



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 Dilorvar 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



Дадаханова Марям Бахтияровна,
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
кафедра эндокринологии, детской эндокринологии
Халимова Замира Юсуфовна
доктор медицинских наук, профессор
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр
Эндокринологии акад. Ё.Х. Туракулова

"ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.14568692>

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Узлы щитовидной железы часто обнаруживаются при УЗИ шеи. Большинство узелков доброкачественные; поэтому многие узлы подвергаются биопсии, чтобы выявить небольшое количество узлов, которые являются злокачественными или требуют хирургического вмешательства для окончательного диагноза.

Методология раскрытия проблемы исследования. Было обследовано 157 пациентов с узловыми образованиями ЩЖ. Из 157 больных мужчин было 91, женщин – 66. Пациенты были распределены на 4 группы:

Результаты исследования. Выполненный анализ показал, что гипотиреоз наблюдался у 57 (36.3%) пациентов, гипертиреоз – у 51 (33.5%) и эутиреоз – у 49 (31.2%) пациентов.
Ключевые слова: щитовидная железа, узловые, образования.

Dadakhanova Maryamkhon Bakhtiyor qizi,
Tashkent Pediatric Medical Institute,
Department of Endocrinology, Pediatric Endocrinology
Khalimova Zamira Yusufovna,
doctor of medical sciences, professor,
Republican Specialized Scientific and Practical Medical
Center of Endocrinology named after Academician Y.Kh.Turakulov

"ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATUS OF PATIENTS WITH NODULAR FORMATIONS OF THE THYROID GLAND"

ANNOTATION

Background. Thyroid nodules are often detected by ultrasound of the neck. Most nodules are benign; therefore, many nodes are biopsied to identify the small number of nodes that are malignant or require surgery for definitive diagnosis.

Methodology for revealing the research problem. 157 patients with thyroid nodules were examined. Of the 157 patients, there were 91 men, 66 women. The patients were divided into 4 groups:

Research results. The analysis showed that hypothyroidism was observed in 57 (36.3%) patients, hyperthyroidism – in 51 (33.5%) and euthyroidism – in 49 (31.2%) patients.

Key words: thyroid gland, nodules, formations.

Dadahanova Maryamhon Bahtiyor qizi

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti,
endokrinologiya kafedrası, bolalar endokrinologiyasi

Xalimova Zamira Yusufvna,

tibbiyot fanlari doktori, professor,
Akademik Y.X. To'raqulov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan
endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

"QALQONSIMON BEZINING TUGUN KABI SHISHLARI BO'LGAN BEMORLARNI FUNKSIONAL HOLATINI BAHOLASH"

ANNOTATSIYA

Dolzarbligi. Qalqonsimon bezning tugunlari ko'pincha bo'yinning ultratovush tekshiruv bilan aniqlanadi. Ko'pchilik tugunlar yaxshi xulqli; shuning uchun ko'plab tugunlar malign bo'lgan yoki aniq tashxis qo'yish uchun jarrohlik talab qiladigan oz sonli tugunlarni aniqlash uchun biopsiya qilinadi.

Tadqiqot muammosini ochish metodologiyasi. Qalqonsimon bez nodullari bo'lgan 157 bemor tekshirildi. 157 nafar bemorning 91 nafari erkak, 66 nafari ayollar bo'lib, bemorlar 4 guruhga bo'lingan:

Tadqiqot natijalari. Tahlil shuni ko'rsatdiki, hipotiroidizm 57 (36,3%) bemorda, gipertiroidizm - 51 (33,5%) va eutireoz - 49 (31,2%) bemorlarda kuzatilgan.

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

Введение. Узлы щитовидной железы обычно являются доброкачественными и выявляются у 2–6% пациентов при физикальном осмотре, у 19–68% пациентов при УЗИ и у 8–65% при аутопсии [1]. Хотя большинство из них являются доброкачественными, риск развития рака составляет от 7% до 15% в зависимости от таких факторов, как возраст, пол, радиационное воздействие и семейный анамнез [2]. Традиционно левотироксин, добавки гормонов щитовидной железы и хирургическое вмешательство являются двумя способами лечения увеличения доброкачественных узлов, но оба имеют свои недостатки [3]. Ранее левотироксин использовался для подавления ТТГ в надежде, что это подавление поможет снизить скорость роста доброкачественных узлов щитовидной железы. К сожалению, снижение скорости роста узлов щитовидной железы было незначительным, но возникший в результате гипертиреоз также привел к последующим сердечно-сосудистым последствиям и ухудшению здоровья костей. Учитывая эти побочные эффекты, Американская ассоциация щитовидной железы (ЩЖ) рекомендовала отказаться от рутинного подавления уровня ТТГ при доброкачественных узлах, и от этой практики в основном отказались.

