



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



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 4

ISSUE 3

2024

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

4 ЖИЛД, 3 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 4, НОМЕР 3

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 4, ISSUE 3

«ТУРАКУЛОВ УКИШЛАРИ»
илмий-амалий анжуман
«ТУРАКУЛОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»
научно-практическая конференция
«TURAKULOVS READINGS»
Scientific and practical conference

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2024



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

№3 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2024-3>

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 Барт и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

А. Шек - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМЦ 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

1. Наримова Гулчехра Джуманиязовна, Анварова Севарахон Шухрат кизи. РАЗЛИЧИЯ В ПОКАЗАТЕЛЯХ СОСТАВА ТЕЛА МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМИ ГРУППАМИ У ЛЮДЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ.....	7
2. Далимова Гузаль Абдурашидовна, Максудова Диёра Дониеровна, Кодирова Фарангиз Кудратовна, Кодиров Шохрух Йулдошевич, Назарова Бахора Уктамовна, Салихова Зебо Абдулзохидовна, Салохутдинов Хасан Садриддинович, Салохутдинов Хусан Садриддинович ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНЫЕ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ).....	15
3. Ахмедова Шахноза Улугбековна, Бегматов Бобирмирзо Бахромович ДИСБАКТЕРИОЗ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	19
4. Ахмади Табасом, Муслимова Хадижат Муратовна, Титова Виктория Викторовна ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	24
5. Юлдашева Нодира Махмуджановна, Ильясов Шоодил Шосайдмагруппович ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕССЫ, ВЕДУЩИЕ К РАЗВИТИЮ КАТАРАКТЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	31
6. Хайдарова Феруза Алимовна, Нурмухамедов Дониёрбек Бахтиёрвич, Омилжонов Муроджон Нусратжонович ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ТУГУНЛИ ХОСИЛАЛАРИДА ТИРАДС ВА ЕВРО-ТИРАДС ТИЗИМЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАХЛИЛИ (АКАДЕМИК Ё.Х. ТУРАҚУЛОВ НОМИДАГИ РИЭИАТМ КЛИНИКАСИДА).....	41
7. Алимов Анвар Валиевич, Муратова Шахло Тахиржановна, Махмудова Сахобат Мухсим кизи СЕМИЗЛИГИ БОР МЕТАБОЛИК ЖАРРОХЛИК ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАР ПСИХОЛОГИК САЛОМАТИДАГИ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАР.....	46
8. Нажмутдинова Дилором Камариддиновна, Садикова Азизахон Собит кизи СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ.....	54
9. Халимова Замира Юсуфовна, Дадаханова Марям Бахтияровна "ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАССИФИКАЦИИ ACR TI-RADS У ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ».....	59
10. Alimuxamedova Gulrux Aybekovna, Sultonova Xurshida Tavakkalovna AYOLLARDA SEMIZLIK VA REPRODUKTIV DISFUNKSIYADA ASPROSINNING ROLI VA ANAMIYATI.....	66
11. Муратова Шахло Тахиржановна, Алимов Анвар Валиевич ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БОЛЕЗНЬЮ ГРЕЙВСА, ПРОЖИВАЮЩИЕ В УСЛОВИЯХ ЙОДДЕФИЦИТА.....	75
12. Урунбаева Дилором Анваровна, Омонова Зилола Тохтамурод кизи ИССЛЕДОВАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ИГЛАРЛИКСИ (СОЛИКВА) У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	84

