

MODERN VIEW OF THE SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES (LITERATURE REVIEW)

Gozibekov J.I.¹, Zayniev A.F.², Tilavova Yu.M.³ (Republic of Uzbekistan)
Email: Gozibekov511@scientifictext.ru

¹Gozibekov Jamshid Isanbaevich – assistant;
²Zayniev Alisher Faridunovich - researcher;
³Tilavova Yulduz Muhammadshukur qizi – student,
DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES NO. 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: *the problem of early diagnosis and timely adequate treatment of pathological formations of the thyroid gland, which today occur in 4-10% of the population, still remains relevant. Currently, there is a tendency to increase the number of nodules of the gland. This article presents the prevalence of nodular formations of the thyroid gland in the world and addresses the issue of the current possibilities of complex diagnostics and treatment of this pathology. Special attention is paid to fine-needle aspiration biopsy, which plays a crucial role in the diagnosis of thyroid cancer.*

Keywords: *thyroid gland; morphological form; nodal formation; thyroid cancer.*

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Гозибеков Ж.И.¹, Зайниев А.Ф.², Тилавова Ю.М.³ (Республика Узбекистан)

¹Гозибеков Жамшид Исанбаевич - ассистент;
²Зайниев Алишер Фаридунович – соискатель;
³Тилавова Юлдуз Мухаммадшукур кизи – студент,
кафедра хирургических заболеваний №1,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: *проблема ранней диагностики и своевременного адекватного лечения патологических образований щитовидной железы, которые на сегодняшний день встречаются у 4–10 % населения, до сих пор остаётся актуальной. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа узловых образований железы. В данной статье представлена распространенность узловых образований щитовидной железы в мире и рассматривается вопрос о современных возможностях комплексной диагностики и лечения данной патологии. Особое внимание отдано на*

тонкоигольной пункционной аспирационной биопсией, которая играет решающую роль в диагностике рака щитовидной железы.

Ключевые слова: щитовидная железа; морфологическая форма; узловые образования; рак щитовидной железы.

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа узловых образований щитовидной железы (УО ЩЖ) [16]. Частота выявляемости узлов в щитовидной железе (ЩЖ) зависит от метода исследования. При пальпации ЩЖ узловые образования обнаруживают у 4–6 % населения в районах с достаточным содержанием йода в воде и пище, в зонах зобной эндемии распространенность их несколько выше. Распространенность рака ЩЖ среди узловых образований, ЩЖ, по данным разных авторов, составляет от 2,4 до 31,4 %. По данным В.В. Двойрина (2001), темп прироста рака щитовидной железы (РЩЖ) за последнее десятилетие составил 131–133 %, что значительно превышает показатели других онкологических заболеваний. По данным американского онкологического общества, в США ежегодно регистрируется около 17 000 новых случаев заболевания и около 1300 случаев смерти, связанной с РЩЖ. По данным С.И.Исмоилова, частота встречаемости узловых эутиреоидных заболеваний составляет от 10 до 62 %. Под термином “узловые заболевания” рассматривают узловой коллоидный зоб (УКЗ), аденомы, “псевдоузлы” при хроническом аутоиммунном тиреоидите (ХАИТ), различные морфологические варианты РЩЖ, а также их сочетания. О том, что распространённость очаговых поражений ЩЖ чрезвычайно высока во многих странах мира, свидетельствуют многочисленные исследования. Так, во Франции на 1 тыс. человек приходится в среднем 35 % узловых образований ЩЖ, в США на 100 человек – 21 % (4–7 % всего населения), в Японии на 450 человек – 19 %. В Узбекистане на 2 тыс. населения приходится в среднем до 10% очаговой патологии [3].

Единой общепринятой морфологической классификации УО ЩЖ в настоящее время не существует. До сих пор продолжается горячая дискуссия о клинической ценности и значимости той или иной классификации патологии ЩЖ. анализ литературы показал, что мнения разных авторов во многом расходятся, а не редко и исключают друг друга [4, 16]. Так, говоря о классификации УО ЩЖ, ряд авторов предлагает пользоваться схемой Э.Касаткиной (2001). В то же время, Е.Ф.Лушников (2002) утверждает, что предложенная схема является спорной, подчеркивая, что зоб, как понятие, нельзя рассматривать в отрыве от теории и практики медицины и предлагает наряду со специальными классификациями О.В. Николаева (1955), О.К. Хмельницкого (1997) и др. использовать предложенную им базовую классификацию [7]: 1. Йоддефицитные болезни (зобная болезнь). 1.1. Гиперпластический зоб. 1.2. Гипертрофический зоб. 1.3. Смешанный зоб. 2. Аутоиммунные болезни.