Анализ литературы по теме. Первоначальное обследование любого пациента с подозрением на узловую болезнь ЩЖ включает в себя сбор личного и семейного анамнеза, физическое обследование, оценку функции ЩЖ и УЗИ шеи. При этом следует учитывать симптоматику до начала лечения, в идеале включающую результат, специфичный для ЩЖ (PRO) [4], который был подтвержден в межкультурных исследованиях [5] и для которого было выявлено минимально важное изменение качества жизни. определено [6], что позволяет использовать его для оценки эффекта лечения.

Как минимум, лабораторная оценка должна включать измерение уровня тиреотропного гормона (ТТГ). Если ТТГ снижен, рекомендуется определять свободный тироксин (FT4). Если

последний в норме, следует измерить свободный трийодтиронин. В зависимости от клинического контекста определение антител к рецептору ТТГ можно рассматривать для определения этиологии гипертиреоза. Если ТТГ повышен, следует измерить антитела FT4 и к тиреоидной пероксидазе (ТПО), чтобы помочь в классификации этиологии дисфункции ЩЖ. В случае клинического или ультразвукового подозрения на хронический лимфоцитарный тиреоидит и отрицательных антител к ТПО можно рассмотреть возможность измерения антител к тиреоглобулину (ТГ) [7].

Использование кальцитонина для скрининга медуллярной карциномы ЩЖ (МТС) в неотобранных популяциях узлов ЩЖ обеспечивает раннюю диагностику и тем самым потенциально улучшает прогноз [8,9]. Однако ценность такого скрининга все еще обсуждается, поскольку не более чем у 1 из 200 прошедших скрининг лиц будет выявлен МРСК [10] и что у некоторых диагноз может быть поставлен и без обычного скрининга. Оценка кальцитонина целесообразна в следующих случаях: пациенты с узлами ЩЖ, которым назначена операция или MIT [11]; узлы ЩЖ с неопределенной цитологией или подозрительными результатами УЗИ [12]. Определение кальцитонина следует проводить в случае наличия в личном или семейном анамнезе медуллярного рака ЩЖ или множественной эндокринной неоплазии 2 типа [10]. Были установлены пороговые значения для отделения немедуллярных причин повышения кальцитонина от медуллярной карциномы ЩЖ (>30 пг/мл у женщин и >34 пг/мл у мужчин, даже если на этот порог могут влиять несколько переменных) [1].

Определение сыровороточного тиреоглобулина (ТГ) и антител к ТГ не играет роли в первоначальной оценке узлового заболевания ЩЖ [13].

Вышеуказанное послужило причиной для настоящего исследования.

Цель исследования – оценить функциональное состояние пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы.

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, 4 группа – пациенты с многоузловыми образованиями ЩЖ от 1 до 1.5 см – 16 пациентов. 20 здоровых лиц составили группу контроля.

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).

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. [14, 15].

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 был выполнен анализ функционального состояния ЩЖ в зависимости от клинических симптомов заболевания (таблица 2).

Таблица 2

Анализ функционального состояния ЩЖ в зависимости от клинических симптомов заболевания

Функциональное состояние ЩЖ	1 группа, n=56	2 группа, n=35	3 группа, n=50	4 группа, n=16	Всего
Гипотиреоз	25	11	17	4	57
Гипертиреоз	16	10	18	7	51
Эутиреоз	15	14	15	5	49

Выполненный анализ показал, что гипотиреоз наблюдался у 57 (36.3%) пациентов, гипертиреоз – у 51 (33.5%) и эутиреоз – у 49 (31.2%) пациентов.

Следующим этапом исследования явилась оценка гормональных значений в зависимости от клинического статуса пациентов (таблицы 3 и 4).

Таблица 3

Гормональная характеристика 57 пациентов с гипотиреозом в группах.