13. Рахимова Гульнара Нишановна, Иброхимов Худойберди Хусанжон угли ЧТО ИЗВЕСТНО О НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОМ КО-ТРАНСПОРТЕРЕ 1 ТИПА?	92
14. Убайдуллаева Дилфуза Бекмаматовна, Юлдашева Нодира Махмуджановна ДИСТИРЕОИДНАЯ ОПТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ	100
15. Парпиева Наргиза Нусратовна, Рахимова Гулнара Нишановна, Тилляшайхова Ирода Мирзагалебовна ОЖИРЕНИЕ И COVID-19	108
16. Камилджанова Барно Рахимовна, Халимова Замира Юсуфовна, Сиддиқов Абдулбосит Адхамжон ўғли ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ САРАТОНИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДАГИ МУАММОЛАРИ	114
17. Ботирхужа Лазизхужа Бобир угли, Юлдашева Нодира Махмуджановна ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИЯ СЕТЧАТКИ	124
18. Alieva Anna Valeryevna, Khaydarova Feruza Alimovna, Khalilova Dilovar Zakhriddinovna, Saidova Saodat Khojiakbarovna, Salimova Alinur Samadovna, Aripova Malika Dilshadovna POST-COVID-19 DIABETES MELLITUS IN A CROSS-SECTIONAL STUDY: AUTOIMMUNE DISEASE WITH ENDOTHELIAL DYSFUNCTION?	131
19. Курганов Сардарходжа Каримович, Ибраимхўжаева Дилноза Бахадировна 2-ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТ РИВОЖЛАНИШИДА ГЕНЕТИК ОМИЛЛАРНИНГ РОЛИ: ПОЛИМОРФИЗМЛАР ВА ПОПУЛЯЦИОН ТАҲЛИЛ	141
20. Дадаханова Марям Бахтияровна, Халимова Замира Юсуфовна " ГИСТО-ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО КЛАССИФИКАЦИИ BETHESDA»	150
21. Bazarova Sayora Abduvositovna, Najmutdinova Dilorom Kamariddinovna, Kuzieva Ma'mura Maxmudovna QANDLI DIABETNING SURUNKALI ASORATLARINI RIVOJLANISHIDA VITAMIN D3 YETISHMOVCHILIGINI AXAMIYATI	156
22. Зарединов Дамир Арифович, Нурмухамедов Дониёрбек Бахтиёрвич, Омилжонов Муроджон Нусратжонович ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ САРАТОНИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ (АКАДЕМИК Ё.Х. ТУРАҚУЛОВ НОМИДАГИ РИЭИАТМ КЛИНИКА РЕГИСТРИ БЎЙИЧА)	164
23. Ibatov Javokhir Abdullayevich, Shamansurova Zulaykho Miralimjanovna IMPACT OF GLAUCOMA ON THE DEVELOPMENT OF BLINDNESS IN PATIENTS WITH DIABETIC RETINOPATHY	172
24. Дадаханова Марям Бахтияровна, Халимова Замира Юсуфовна "ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»	180



Халимова Замира Юсуфовна

доктор медицинских наук, профессор

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр

Эндокринологии акад. Ё.Х. Туракулова

Дадаханова Марям Бахтияровна,

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,

кафедра эндокринологии, детской эндокринологии

"ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАССИФИКАЦИИ ACR TI-RADS У ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДЛЯ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ »

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14565951>

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Стратификация риска узлов щитовидной железы на основе ультразвука, такая как TIRADS, была введена для уменьшения вмешательства в случае «глобальной эпидемии» «гипердиагностики» рака щитовидной железы.

Методология раскрытия проблемы исследования. Нами было ретроспективно анализировано 157 пациентов с узловыми образованиями ЩЖ. Из 157 больных мужчин было 91, женщин – 66. Пациенты были распределены на 4 группы в зависимости от размеров и числа узлов.

Результаты исследования. 1. Среди 157 пациентов с 269 узлами ЩЖ было выявлено 256 доброкачественных узлов и 13 злокачественных узлов. 2. Стратификация риска малигнизации узлов ЩЖ по ACR-TIRADS является надежным методом определения показаний для ТАБ.

Ключевые слова: щитовидная железа, узловые, образования.

