

## ДИАГНОСТИКА ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Мадрагимова Барно Хадятиллаевна*

*Кафедра онкологии и медицинской радиологии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

### *Резюме,*

Проблема распознавания очаговых образований в щитовидной железе остается актуальной, несмотря на наличие многочисленных диагностических методов (ультразвуковое исследование, цветное доплеровское картирование, компьютерная томография, магниторезонансная томография, радионуклидная сцинтиграфия, инфракрасная термография, лимфография и др.), в связи с этим возникает острая необходимость оптимизации диагностического процесса с учетом экономических факторов.

Трудность диагностики объясняется, прежде всего, бессимптомным течением заболевания и возможностью появления узловых образований в незначительно увеличенной железе.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, диагностика, очаговая изменения.

## DIAGNOSIS OF FOCAL THYROID CHANGES

*Madragimova Barno Khadyatillayevna*

*Department of Oncology and Medical Radiology*

*Andijan State Medical Institute*

### *Resume,*

The problem of recognition of focal formations in the thyroid gland remains relevant, despite the presence of numerous diagnostic methods (ultrasound, color Doppler mapping, computed tomography, magnetic resonance imaging, radionuclide scintigraphy, infrared thermography, lymphography, etc.), in this regard, there is an urgent need to optimize the diagnostic process taking into account economic factors.

The difficulty of diagnosis is explained, first of all, by the asymptomatic course of the disease and the possibility of nodular formations in a slightly enlarged gland.

**Key words:** thyroid gland, diagnostics, focal changes.

**Актуальность.** Прогресс и растущая доступность ультразвукового исследования (УЗИ) щитовидной железы обусловили значительное увеличение частоты выявления очаговых изменений в этой железе[4,6,11].

Наряду с технологическим развитием, возможности тщательной оценки этих изменений с точки зрения риска злокачественности также расширяются[2,8,13]. Увеличение очагового изменения щитовидной железы или просто его размер как основной критерий повышенного риска злокачественности остались в прошлом[1,5,9].

Основой для проведения контроля у пациентов с очаговыми изменениями щитовидной железы является возможность достоверно оценить риск развития рака на основе ультразвукового исследования щитовидной железы с учетом наличия признаков повышенного риска и тщательная клиническая оценка, что требует контроля и повторного исследования даже в течение многих лет[3,7,15].

**Цель исследования.** Разработать комплексный алгоритм дифференциальной диагностики очаговых образований ЩЖ для прогнозирования наличия злокачественных поражений.

**Материал и методы исследования.** Для определения диагностической ценности изученных параметров УЗ-исследований с учетом степени выраженности пролиферативных изменений в очаговых образованиях ЩЖ было обследовано 277 пациентов, которые, в зависимости от исхода заболевания ретроспективно были дифференцированы на 4 клинические группы:

I - я группа (n=81) - включены пациенты, у которых определялись одиночные очаговые образования в ЩЖ, размеры образований в среднем

составляли 5-10 мм. Данная группа пациентов находилась под динамическим наблюдением у эндокринолога в течение 6-12 месяцев.

II - я группа (n=104) - пациенты, у которых определялись одиночные очаговые образования в ЩЖ, размеры образований в среднем составляли 11-25 мм. Всем пациентам выполнялась ТАПБ с цитологическим исследованием. Доброкачественный характер образований верифицирован.

III - я группа (n=56) - пациенты, подвергшиеся оперативному лечению по поводу узловых образований. Показаниями к оперативному лечению являлись: множественные узловые образования, рост образований, размеры одиночных узлов, превышающие 25 мм, сомнительные цитологические данные ТАПБ, не позволяющие окончательно исключить опухолевый рост, нарушение функции соседних органов, в том числе и органов средостения (нарушение актов глотания, затруднение дыхания), но без патологически измененных лимфоузлов.

IV - я группа (n=36) - пациенты, подвергнутые оперативным вмешательствам по поводу различных форм рака ЩЖ. У 28 (77,8%) оперированных пациентов была гистоструктура папиллярного рака; у 6 (16,7%) - фолликулярного рака; у 2 (5,5 %) - медуллярного рака.

**Результаты исследования.** Ведение пациентов с очаговыми образованиями в ЩЖ согласно алгоритму комплексного ультразвукового исследования позволило улучшить раннюю диагностику рака ЩЖ и увеличило количество случаев раннего выявления рака ЩЖ на 5,4%.