2.1. болезнь Грейвса. 2.2. болезнь Хасимото. 3. Воспалительные болезни. 3.1. Тиреоидиты микробные. 3.2. Тиреоидит де Кервена. 3.3. Тиреоидит риделя. 4. Генетические болезни. 4.1. Дисгормональная струма. 4.2. Врожденные аномалии. 5. Новообразования. 5.1. Доброкачественные. 5.2. Злокачественные. 6. Комбинированные болезни. 6.1. разные болезни одной ЩЖ. 6.2. болезни ЩЖ и других органов у одного пациента. 7. Другие болезни. Важной проблемой является использование в научной и практической деятельности принятых международных классификаций. Например, международная гистологическая классификация опухолей ЩЖ (ВОЗ, 1988) на русский язык не была переведена, а потому для части патологов оказалась недоступной [11]. До настоящего времени это является одной из причин разногласий в диагнозах и наряду с низким качеством гистологических препаратов в некоторых медицинских учреждениях источником неточностей в статистике новообразований. Так, диссонансом выглядят данные Выявить РЩЖ на основании только данных анамнеза и физикального обследования довольно сложно. Это связано с тем, что большинство злокачественных опухолей ЩЖ относятся к высокодифференцированным и ничем не отличаются от доброкачественных узлов ЩЖ. Такие общепринятые критерии злокачественности, как быстрый рост узла и плотная консистенция, мало помогают в дифференциальной диагностике доброкачественных заболеваний и рака ЩЖ. Так, с одной стороны, быстрый рост узла часто наблюдают при кровоизлиянии в аденому, а у лиц с тиреоидитом Хасимото в ЩЖ обнаруживают плотные узлы, с другой, злокачественный узел может быть мягким при пальпации и длительно существовать в ЩЖ без признаков роста. Такие критерии злокачественности узла, как отсутствие смещаемости при глотании, охриплость голоса, увеличение регионарных лимфатических узлов, являются более специфичными, однако встречаются крайне редко. Между тем, клинические данные следует обязательно учитывать при оценке УО ЩЖ. Прежде всего, те из них, которые указывают на высокий риск злокачественности данного узла, а именно возраст больного старше 60 лет и моложе 25 лет, мужской пол, облучение области головы и шеи в анамнезе, размер узла, превышающий 3–4 см [15]. Информативность пальпаторного обследования составляет от 35 до 62,5 %, а в 25–36 % наблюдений пальпируемые солитарные узлы при применении дополнительных методик оказываются множественными [4, 10]. Проведенный анализ показывает, что в 26–40 % наблюдений имеется несовпадение данных пальпаторного обследования в отношении количества узлов с оперативными находками [11]. Достоверность пальпаторного исследования зависит от размера и месторасположения узла, размера и формы шеи, опыта врача. Наряду с общепринятыми лабораторными исследованиями (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма), больным с УО ЩЖ

необходимо исследование гормонального статуса. При выявлении у пациента УО ЩЖ показана оценка уровня ТТГ высокочувствительным методом [20]. При обнаружении сниженного уровня ТТГ дополнительно проводится определение уровня свободного Т4 и свободного Т3, при обнаружении повышенного ТТГ – уровня свободного Т4. Определение уровня тиреоглобулина, а также антител к ЩЖ в диагностическом поиске при узловом зобе не целесообразно.

Широкое внедрение в клиническую практику современных инструментальных методов исследований позволило существенно увеличить дифференциальные возможности в диагностике УО ЩЖ [21]. Однако в многочисленных работах приводятся противоречивые данные о диагностической ценности каждого из существующих методов, а также о возможностях их сочетания или последовательного применения. До сих пор “золотым” стандартом диагностики УО ЩЖ остается плановое гистологическое исследование. Своевременная и точная диагностика УО ЩЖ имеет важное значение в выборе метода лечения, объема и характера оперативного вмешательства. Обзорная рентгенография не имеет существенного значения в диагностике УО ЩЖ и позволяет судить о характере поражения лишь по косвенным признакам смещение, сдавление трахеи и пищевода, ретротрахеального пространства. широко применялся метод пневмотиреоидографии, заключающийся в контрастировании щитовидной железы введением кислорода в межфасциальное пространство шеи [9].