Параметры	1 группа, n=25	2 группа, n=11	3 группа, n=17	4 группа, n=16	Группа контроля, n=20	Норма
ТТГ, мМЕ/Л	3,3 $\pm$ 0,8	4,1 $\pm$ 1,1	4,9 $\pm$ 1,6*	5,7 $\pm$ 1,4*	2,1 $\pm$ 0,5	0.4-4.0 мМЕ/Л
Свободный тироксин, нг/дл	0,92 $\pm$ 0,04	0,90 $\pm$ 0,06*	0,56 $\pm$ 0,08*	0,48 $\pm$ 0,05*	1, 4 $\pm$ 0,7	0,93 – 2.0 нг/дл
Антитела к ТПО, МЕ/мл	7,4 $\pm$ 1,5	5,8 $\pm$ 1,2	91,6 $\pm$ 11,6**	104,7 $\pm$ 12,8**	8,6 $\pm$ 1,1	До 30 МЕ/мл
Антитела к ТГ МЕ/мл	8,6 $\pm$ 1,3	8,1 $\pm$ 0,9	85,8 $\pm$ 8,5*	97,9 $\pm$ 7,5*	7,4 $\pm$ 1,5	До 30 МЕ/мл
Антитела к рТ МЕ/мл	9,5 $\pm$ 1,2	59,8 $\pm$ 9,7*	96,5 $\pm$ 7,2**	106,5 $\pm$ 7,2**	8,4 $\pm$ 1,6	До 30 МЕ/мл

Примечание: Антитела к ТПО – к тиреопероксидазе, к ТГ – к тиреоглобулину, к рТ – к рецепторам тиреоцитов

Как видно из таблицы 3, в 1 группе пациентов с узловым образованием в ЩЖ менее 1 см не было выявлено достоверных изменений со стороны гормональных показателей ($p > 0.05$). Во 2 группе пациентов с узловым образованием от 1 до 1.5 см наблюдалась картина субклинического гипотиреоза с достоверным повышением АТ к рТ ($p < 0.05$). В 3 и 4 группах пациентов с множественными узлами в ЩЖ от 1 до 1.5 см наблюдалась клиника манифестного гипотиреоза на фоне достоверного подъема всех антител - к ТПО, к ТГ и рТ ($p < 0.05$).

Таким образом, по мере увеличения размеров и числа узловых образований ЩЖ, наблюдалось повышение аутоиммунного процесса на фоне манифестного гипотиреоза среди 57 пациентов с симптоматикой гипотиреоза.

Таблица 4

Гормональная характеристика 51 пациентов с гипертиреозом в группах.

Параметры	1 группа, n=16	2 группа, n=10	3 группа, n=18	4 группа, n=17	Группа контроля, n=20	Норма
ТТГ, мМЕ/Л	0.31 $\pm 0.07^*$	0.23 $\pm 0.08^*$	0.24 $\pm$ 0.04*	0.12 $\pm$ 0.08*	2.1 ± 0.5	0.4-4.0 мМЕ/Л
Свободный тироксин, нг/дл	0.96 ± 0.01	0.94 ± 0.06	0.43 2 $\pm 0.08^*$	0.35 $\pm 0.08^*$	1.4 ± 0.7	0.93 – 2.0 нг/дл
Антитела к ТПО, МЕ/мл	5.8 ± 0.8	6.4 ± 1.6	36.7 $\pm 6.8^*$	35.3 $\pm 5.6^*$	8.6 ± 1.1	До 30 МЕ/мл
Антитела к ТГ МЕ/мл	7.2 ± 1.2	29.9 ± 4.5	39.7 $\pm 5.4^*$	28.4 $\pm 3.8^*$	7.4 ± 1.5	До 30 МЕ/мл
Антитела к рТ МЕ/мл	6.2 ± 1.7	12.5 ± 3.2	36.5 $\pm 8.4^*$	34.8 $\pm 5.8^*$	8.4 ± 1.6	До 30 МЕ/мл

Примечание: Антитела к ТПО – к тиреопероксидазе, к ТГ – к тиреоглобулину, к рТ – к рецепторам тиреоцитов

Из таблицы 4 следует, что в 1 и 2 группах пациентов с гипертиреозом наблюдалась картина субклинического гипертиреоза без нарушений концентрации антител к ТПО, ТГ и рТ ($p > 0.05$), в то время как в 3 и 4 группах – отмечалась картина манифестного гипертиреоза и достоверного повышения антител к ТПО, ТГ и рТ ($p < 0.05$).