Khalimova Zamira Yusufovna,

doctor of medical sciences, professor,

Republican Specialized Scientific and Practical Medical

Center of Endocrinology named after Academician Y.Kh.Turakulov

Dadakhanova Maryamkhon Bakhtiyor qizi,

Tashkent Pediatric Medical Institute,

Department of Endocrinology, Pediatric Endocrinology

"EFFECTIVENESS OF THE APPLICATION OF THE ACR TI-RADS CLASSIFICATION IN PATIENTS WITH NODULAR FORMATIONS OF THE THYROID GLAND FOR FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY"

ANNOTATION

Background. Ultrasound-based thyroid nodule risk stratification, such as TIRADS, was introduced to reduce intervention in the “global epidemic” of “overdiagnosis” of thyroid cancer.

Methodology for revealing the research problem. We retrospectively analyzed 157 patients with thyroid nodules. Of the 157 patients, there were 91 men and 66 women. The patients were divided into 4 groups depending on the size and number of nodes.

Research results. . 1. Among 157 patients with 269 thyroid nodules, 256 benign nodes and 13 malignant nodes were identified. 2. Risk stratification of thyroid nodule malignancy according to ACR-TIRADS is a reliable method for determining indications for TAB.

Key words: thyroid gland, nodules, formations.

Xalimova Zamira Yusufovna,
tibbiyot fanlari doktori, professor,
Akademik Y.X. To‘raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan
endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
Dadahanova Maryamhon Bahtiyor qizi
Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti,
endokrinologiya kafedrası, bolalar endokrinologiyasi

QALQONSIMON BEZ TUGUNLARI BILAN BO‘LGAN BEMORLARDA PUNKTSION BIOPSIYA UCHUN ACR TI-RADS KLASSIFIKATSIYASINI QULLANILISH EFEKTIVLIGI

ANNOTATSIYA

Dolzarbliqi. Qalqonsimon bez saratonining "ortiqcha diagnostikasi" ning "global epidemiyasi" ga aralashuvni kamaytirish uchun TIRADS kabi ultratovushga asoslangan qalqonsimon nodullar xavfini tabaqalash joriy etildi.

Tadqiqot muammosini ochish metodologiyasi. Biz qalqonsimon bez nodullari bo‘lgan 157 bemorni retrospektiv tahlil qildik. 157 nafar bemorning 91 nafari erkak va 66 nafari ayol bo‘lgan. Bemorlar tugunlarning kattaligi va soniga qarab 4 guruhga bo‘lingan.

Tadqiqot natijalari. . 1. 157 bemor orasida qalqonsimon bezning 269 ta tugunlari, 256 tasi yaxshi va 13 tasi xatarli tugunlari aniqlandi. 2. ACR-TIRADS bo'yicha qalqonsimon bez nodulining xavfli stratifikatsiyasi TAB ko'rsatkichlarini aniqlashning ishonchli usuli hisoblanadi.

Kalit so'zlar: qalqonsimon bez, tugunlar, shakllanishlar.

Введение. Исследования во всем мире доказали, что включение TBSRTC в диагностические алгоритмы для пациентов с узлами щитовидной железы снижает количество ненужных тиреоидэктомий, а также обеспечивает качество выявления злокачественных новообразований щитовидной железы [6, 7]. Хотя критерии Бетесды адекватно стратифицируют риск злокачественного новообразования при узлах щитовидной железы, существуют разногласия относительно их точности и надежности при принятии клинических решений [8, 9, 10]. Это может быть связано с вариабельностью распространенности рака в исследуемой популяции, присущей вариабельностью интерпретации цитологических результатов и предвзятостью при отборе пациентов для хирургического вмешательства.

Анализ литературы по теме. Распространенность узлов щитовидной железы колеблется от 4 до 10% и от 0,2 до 1,2% среди взрослого и детского населения соответственно [1]. Одиночный узел щитовидной железы является поводом для беспокойства из-за высокой вероятности злокачественного новообразования, которая составляет от 5 до 35% всех одиночных узлов [1]. Ультрасонография щитовидной железы (УЗИ) традиционно использовалась для принятия решения о том, какие узлы требуют дальнейшего исследования, включая тонкоигольную аспирационную цитологию (ТАБ).

