струмэктомия выполнялась 52 (40,6%) пациентам. При отрицательной морфологической картины независимо от количества кист и их расположения выполнялась тотальная тиреоидэктомия 14 (11%) пациентам (табл. 2).

**Результаты исследования.** 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.

При сравнительном анализе дооперационной ТАПБ с данными послеоперационных гистологических исследований было установлено, что эффективность ТАПБ у больных с кистами щитовидной железы составила 89,9%.

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 дало положительную динамику в 95,6% случаев, что подтверждает выбранного подхода.

Эффективность миниинвазивного лечения кист размерами до 2 см отмечалась у 96%, при размерах кист до 3 см показатель составила 93,4%.

Наиболее часто были выполнены гемиструмэктомии (48,4%) и субтотальная струмэктомия (40,6%), тогда как показания к проведению тотальной струмэктомии были выставлены лишь в 11% случаев.

На основании проведенного исследования и полученных данных был разработан алгоритм ведения больных с кистами щитовидной железы, что имеет немаловажное практическое значение.

Предложенный алгоритм является путеводителем определяющий тактику ведения больных с кистами ЩЖ разных размеров и локализации. Использование дополнительных методов диагностики намного упрощая тактику врача, определяет и исход операции.

**Обсуждение.** Несмотря на использования современных методов диагностики, и проведения большого арсенала консервативных и оперативных методов лечения, по сей день проблема лечения больных с кистами ЩЖ остаётся сложной задачей эндокринологии и хирургии. Многие аспекты данной проблемы остаются не решенными,

продолжаются споры относительно выбора метода лечения и хирургической тактики. Порою проблема требует индивидуального подхода, в выборе того или иного метода лечения. В настоящее время многие авторы предлагают альтернативные методы комбинированного оперативного и консервативного лечения [5, 16, 17], в том числе с введением в полость кисты различных веществ, для профилактики озлокачествления, но методики требуют дальнейшего изучения.

Некоторые авторы предлагают использовать хирургическое лечение исключительно с параллельным применением ультразвуковых методов диагностики [18, 19]. Такая методика с одной стороны, снижает риск повреждения сопутствующих в железе структур, с другой – улучшает ближайшие и отдалённые функциональные и эстетические результаты оперативного вмешательства. Однако в условиях Центрально-азиатского региона и этот подход требует дальнейшего изучения. Разработанный алгоритм способствует определить выработать показаний к адекватному выбору того или иного способа лечения различных кисты ЩЖ.

#### **Заключение:**

1. Хирургическое удаление кист щитовидной железы является наиболее эффективным и радикальным методом лечения, используемым при развитии осложнений.

2. Этапное проведение диагностических и морфологических исследований кист щитовидной железы позволяет выбрать тактику консервативного, миниинвазивного либо хирургического вмешательства.

3. Инструментальная диагностика строения кист, позволяет на ранних этапах провести дифференцировку между простыми полостными образованиями и сложными многокамерными образованиями, а также выбрать оптимальный способ лечения.

4. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм выбора метода лечения кист щитовидной железы, основанный на этапном проведении диагностических и морфологических исследований, позволил улучшить результаты лечения данного заболевания.

#### **Литература:**

1. 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.
2. Ризаев Ж. А. и др. Использование светодиодного излучения в стоматологии (обзор литературы) //Stomatologiya. – 2017. – №. 4. – С. 73-75.

3. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
4. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза //Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
5. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
6. Ризаев Ж. А., Гафуров Г. А. Влияние общесоматической патологии на стоматологическое здоровье //Пародонтология. – 2017. – Т. 22. – №. 1. – С. 11-14.
7. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
8. Ризаев Ж. А., Мусаев У. Ю. Влияние условий внешней среды на степень пораженности населения стоматологическими заболеваниями //Врач-аспирант. – 2009. – Т. 37. – №. 10. – С. 885-889.
9. Ризаев Ж. А. и др. Дополнительные подходы к функциональной и визуализационной диагностике головного мозга при разработке индивидуализированных стратегий помощи для пациентов с неврологическими проблемами //Uzbek journal of case reports. – 2023. – Т. 3. – №. 4. – С. 15-19.
10. Соколов К.А., Сергеева В.Н. Применение плазмафереза при лечении тиреотоксикоза. Международный эндокринологический журнал. 2019;68(4):33–37.
11. Ярмухамедова Н. А., Ризаев Ж. А. Изучение краткосрочной Адаптации К физическим нагрузкам у спортсменов со вторичными иммунодефицитами //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 6. – С. 128-132.
12. Liu JB, Zhang SL, Jiang WL, Sun HK, Yang HC. Chronic infectious unilateral giant thyroid cyst related to diabetes mellitus: A case report. World Journal of Clinical Cases. 2024; 12(8): 1497. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i8.1497>
13. Mousa H, Aljasssem R. A case report of uncommon giant epidermal inclusion cyst found in the thyroid gland. Annals of Medicine and Surgery. 2024; 86(4): 2214-2217. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001825>
14. Harbhajanka A, Michael CW, Wasman J. Cystic papillary thyroid carcinoma. In Thyroid FNA Cytology: Differential Diagnoses and Pitfalls. 2024; 349-355. Singapore: Springer Nature Singapore.
15. Alsalamah S, Albeshier M, Alwabibili M, Almutairy A. Spontaneous hemorrhagic thyroid nodule: a case report and review of the literature. Journal of Surgical Case Reports. 2024; 2024(3): 124. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjae124>
16. Kanzawa M, Kanda T, Fukuoka H, Shigemura K, Nakamura Y, Itoh T. Two Cases of Adrenal Cysts Lined by Thyroid Follicular Epithelium: Addressing Cellular Origin and Malignancy Concerns. JCEM Case Reports. 2024; 2(4): 58. <https://doi.org/10.1210/jcemcr/luae058>
17. Clark RD, Luo X, Issa PP, Tufano RP, Kandil E. A clinical practice review of percutaneous ethanol injection for thyroid nodules: state of the art for benign, cystic lesions. Gland Surgery. 2024; 13(1): 108.
18. Jackson BS. Controversy regarding when clinically suspicious thyroid nodules should be subjected to surgery: Review of current guidelines. Medicine (Baltimore). 2018;97(50):e13634.
19. Беляков ИЕ, Александров ЮК, Яновская ЕА, Яновская М Е. Комплексная оценка при узловой патологии щитовидной железы. Здоровье и образование в XXI веке. 2017; 19(8): 13-19.
20. Carle A, Andersen SL, Boelaert K, Laurberg P. Management of endocrine disease: subclinical thyrotoxicosis: prevalence, causes and choice of therapy. European journal of endocrinology. 2017; 176(6): R325–R337. <https://doi.org/10.1530/EJE-16-0276>
21. 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. Journal of Clinical Medicine. 2020; 17;9(7):2271. <https://doi.org/10.3390/jcm9072271>

#### **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Шербекоев У.А., Махмудов Т.Б.*

**Резюме.** Проанализировано лечение 422 пациента с кистами щитовидной железы. Разделение больных по группам базировалось на размерах кист и подходах к их лечению. На основании сравнительной характеристики были использованы различные методов лечения кист щитовидной железы, был разработан алгоритм диагностического и терапевтического ведения пациентов. Полученные данные показывают необходимость выбора лечения пациентов с кистами щитовидной железы, опираясь на размер образования и возраст пациентов. Описываемый выше алгоритм облегчает подбор необходимого метода лечения патологии и снижает вероятность развития осложнений.

**Ключевые слова:** кисты щитовидной железы, тактика ведения, методы диагностики, выбор лечебной тактики.