Одним из методов, применяемым для обследования пациентов с УО ЩЖ, является радионуклидное сканирование (РНС) ЩЖ. Характер накопления радиофармпрепарата в ЩЖ обусловлен ее функциональной активностью. Сканограмма дает возможность определить топографию, форму, размеры доли, а также функциональную активность узловых образований и паренхимы ЩЖ. Трудно не согласиться с мнением ряда исследователей, о том, что на современном этапе развития тиреоидологии выявление УО ЩЖ при РНС нецелесообразно, так как полученная при помощи метода информация не представляет большой диагностической ценности. Существовавшее ранее мнение о том, что подозрительными на рак являются “холодные” узлы, в настоящее время подвергается сомнению, поскольку есть данные, подтверждающие, что раковые опухоли также способны накапливать препараты, описаны случаи выявления рака в функционирующих, “теплых” и гиперфункционирующих, “горячих” узлах. Вместе с тем указанные авторы, равно как и большинство других исследователей, не считают целесообразным рутинное использование РНС для дифференциальной диагностики новообразований ЩЖ. К недостаткам метода следует отнести необходимость введения радиоактивного вещества в организм пациента, сложности при выявлении образования менее 15 мм, невозможность дифференциальной диагностики злокачественных и

доброкачественных узловых образований, при многоузловой эутиреоидном зобе (МУЭЗ) интерпретация сканограмм затруднительна и сопровождается наибольшим числом ошибок.

Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография – методы дорогостоящие, недоступные для большинства пациентов и не имеющие значительных преимуществ перед традиционными диагностическими тестами – могут быть использованы для выявления за грудиной зоба, метастазов опухолей, для выявления инвазии смежных структур при местно-распространенной форме рака [21]. В типичных клинических случаях КТ и МРТ не имеют сколько-нибудь статистически значимых преимуществ перед УЗИ в сочетании с тонкоигольной пункционной аспирационной биопсией (ТПАБ) под ультразвуковым контролем [8].

Ультразвуковое исследование в настоящее время наиболее широко используется для выявления УО ЩЖ. с высокой разрешающей способностью УЗИ позволяет определить локализацию и размеры узлов, оценить ультразвуковые характеристики, на основании которых возможно проведение дифференциальной диагностики узловых образований. Так, при УЗИ ЩЖ частота выявления не диагностированных ранее узлов у взрослых Учитывая высокую интенсивность кровотока в ЩЖ, дифференциально-диагностическая значимость доплерографического исследования при узловых образованиях ЩЖ незначительна.

В предоперационном обследовании больного придается большое значение ТПАБ. По сводным данным, общая чувствительность ТПАБ при заболеваниях ЩЖ составляет 60–94 %, специфичность достигает 94–100 %. Процент ложноотрицательных результатов варьирует от 4 до 11 (в среднем 5 %), ложноположительных – от 0 до 10 (в среднем 3 %). Получение адекватного цитологического материала с помощью ТПАБ, по данным литературы, возможно в 80–98 % наблюдений, что во многом зависит от опыта специалиста, проводящего указанную диагностическую процедуру.

Пункционная биопсия позволяет установить диагноз лишь в 3/4 всех случаев рака ЩЖ. Диагностическая ценность при фолликулярном раке более низкая (не более 40 %). Чувствительность ТПАБ при МУЭЗ снижается по сравнению с чувствительностью при солитарных УО ЩЖ. Чувствительность метода, по данным разных исследователей, составляет 60–94 %, специфичность достигает 64–86 %. УЗИ. ТПАБ с ультразвуковым наведением позволяет увеличить чувствительность до 93 %, а специфичность до – 89 %. Получение цитологического материала при непальпируемых образованиях ЩЖ возможно только под контролем УЗИ. По данным Е.И. Трофимова (1997), при сравнительной оценке результатов цитологического исследования, полученных при пункции непальпируемых узловых образований под контролем УЗИ и планового морфологического

исследования диагнозы совпадали в 77,1 % наблюдений. Таким образом, как показывают данные литературы, дооперационные методы исследования не позволяют в 100 % случаев установить достоверный диагноз. В связи с этим большая роль уделяется методам интраоперационной диагностики УО ЩЖ. Одним из методов интраоперационной диагностики является трепанобиопсия.