Недавняя система оценки изображений и данных по визуализации щитовидной железы Американского колледжа радиологии (ACR TI-RADS) имеет более высокую эффективность при выборе узлов щитовидной железы для ТАБ по сравнению с другими TIRAD и рекомендациями Американской ассоциации щитовидной железы (ATA) 2015 года по стратификации риска [2, 3]. ACR TI-RADS был в первую очередь разработан для сортировки узлов на наличие ТАБ и предотвращения ненужной ТАБ доброкачественных узлов. Но диагностика рака щитовидной железы включает в себя и другие анализы пациента, визуализацию и другие опухолевые факторы для стратификации риска.

ТАБ зарекомендовала себя как инструмент первой линии для оценки поражений щитовидной железы из-за его экономической эффективности и высокой приемлемости для пациентов. Несмотря на общепризнанные ошибки цитодиагностики, использование ТАБ при предварительной оценке одиночного узла снижает необходимость хирургического вмешательства на 1/3, удваивает долю злокачественных новообразований при хирургических резекциях и позволяет хирургам принимать решение о способе лечения [4]. В 2007 году Национальный институт рака (NCI) представил Систему Bethesda для отчетности о цитопатологиях щитовидной железы (TBSRTC) для стандартизации международной терминологии и классификации морфологических критериев ТАБ [5]. Он включает в себя 6 категорий; I-недиагностический, II-доброкачественный, III-атипия неустановленного значения (АУС)/фолликулярное поражение неустановленного значения (ФЛЮС), IV-фолликулярное новообразование (ФН)/подозрительное на фолликулярное новообразование (СФН), V-подозрительное на злокачественное новообразование (СФМ), а VI-Malignant и риск их злокачественного новообразования составляли 1–4%, 0–3%, 5–15%, 15–30%, 60–75% и 97–99% соответственно [4]. С помощью единообразия в отчетности он попытался преодолеть разрыв между клиницистами и патологом.

Вышеуказанное послужило причиной для настоящего исследования.

Цель исследования – оценить эффективность применения классификации ACR TI-RADS у пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы для пункционной биопсии.

Методология исследования: На базе отделения эндокринной хирургии Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова с 2016 по 2022 годы, было обследовано 157 пациентов с узловыми образованиями ЩЖ. Из 157 больных мужчин было 91, женщин – 66. Нами был выполнен ретроспективный анализ историй болезней данных больных.

Пациенты были распределены на 4 группы:

1 группа – пациенты с узловым образованием ЩЖ до 1 см – 56 пациентов, 2 группа – пациенты с узловым образованием ЩЖ от 1 до 1.5 см – 35 пациентов, 3 группа – пациенты с многоузловыми образованиями ЩЖ до 1 см – 50 пациентов (по 2 узла), 4 группа – пациенты с многоузловыми образованиями ЩЖ от 1 до 1.5 см – 16 пациентов (по 2 узла). 20 здоровых лиц составили группу контроля. Всего у 157 пациентов было обнаружено 269 узлов ЩЖ.

Критерии включения: пациенты с узловыми заболеваниями ЩЖ, мужчины, женщины

Критерии исключения: другие заболевания ЩЖ, тяжелые заболевания аутоиммунного генеза, васкулиты.

Методы исследования – общеклинические, биохимические (билирубин, прямой, непрямой, АЛТ, АСТ, ПТИ, коагулограмма, СРБ), гормональные (ТТГ, свободный тироксин, антитела к тиреопероксидазе, к тиреоглобулину и рецепторам тиреоцитов, пролактин в крови) и инструментальные: ЭКГ, УЗИ щитовидной железы, внутренних органов, рентгенография органов грудной клетки, а также тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ).

Из 157 больных 51 пациенту была выполнена ТАБ (узлы более 1 см).

В анализ были включены американские рекомендации по узловым образованиям щитовидной железы согласно классификации ACR-TIRADS (American College of Radiology-Thyroid Image Reporting and Data System).

