

**ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ САРАТОНИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЗАМОНАВИЙ
ЁНДАШУВЛАР (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ)****Султанова Л.Р., Хатамова Д.Т., Султонова Н.С**

Тошкент давлат тиббиёт университети

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Қалқонсимон без саратони (ҚБС) эндокрин безларнинг энг кенг тарқалган хавфли ўсмаси бўлиб, саратон касаллигининг умумий таркибида 1-1,5% ни ташкил қилади. Сўнгги йилларда қалқонсимон без саратони билан касалланишнинг барқарор ўсиши, айниқса ёш ва ўрта ёшдагилар орасида, скрининг дастурлари, шунингдек, ягона диагностика тактикасининг йўқлиги ушбу муаммони жаҳон онкологиясининг долзарб муаммолари қаторига киритади [6]. Адабиёт маълумотлари таҳлили шуни кўрсатадики, ҚБС диагностикаси бир қатор жиддий қийинчиликлар билан боғлиқ. Бир томондан, клиникагача бўлган босқичда ўсмани аъъанавий усуллар билан аниқлаш кўпинча қийин, баъзи ҳолларда эса мумкин эмас. Бошқа томондан, қалқонсимон безнинг кенг тарқалган шаклларида ўсма жараёнининг ҳақиқий давомийлигини ва унинг бўйин атрофидаги аъзолар билан ўзаро муносабатини ҳар доим ҳам аниқ белгилаб бўлмайди [12].

Ноонкологик стационарларда тугунли ҳосилалар бўйича операция қилинадиган қалқонсимон без саратони билан оғриган беморлар орасида операциядан олдинги тўғри ташхис фақат 54-61% ҳолларда қўйилади, бу кўпинча радикал бўлмаган жарроҳлик аралашувларини амалга оширишга олиб келади. Бу ҳолат қалқонсимон без хавфли ўсмаларининг эрта шакллари аниқлашга қаратилган янада самарали диагностика алгоритмларини ишлаб чиқиш ва жорий этиш заруратини келтириб чиқаради. Қалқонсимон без ўсмаларини бирламчи ташхислашда ахборотлилик ва қулайлик даражаси бўйича ультратовуш текшируви (УТТ) етакчи ўринни эгаллайди. Усул ноинвазив бўлиб, юқори фазовий ажрата олиш қобилиятига эга ва ультратовуш доплерографиясидан фойдаланганда ўсма тугунининг ўлчамлари, тузилиши, шунингдек қон оқимининг хусусиятларини баҳолаш имконини беради [11].

Замонавий ультратовуш аппаратлари қалқонсимон без тўқимасида 2 мм ўлчамдаги пайпаслаб бўлмайдиган суяқлик ҳосилаларини, 4 мм ўлчамдаги солид ҳосилаларни аниқлаш имконини беради, натижада клиник жиҳатдан "соғлом" шахсларда тугунли ҳосилаларни аниқлаш частотаси 10-40% га етади [9]. Шу билан бирга, ҳозирги кунга қадар қалқонсимон безнинг хавфсиз ва хавфли ўчоқли ҳосилаларини юқори аниқлик билан фарқлаш имконини берувчи якуний сонографик мезонлар ишлаб чиқилмаган. Адабиётларда киста деворининг карсиноид трансформацияси, аденомаларнинг кистоз дегенерацияси, шунингдек, яллиғланиш ва аутоиммун жараёнларда без тўқималарининг ўзгариши ҳолатлари тасвирланган. Фолликуляр аденома ва қалқонсимон без саратонининг ультратовуш кўринишида сезиларли ўхшашлик мавжуд бўлиб, гистологик текширувда фолликуляр ўсмаларнинг тахминан 20 фоизи фолликуляр қалқонсимон без саратони эканлиги аниқланади [7, 8].