По данным Е.Н. Сучковой, послеоперационное гистологическое исследование совпадает с данными трепанобиопсии во всех наблюдениях. По мнению К.И. Мышкина и соавт., трепанобиопсия важна в диагностике аутоиммунного тиреоидита и рака ЩЖ. Однако данный метод вызывает сомнения у ряда авторов. По мнению R. Torner et P. Lentonturier, H. Holms et al. метод малоубедителен для верификации аутоиммунного тиреоидита и рака ЩЖ [22].

Таким образом, анализ литературы показал, что количество больных с УО ЩЖ не имеет тенденцию к снижению, в том числе и с РЩЖ. Несмотря на использование комплекса современных методов диагностики, не всегда возможно правильно установить точный морфологический диагноз УО ЩЖ, что свидетельствует о необходимости совершенствования существующих и поиска новых более информативных методов диагностики. В последние годы появляются работы, где проводится более четкая морфологическая дифференцировка понятия УО ЩЖ, и на основании этого определяется объем операции. существующие в настоящее время две полярные точки зрения на объем оперативного вмешательства при патологии ЩЖ (экономные или расширенные резекции) не исключают, что объем хирургического вмешательства должен быть строго индивидуален в зависимости от морфологической формы УО ЩЖ.

Список литературы / References

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. // Фундаментальная и клиническая тиреоидология (руководство). М.: Медицина, 2007, 816 с.
2. Бранован И. и др. Эффективность биполярной радиочастотной абляции узловых образований щитовидной железы: экспериментальное морфологическое исследование // Цитология и генетика. – 2016. – Т. 50. – №. 6. – С. 29-33.
3. Гариб Ф.Ю. и др. Иммунозависимые болезни. 1996.
4. Даминов Ф.А. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 21-21.
5. Зайниев А.Ф., Юнусов О.Т., Суярова З.С. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестник науки и образования. – 2017. – Т. 1. – №. 6 (30).

6. *Иноятова Ф.И., Юсупалиева Г.А., Иногамова Г.З.* Информативность доплерографических исследований при хроническом гепатите В у детей // *Детские инфекции.* – 2015. – Т. 14. – №. 3.
7. *Миронов С.Б.* Новые технологии ультразвукового изображения в диагностике узловых образований щитовидной железы // *Сибирский онкологический журнал.* – 2007. – №. S2.
8. *Стяжкина С.Н. и др.* Клинико-морфологические параллели и при узловых образований щитовидной железы // *Морфологические ведомости.* 2009. – №. 3-4. – С. 39-42.
9. *Таращенко Ю.М. и др.* Отдаленные результаты хирургического лечения доброкачественной очаговой патологии щитовидной железы // *Международный эндокринологический журнал.* – 2015. – №. 3 (67).
10. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. // *Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение // Тезисы докладов.* Самарканд. 2003. С. 86-87.
11. *Шамсиев А. М., Хамраев А. Ж.* Малая хирургия детского возраста. – O'qituvchi, 2006.
12. *Davlatov Salim, Xamraeva Dilrabo, Suyarova Zilola.* Analysis of the results of surgical treatment of thyroid nodule // *International Journal of Advanced Research and Development* (Pp. 43-45).
13. *Davlatov SS. et al.* Plasmapheresis in the treatment of cholemic endotoxemia // *Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri.* – 2013. – Т. 9. – №. 1. С. 30-31.
14. *Indiaminov S.I.* Morphological features of the human brain in different variants of fatal blood loss on the background of alcohol intoxication // *Herald of Russian State Medical University. Moscow.* – 2011. – №. 5. – С. 63-66.
15. *Rakhmanov K.E. et al.* The treatment of patients with major bile duct injuries // *Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri.* – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 33-34.
16. *Kasymov S.Z., Davlatov S.S.,* 2013. Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome. *ВВК 51.1 74.58, 22.* (Pp. 85).
17. *Kasimov S. et al.* Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia // *The International Journal of Artificial Organs.* – 2013. – Т. 36. – №. 8. – С. 548.
18. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan // *Nagoya journal of medical science.* – 2014. – Т. 76. – №. 3-4. – С. 255.
19. *Sultanbaevich B.A. et al.* Analysis of the results of surgical treatment of patients with thyroid nodules // *Вопросы науки и образования.* – 2019. – №. 4 (49).

20. *Suratovich O.F.* Morphology of neuroendocrine-immune system of jejunum in early postnatal ontogenesis //European science review. – 2017. – №. 1-2.
21. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. – С. 249-252.
22. *Yusupov S.A. et al.* Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №. 1.