Наиболее информативными ультразвуковыми критериями диагностики рака ЩЖ являются: нечеткий наружный контур очаговых образований с чувствительностью 68,5% и специфичностью 94,8%; гипоэхогенный ободок «хало» по периферии очаговых образований с чувствительностью 72% и специфичностью 88%; наличие кальцинатов в узле с чувствительностью 36,0% и специфичностью 93,0%.

Использование математической обработки ультразвукового изображения очаговых образований ЩЖ в режиме серой шкалы с построением гистограмм эхоплотности очаговых образований позволяет получить дополнительные УЗ-критерии рака ЩЖ. Наиболее информативными показателями являются среднее арифметическое эхоплотности (AV), среднее квадратичное отклонение эхоплотности (SD).

При раке ЩЖ наиболее характерными типами гистограмм эхоплотности очаговых образований являются: «асимметричный одновершинный» и «асимметричный многовершинный».

При проведении цветового доплеровского картирования наличие центрального и смешанного типов кровотока было характерно для активнопролиферирующих образований в ЩЖ. При импульсной доплерометрии во II, III и IV клинических группах обнаружены более низкие уголнезависимые индексы: ПИ, ИР, а также более высокие значения максимальных скоростей артериального и венозного кровотоков в сравнении с I клинической группой. Однако достоверные отличия определялись только между I и IV клиническими группами,  $p < 0,05$ .

На основе дискриминантного анализа выявлено, что среди исследованных параметров наиболее информационно значимыми для диагностики рака ЩЖ (информационный вес более 0,30) оказались: отсутствие четкости контура узлового образования ЩЖ (0,37), коэффициент вариации контура очагового образования ЩЖ (0,39), отношение SD/S общего контура железы (0,35); из доплерометрических показателей: тип васкуляризации очаговых образований (0,35), а также данные ТАПБ (0,40).

**Вывод.** Разработанный комплексный алгоритм дифференциальной диагностики с оценкой информационной значимости параметров позволяет оценить состояние паренхимы ЩЖ в норме и при ее очаговых поражениях, определить степень риска наличия злокачественных поражений и оптимизировать тактику ведения пациентов. Данный подход улучшает

раннюю диагностику рака ЩЖ и уменьшает количество неоправданных радикальных хирургических операций.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдухолимова М.М., Митьков В.В., Бонда-ренко В.О., Зубарев А.Р. // Ультразвуковая диагностика. 2009. №3. С.69-79.
2. Атабекова Л.А., Васильченко С.А., Бурков С.Г. // Sonoace international. 2009. №4. С.60-65.
3. Афанасьева Н.И., Филатов А.А. // Мед. радиология. 1989. №5. С.28-32.
4. Болотова Н.В., Лисенкова Л.А., Чубилина Е.Г. // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. №5. С.45-46.
5. Гульчий Н.В., Аветисьян И.Л., Яровой А.О., Демидюк А.П. // Укр. мед. журн. 2011. №3. С.84-87.
6. Коваленко А.Е., Кваченюк А.Н., Комиса-ренко И.В. и др. // Межд. журн. радиац. мед. 2009. №3. С.94- 103.
7. Кравец Е.Б., Грацианова Н.Д., Олейник О.А. и др. // Росс, педиатр, журн. 2010. №1. С.14-16.
8. Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Горяинов В.Ф. // Детская хирургия. 1997. №2. С.23-26.
9. Степанов С.А., Гуляев А.И., Лисенкова Л.А. Морфология заболеваний щитовидной железы у детей. Саратов, 2008. 126 с.
10. Хамзина Ф.Т., Вагапова Г.Р. // Эхография. 2010. №4. С.474-474.
11. Шадлинский В.Б. Структурная организация и морфофункциональные особенности щитовидной железы в норме и при патологии. М., 2008. 170 с.
12. Шилин Д.Е. // Sonoace international. 2011. №8. С.3-10.
13. Angelillis L., Urso M. // Recenti Prog. Med. 2017. No.1. P.4-10.
14. De Roy van Zuidewijn D.B., Songun I., Hamming J., Kievit J., Van-de-Velde C.J. // World J. Surg. 2014. No.4. P.506-510.
15. Hu DX. // Chung Hua Wai Ko Tsa Chih. 2013. No.6. P.366 -368.