Қалқонсимон без саратонининг ультратовуш семиотикасининг хилма-хиллиги яхши сифатли тугунли ҳосилалар билан янада батафсил дифференциал ташхис ўтказиш зарурлигини тақозо этади. Шу билан бирга, бир қатор муаллифларнинг таъкидлашича, ультратовуш сканерлаш пунксион биопсия билан биргаликда бошқа интраскопик усуллардан устун бўлиб, нафақат саратон мавжудлигини, балки унинг гистологик вариантини ҳам 73-93,5% ишончлилик билан тахмин қилиш имконини беради.



Ўсма тугунининг ўлчамлари, тузилиши, контурлари, периферик ҳошиянинг мавжудлиги ва эхосигналнинг дорсал кучайишини баҳолаш имкониятига қарамай, ультратовуш текшируви маълум чекловларга эга. Хусусан, усул ҳар доим ҳам ҚБС учун патогномоник бўлган ўзига хос белгиларни аниқлашга имкон бермайди. Шу билан бирга, УТТ хавфлилиқнинг билвосита белгилари йиғиндисини баҳолаш имконини беради. Эхографик симптомларнинг ифодаланганлиги ўсма тузилиши, ўлчамлари ва морфологик ўзгаришлар характериға боғлиқ. Хавфли ўсманинг ультратовуш манзараси ҳар хил бўлиши мумкин: тугунлар гипо-, изо- ёки гиперехоген тузилишга эга бўлиши, яхлит, аралаш ёки кистоз бўлиши мумкин. Қалқонсимон без ўсмаларининг энг типик белгилари гипоехогенлик, ноаниқ контурлар ва калсинатлар мавжудлиги ҳисобланади.

Г. Мессина маълумотларига кўра, саратон тугуни 60-70% ҳолларда гипоехоген тузилишга эга, гиперехоген тугунлар эса фақат 2-4% ҳолларда, изоехоген тугунлар эса 15-25% ҳолларда аниқланади; аралаш тузилиш нисбатан кам (5-10%) учрайди. Бошқа тадқиқотчиларнинг фикрича, гипоехоген солид структура ўз-ўзидан саратоннинг белгиловчи белгиси ҳисобланмайди ва энг катта диагностик аҳамият микрокалсинатларнинг мавжудлигига берилиши керак. Р. Горгес фикрича, микрокалсинатлар ультратовуш белгилари орасида энг юқори аниқлик ва ўзига хосликка эга бўлиб, мос равишда 76% ва 93% га етади. Шу билан бирга, бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, ҚБнинг ультратовуш кўриниши патогномоник хусусиятларга эга эмас ва хавфсиз тугунларга тақлид қилиши мумкин, тузилиши, контурлари ва калсинатларнинг мавжудлиги каби параметрлар қатъий ҳал қилувчи эмас.

Адабиётларда хавфли ўсмаларнинг ультратовуш манзараси уларнинг морфологик вариантыға боғлиқлиги тўғрисида ҳам маълумотлар келтирилган. Маълум бўлишича, папилляр рак кўпинча бир жинсли бўлмаган гипоехоген тузилма билан ифодаланади.