Выводы и рекомендации. Пациентам с узловыми образованиями щитовидной железы необходимо выполнять мониторинг гормонального статуса для оценки компенсации гипотиреоза/гипертиреоза

Список использованной литературы

1. Chambon G Aloviseti C Idoux-Louche C Reynaud C Rodier M Guedj AM Chapuis H Lallemant JG & Lallemant B. The use of preoperative routine measurement of basal serum thyrocalcitonin in candidates for thyroidectomy due to nodular thyroid disorders: results from 2733 consecutive patients. //Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 20119675–81. (10.1210/jc.2010-0162)
2. Costante G Durante C Francis Z Schlumberger M & Filetti S. Determination of calcitonin levels in C-cell disease: clinical interest and potential pitfalls. //Nature Clinical Practice. Endocrinology and Metabolism 2009535–44. (10.1038/ncpendmet1023)
3. Costante G, Meringolo D, Durante C, Bianchi D, Nocera M, Tumino S, Crocetti U, Attard M, Maranghi M, Torlontano M, et al. Predictive value of serum calcitonin levels for preoperative diagnosis of medullary thyroid carcinoma in a cohort of 5817 consecutive patients with

- thyroid nodules. //Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2007;92:450–455. (10.1210/jc.2006-1590)
4. Dean DS, Gharib H. Epidemiology of thyroid nodules. //Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2008;22(6):901-911.
5. Elisei R, Bottici V, Luchetti F, Di Coscio G, Romei C, Grasso L, Miccoli P, Iacconi P, Basolo F, Pinchera A, et al. Impact of routine measurement of serum calcitonin on the diagnosis and outcome of medullary thyroid cancer: experience in 10,864 patients with nodular thyroid disorders. // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2004;89:163–168. (10.1210/jc.2003-030550) [
6. Fugazzola L, Di Stefano M, Censi S, Repaci A, Colombo C, Grimaldi F, Magri F, Pagotto U, Iacobone M, Persani L, et al. Basal and stimulated calcitonin for the diagnosis of medullary thyroid cancer: updated thresholds and safety assessment. //Journal of Endocrinological Investigation 2021;44:587–597. (10.1007/s40618-020-01356-9)
7. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 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. 2016;26(1):1-133.
8. Hegedüs L. Clinical practice. The thyroid nodule. //New England Journal of Medicine 2004;351:1764–1771. (10.1056/NEJMc031436)
9. Jeong WK, Baek JH, Rhim H, et al. Radiofrequency ablation of benign thyroid nodules: safety and imaging follow-up in 236 patients. // Eur Radiol. 2008;18(6):1244-1250.
10. Nordqvist SF, Boesen VB, Rasmussen ÅK, Feldt-Rasmussen U, Hegedüs L, Bonnema SJ, Cramon PK, Watt T, Groenvold M & Bjorner JB. Determining minimal important change for the thyroid-related quality of life questionnaire ThyPRO. //Endocrine Connections 2021;10:316–324. (10.1530/EC-21-0026)
11. 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.
12. 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.
13. Trimboli P, Treglia G, Guidobaldi L, Romanelli F, Nigri G, Valabrega S, Sadeghi R, Crescenzi A, Faquin WC, Bongiovanni M, et al. Detection rate of FNA cytology in medullary thyroid carcinoma: a meta-analysis. //Clinical Endocrinology 2015;82:280–285. (10.1111/cen.12563)
14. Watt T, Cramon P, Hegedüs L, Bjorner JB, Bonnema SJ, Rasmussen ÅK, Feldt-Rasmussen U & Groenvold M. The thyroid-related quality of life measure ThyPRO has good responsiveness and ability to detect relevant treatment effects. // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2014;93:708–717. (10.1210/jc.2014-1322)
15. Watt T, Barbesino G, Bjorner JB, Bonnema SJ, Bukvic B, Drummond R, Groenvold M, Hegedüs L, Kantzer V, Lasch KE, et al. Cross-cultural validity of the thyroid-specific quality-of-life patient-reported outcome measure, ThyPRO. //Quality of Life Research 2015;24:769–780. (10.1007/s11136-014-0798-1)

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