ACR TI-RADS основан на оценке пяти ключевых характеристик узла — состава, эхогенности, формы, границ и эхогенных очагов — которые оцениваются индивидуально, при

этом оценки характеристик суммируются для получения окончательной классификации уровня риска, который варьируется от TR1 (доброкачественный) до TR5 (высокое подозрение на злокачественность). Шестой признак (размер) используется для определения подходящего образа действий. Для каждого из пяти ключевых признаков должен быть выбран и должным образом оценен один из вариантов, за исключением признака «эхогенные фокусы», в котором должны быть описаны и оценены все варианты, применимые к оцениваемому узлу [1]. При оценке узла врач выбирает по одному признаку из каждой из первых четырех категорий и все подходящие признаки из последней категории и суммирует баллы. Сумма баллов определяет уровень ACR TI-RADS узла, который варьируется от TR1 (доброкачественный) до TR5 (высокое подозрение на злокачественность).

Ультразвук высокого разрешения является методом выбора для оценки узлов щитовидной железы (ЩЖ). В последнее время этот метод стал широко и часто использоваться, что увеличило частоту выявления узлов ЩЖ. В 2017 году Американский колледж радиологии (ACR) создал систему стратификации рисков, названную Системой отчетов и данных по визуализации ЩЖ (TI-RADS), в качестве практического руководства для широкого использования с единым словарем и стандартизацией отчетов об ультразвуковом исследовании ЩЖ. [11, 12].

Статистическое программное обеспечение Microsoft Excel и STATISTICA_6 использовалось для статистического анализа, и $p < 0,05$ считалось значимой разницей. Количественные данные с нормальным распределением выражали как среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$).

Анализ и результаты. В таблице 1 дано распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст , лет	Число мужчин	Число женщин	Всего
18-44 молодой	32	19	51
44-60 средний	31	30	61
60-75 пожилой	28	17	45
75-90 старческий	-	-	
90+ лет долгожитель	-	-	
Всего: n = 157	91	66	157

Как видно из таблицы 1, большая часть пациентов была в возрасте от 44 до 60 лет – 61 больных (38,8%).

Далее нами были изучены ультразвуковые особенности пациентов с узлами щитовидной железы (таблица 2).¹Рекомендации АТА, которые характеризуют узел по размеру, форме, эхогенности, краям, наличию кальцификации и признакам дополнительного расширения щитовидной железы (ДРЩЖ), широко используются для оценки и лечения узлов щитовидной железы, а также для рекомендации ТАБ. Подозрительные характеристики злокачественного новообразования включают гипоэхогенный солидный компонент, неровные края, форму выше ширины, наличие обода или микрокальцификации и признаки ДРЩЖ. Эти характеристики узелков классифицируют риск злокачественного новообразования на пять категорий, которые включают доброкачественный характер, образец очень низкого подозрения, образец низкого подозрения, образец промежуточного подозрения и образец высокого подозрения. Однако узелки, которые являются эхогенными или изоэхогенными и обладают злокачественными признаками, не могут быть классифицированы [13].

Таблица 2

Ультразвуковые особенности пациентов с узлами щитовидной железы..

показатели	Доброкачественные узлы , n=256	Злокачественные	p
------------	--------------------------------	-----------------	---

		Узлы , n=13	
Размер узла		21.2±3.4	12.3±2.8
< 10 mm (%)		102 (39.8%)	5 (38.4%)
>10 mm (%)		154 (60.2%)	8 (61.5%)
число	Одиночные,п, %	78 (53.2%)	4 (30.7%)
	Множественные, п, %	178 (46.5%)	9 (69.2%)
структура	кистозная	78 (30.5%)	0
	смешанная	89 (34.8%)	6 (37.5%)
	солидная	89 (34.8%)	7 (53.8%)
Эхогенность	Анэхогенная,п, %	59 (23.0%)	0
	Гиперэхогенная,п, %	68 (44.5%)	5 (38.4%)
	Гипоэхогенная, п, %	129 (26.5%)	8 (61.5%)
Форма	Выше, чем шире, п, %	187 (73.0%)	10 (76.9%)
	Шире, чем выше, п, %	69 (26.9%)	3 (23.0%)
допуск	Дольчатые п, %	137 (53.5%)	2 (15.3%)
	ровные, п, %	114 (44.5%)	1 (7.8%)
	Экстратиреоидное расположение	5 (1.9%)	10(76.9%)
Эхогенный фокус	Нет или большие артефакты типа «хвост кометы»	154 (60.2%)	7(53.8%)
	макрокальцинаты	102 (39.8%)	6(37.5%)
	периферические кальцинаты		
	Микрокальцинаты		