Эластография - турли хил зичликдаги тўқимада маълум бир ранг спектрини қайд этишга асосланган реал вақт масштабидаги янги технологиядир. Ушбу тадқиқотда зич тўқима, шу жумладан хавфли ўсма кўк рангда, юмшоқ тўқималар қизил ва яшил рангда кўринади. Эластография тўқималар эластиклигини ультратовуш ёрдамида баҳолашнинг жуда истикболли усули ҳисобланади. Қалқонсимон безнинг тугунли ҳосилаларини ташхислаш ва қиёсий ташхислашда эластографиядан фойдаланиш бўйича бир қатор ишлар мавжуд. Қалқонсимон без ҳосилаларининг эластик хусусиятларини ўрганиш бўйича дастлабки маълумотлар келтирилган. Шундай қилиб, ҳатто ультратовуш ташхисотининг замонавий усулларида фойдаланиш ҳам ҚБСни аниқ ташхислаш имконини бермайди, бу эса ташхисотнинг энг маълумотли усуллари излаш заруратини келтириб чиқаради. Сонографиянинг муҳим кўшимчаси бўлиб, унинг маълумотлилигини сезиларли даражада оширадиган қалқонсимон безнинг ингичка игнали пункцион аспирацион биопсияси (ИПАБ) ҳисобланади. Бу цитологик ва бошқа турдаги тадқиқотлар учун ҳужайра материални олишнинг энг оддий усули бўлиб, қалқонсимон безда тугунли ҳосилалар мавжуд бўлганда ва регионар лимфа тугунларида ўзгаришлар аниқланганда мажбурий диагностик муолажа ҳисобланади. ИПАБ -УТТ усули қалқонсимон бездаги пайпасланмайдиган ҳосилалардан ҳам, пайпасланадиган тугунлардаги қизиқиш соҳаларидан ҳам етарли цитологик материал олиш имконини беради. Қалқонсимон без пункциясида цитологик хулосанинг самарадорлиги 58,2-82% оралиғида ўзгариб туради, ИПАБ -УТТ сезгирлиги 78% дан ошади, ўзига хослик - 62%. Ультратовуш назорати остида амалга оширилган биопсиядан кейин жиддий асоратлар ривожланиш хавфи оддий игна биопсиясидан кейин сезиларли даражада паст. Қалқонсимон безнинг тугунли ҳосилаларини ташхислашда радиоизотоп тадқиқот усуллариининг аҳамияти сўнгги йилларда сезиларли даражада камайди. Бу, биринчи навбатда, ЦДК билан бирлаштирилган ультратовуш тадқиқот усуллариининг тарқалиши билан боғлиқ. Шунга қарамай, тиреосцинтиграфия ҳали ҳам энг кенг тарқалган мунтазам текширувлардан



бири ҳисобланади. Усул ультратовуш текширувига қараганда камроқ аниқликка эга ва камроқ тасвирни беради, аммо айнан сцинтиграфия қалқонсимон без тўқимасининг функционал фаоллиги ҳақида маълумот берувчи ягона нурланиш усулидир (ҳар бир муассасада мавжуд бўлмаган ПЭТни ҳисобга олмаганда). Бироқ, бу усул қалқонсимон без касалликларини ташхислашда скрининг аҳамиятини йўқотди ва юқори даражада дифференциацияланган саратоннинг қайталаниши ёки метастазларини аниқлаш учун фаол қўлланилмоқда. ^{99m}Tc -пертехнетат ва технетрил (^{99m}Tc -МИБИ) билан қалқонсимон безнинг икки фазали сцинтиграфияси усули тиббиёт амалиётида кенг тарқалган, аммо унинг диагностик имкониятларини баҳолаш бир хил эмас.

Икки индикаторли сцинтиграфиянинг энг юқори диагностик самарадорлиги қалқонсимон безнинг папилляр саратонини аниқлашда аниқланган. Энг паст диагностик самарадорлик фолликуляр саратон ва макро-микрофолликуляр аденомаларда кўрсатилган. Усулнинг сезгирлиги 55 дан 90% гача ўзгариб туради, папилляр саратон диагностикасида 100% га етади. Қалқонсимон без саратонида ўзига хослик 87,3%, аниқлик 71-93,4% ни ташкил қилади. Позитрон-эмиссион томография (ПЭТ) ядро тиббиётининг энг истикболли йўналишларидан бири бўлиб, у хужайра-молекуляр даражада нормал ва патологик ўзгарган тўқималарнинг метаболизми ва перфузияси ҳақида ноёб маълумот олиш имконини берувчи замонавий визуализатсия усули ҳисобланади. Сўнгги йилларда қалқонсимон без саратони билан оғриган беморларни текширишда 18-фтор-дезоксиглюкоза (18-ФДГ) билан ПЭТнинг роли ҳақида нашрлар пайдо бўлди. ҚБ метастазлари ва маҳаллий рецидивни аниқлашда ПЭТ сезгирлиги ва ўзига хослиги мос равишда 72% ва 43% ни ташкил қилади. КТ билан биргаликда ПЭТ (ПЭТ/КТ) радиоизотоп тўпланиши бўлмаганда радикал операция қилинган беморларда ҚБ рецидивлари ва метастазларини ташхислаш учун қўлланилади, усул юқори сезувчанлик (85%) ва ўзига хосликка (95%) эга. ҚБС билан оғриган беморларни текширишда ўсма жараёнининг тарқалишини баҳолаш, ўсманнинг бўйиннинг бошқа анатомик ҳосилалари билан ўзаро муносабатини аниқлаш муҳим вазифа ҳисобланади. Бўйиннинг эхографияси ва радиоизотоп текшируви тўш ортида жойлашган қалқонсимон безнинг ўчоқли патологиясида етарли маълумот бермайди. Ушбу ҳолатларда тадқиқотнинг диагностик алгоритмига компьютер томографияси (КТ) ёки магнит-резонанс томографиясини (МРТ) киритиш янада тўлиқроқ маълумот беради, бундан ташқари, ушбу усуллар юқори кўкс оралиғи аъзоларининг жараёнга жалб этилишини баҳолаш учун қўлланилади.