Таким образом, среди 157 пациентов с 269 узлами ЩЖ было выявлено 256 доброкачественных узлов и 13 злокачественных узлов.

Было выявлено достоверное отличие данных УЗИ исследования между доброкачественными и злокачественными узлами.

Далее нами были изучены показания для проведения ТАБ ЩЖ по ACR-TIRADS (таблица 3). Согласно выполненной оценке по таблице 3 мы распределили пациентов для ТАБ.

Таблица 3
Показания для проведения ТАБ по ACR-TIRADS

Количество баллов	Стадия TIRADS	Интерпретация	ТАБ	Всего больных
0	TIRADS 1	Доброкачественные изменения ЩЖ	Не показано	189
2	TIRADS 2	Вероятно Доброкачественные изменения ЩЖ	Не показано	44
3	TIRADS 3	Вероятно Доброкачественные изменения ЩЖ	При размере узла > 1.5 см повторить УЗИ При размере узла > 2.5 см рек-но ТАБ	23

4-6	TIRADS 4	Подозрение на злокачественное образование	При размере узла > 1.0 см повторить УЗИ При размере узла > 1.5 см рек-но ТАБ	10
7 и более	TIRADS 5	Вероятно злокачественное образование	При размере узла > 0.5 см повторить УЗИ При размере узла > 1.0 см рек-но ТАБ	3

Примечание: ТАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия, НР – не рекомендуется

Основная цель категории ACR-TIRADS состояла в том, чтобы определить рекомендации для ТАБ и последующего наблюдения, при этом низкий порог риска злокачественных новообразований оценивается от 2% или менее для ACR-TIRADS 1 до более 20% для ACR-TIRADS 5.

Далее нами была изучена стратификация риска малигнизации узлов ЩЖ по ACR-TIRADS (таблица 4).

Таблица 4
Стратификация риска малигнизации узлов ЩЖ
по ACR-TIRADS (2016 г)

Индикаторы	Группы больных, абс.%			
	1 гр, n = 56	1 гр, n = 35	3 гр, n = 50 (100 узлов)	1 гр, n = 16 (32 узла)
Расположение узлов				
Перешеек	13 (23.2%)	9 (25.7%)	21 (21.0%)	11 (34.3%)
Верхний	10 (17.9%)	10 (28.6%)	35 (35.0%)	9 (28.1%)
Середина	15 (26.8%)	8 (22.8%)	33 (33.0%)	10(31.2%)
Нижний	18 (32.1%)	8(22.8%)	11 (11.0%)	12 (37.5%)
TIRADS				
TR1	13 (23.2%)	15 (42.8%)	27 (27.0%)	14 (43.7%)
TR2	32 (57.1%)	13 (37.1%)	39 (39.0%)	12(37.5%)
TR3	9 (16.0%)	4 (11.4%)	28 (28.0%)	4 (12.5%)
TR4	-	-	-	-
TR5	2 (3.6%)	3 (8.6%)	6 (6%)	2 (6.3%)

Примечание: p – критерий достоверности в сравнении с контролем

Как видно из таблицы 4, во всех группах пациентов с узлообразованием в ЩЖ расположение узлов доминировало в области верхней части – 64 узла из 269 (23.7%) наблюдений. В перешейке располагалось меньшее число узлов – 54 (20.0%) случаев, а в нижней части было 49 (18.2%) случая расположения узлов.