Спираль КТ ўзининг ҳал қилиш қобилияти бўйича қалқонсимон безнинг кичик карциномасини аниқлашда ультратовуш текширувидан сезиларли даражада паст. Шу билан бирга, у ретротрахеал, тўш орти ва қон томир-нерв тутамлари бўйлаб жойлашган бирламчи ва метастатик ўсма тугунлари ҳақида қимматли маълумотлар бериши мумкин [11].

Магнит-резонанс томография ноионловчи диагностика усуллариининг бошқа турларига қараганда бир қатор афзалликларга эга - юқори тўқималараро контраст ва юқори фазовий ажрата олиш қобилияти, объектни учта ўзаро перпендикуляр текисликда ўрганиш, контраст препаратларни киритишдан келиб чиқадиган сито-, гепато-, нефротоксик ва бошқа салбий таъсирларнинг йўқлиги, ноинвазивлик, ионлаштирувчи нурланиш ва нур дозаси юкламасининг йўқлиги.

Тиббиёт амалиётига юқори аниқликдаги ва кесма қалинлиги 1-2 мм бўлган томограммаларни олиш имкониятига эга бўлган юқори майдонли МР-томографларни (1,5-3Т) жорий этиш Т1 босқичидан бошлаб энг кичик структуравий ўзгаришларни аниқлаш ва ўсма жараёнининг градациясини амалга ошириш имконини берди. Магнит-резонанс томография бўйин соҳасини ва хусусан, қалқонсимон безни текширишда муваффақият билан қўлланилмоқда. Шунга қарамай, қалқонсимон без касалликларини ташхислашда МРТ родини баҳолаш, айниқса, бошқа нур ташхислаш усуллари билан таққослаганда,