Таким образом, по ACR-TIRADS узлы щитовидной железы можно разделить на три категории: узлы низкого, среднего и высокого риска. ТАБ рекомендуется для узлов среднего и высокого риска.

Выводы и рекомендации. 1. Среди 157 пациентов с 269 узлами ЩЖ было выявлено 256 доброкачественных узлов и 13 злокачественных узлов. 2. Стратификация риска малигнизации узлов ЩЖ по ACR-TIRADS является надежным методом определения показаний для ТАБ.

Список использованной литературы

1. Anand B, Ramdas A, Ambroise MM, Kumar NP (2020) The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology: a cytohistological study. //J Thyroid Res 16(2020):1–8
2. Arul P, Akshatha C, Masilamani S (2015) A study of malignancy rates in different diagnostic categories of the Bethesda system for reporting thyroid cytopathology: An institutional experience. //Biomed J 38(6):517–522
3. Cesur M, Corapcioglu D, Bulut S, Gursay A, Yilmaz AE, Erdogan N et al (2006) Comparison of palpation-guided fine-needle aspiration biopsy to ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in the evaluation of thyroid nodules. //Thyroid Off J Am Thyroid Assoc 16(6):555–561
4. Cibas ES, Ali SZ (2009) NCI Thyroid FNA state of the science conference. The Bethesda System for reporting thyroid cytopathology. //Am J ClinPathol 132(5):658–65
5. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE et al (2016) 2015 American Thyroid Association Management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association Guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. //Thyroid 26(1):1–133
6. Melo-Urbe MA, Sanabria Á, Romero-Rojas A, Pérez G, Vargas EJ, Abaúnza MC et al (2015) The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology in Colombia: correlation with histopathological diagnoses in oncology and non-oncology institutions. //J Cytol Indian AcadCytol 32(1):12–16
7. Merhav G, Zolotov S, Mahagneh A, Malchin L, Mekel M, Beck-Razi N. Validation of TIRADS ACR Ris
8. k Assessment of Thyroid Nodules in Comparison to the ATA Guidelines. J Clin Imaging Sci. 2021 Jul 10;11:37. doi: 10.25259/JCIS_99_2021.
9. Pires AT, Mustafá AMM, Magalhães MOG. The 2017 ACR TI-RADS: pictorial essay. //Radiol Bras. 2022 Jan-Feb;55(1):47-53. doi: 10.1590/0100-3984.2020.0141.
10. Solorzano CC, Carneiro DM, Ramirez M, Lee TM, Irvin GL (2004) Surgeon-performed ultrasound in the management of thyroid malignancy. //Am Surg 70(7):576–580. (discussion 580–582)
11. Stulak JM, Grant CS, Farley DR, Thompson GB, Heerden JAV, Hay ID et al (2006) Value of preoperative ultrasonography in the surgical management of initial and reoperative papillary thyroid cancer. Arch Surg 141(5):489–496
12. Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, Hoang JK, Berland LL, Teefey SA et al (2017) ACR thyroid imaging, reporting and data system (TI-RADS): white paper of the ACR TI-RADS Committee. // J Am CollRadiol JACR 14(5):587–595
13. Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, Hoang JK, Berland LL, Teefey SA, Cronan JJ, Beland MD, Desser TS, Frates MC, Hammers LW, Hamper UM, Langer JE, Reading CC, Scoutt LM, Stavros AT. ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. //J Am Coll Radiol. 2017 May;14(5):587-595. doi: 10.1016/j.jacr.2017.01.046.
14. Yoon JH, Kwak JY, Moon HJ, Kim MJ, Kim E-K (2011) The diagnostic accuracy of ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy and the sonographic differences between benign and malignant thyroid nodules 3 cm or larger. // Thyroid Off J Am Thyroid Assoc 21(9):993–1000

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

4 ЖИЛД, 3 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 4, НОМЕР 3

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 4, ISSUE 3

Editorial staff of the journals of 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

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,

улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000