етарлича зиддиятли бўлиб, бу маълум даражада ультратовуш каби қулай ва самарали тасвирлаш усулининг мавжудлиги билан боғлиқ. Шунинг учун қалқонсимон без ўсмаларида МРТнинг диагностик алгоритмлардаги ўрни ҳақидаги савол мунозарали бўлиб қолмоқда, бундан ташқари, бир қатор муаллифлар ушбу патологияда уни қўллаш зарурлигини рад этишади. Бошқа тадқиқотчилар қалқонсимон без тугунларининг морфологик тузилиши тўғрисидаги маълумотларни олиш имконияти ва хавфсиз ҳамда хавфли ўчоқларни дифференциал ташхислаш самарадорлигини кўрсатиб, йўналиш ташхисидан қатъи назар, бўйинни ҳар қандай МР-текширувида қалқонсимон без ҳолатини баҳолашни тавсия этадилар. Бундан ташқари, қалқонсимон безнинг МРТ текшируви тўш орқасида жойлашган аъзонинг тугунли ҳосилаларида ўтказилиши керак деб ҳисобланади. Ушбу соҳада зичлиги бўйича яқин тузилмалар мавжудлиги туфайли КТ анатомик элементларни ёмонроқ фарқлайди, контраст кучайтириш унинг самарадорлигини бироз яхшилаши мумкин, аммо бу ҳолатда ҳам КТ МРТ маълумотлари бўйича ортда қолади. Магнит-резонанс томография даволаш жараёнида (қалқонсимон безни консерватив даволаш ёки ҚБСни нур билан даволаш), операциядан кейинги даврда - жарроҳлик аралашувининг муваффақияти даражасини аниқлаш, рецидивларни (без ёки ўсма) аниқлаш учун, анатомик ва топографик ўзгаришлар УТТ маълумотларига кўра бўйин тузилмаларининг ўзаро муносабатларини аниқлашга имкон бермайдиган ҳолларда қалқонсимон без ҳолатини кузатиш усули сифатида муҳим аҳамиятга эга. МРТ ҚБнинг ретротрахеал ва ретростернал тарқалишини баҳолаш, бўйин ва медиастинал лимфа тугунларида клиник жиҳатдан аниқланмаган метастазларни аниқлаш имконини беради. МРТни клиник амалиётга кенг жорий этишга тўсқинлик қилаётган асосий сабаб тадқиқотнинг юқори нархи ҳисобланади. Шунга қарамай, МРТ қалқонсимон безни ўрганиш алгоритмларида ўз ўрнини эгаллади ва унинг роли тобора ортиб боради. Шундай қилиб, қалқонсимон без ўсмаларини ташхислашнинг замонавий имкониятлари клиник рентгенологик маълумотлар, безни сканерлаш натижалари, ультратовуш текшируви, КТ, МРТ, ўсмани мақсадли пункция қилиш ва кейинчалик пунктатни ситологик текширишга асосланган комплекс диагностика ёндашувини талаб қилади. "Яширин саратон"да ташхиснинг якуний босқичи кўпинча қалқонсимон безнинг кенг очилиши ва тафтиши ҳисобланади. Умуман қалқонсимон без патологиясининг тарқалиши ва ўсиши, хусусан, яхши сифатли ҳосилаларнинг хавфлилиқ эҳтимоли юқорилиги, патогномоник симптомларнинг йўқлиги сабабли эрта босқичларни ташхислашнинг мураккаблиги кўриб чиқиляётган муаммога алоҳида аҳамият беради.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Аскарлов Х.А., Рахимов Б.Б. Қалқонсимон без касалликларида ультратовуш диагностикаси. – Тошкент: Тиббиёт, 2019. – 156 б.
2. Юсупов Ш.А., Каримов М.М. Эндокринологияда нур ташхис усуллари. – Тошкент, 2020. – 212 б.
3. Абдуллаева Д.К. Қалқонсимон без тугунли ҳосилаларини дифференциал ташхислашда комплекс ёндашув. // Тиббиёт ахборотномаси. – 2021. – №4. – Б. 45–49.
4. Турсунов О.О. Қалқонсимон без саратонида замонавий визуализация усуллари. // Ўзбекистон тиббиёт журнали. – 2022. – №2. – Б. 37–42.
5. Саидова Н.Р. Қалқонсимон без касалликларида эластографиянинг диагностик аҳамияти. // Педиатрия ва болалар хирургияси журнали. – 2023. – №1. – Б. 58–63.
6. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1112 с.



7. Терновой С.К. Лучевая диагностика и терапия заболеваний щитовидной железы. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 304 с.
8. Котляров П.М., Паша С.П. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы. – М., 2018. – 248 с.
9. Горгес Р. Современные ультразвуковые критерии злокачественности узлов щитовидной железы. // Медицинская визуализация. – 2019. – №3. – С. 15–21.
10. Мессина Г. Эхографическая семиотика рака щитовидной железы. // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2017. – №5. – С. 28–34.
11. Каприн А.Д., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России. – М., 2023. – 250 с.
12. American Thyroid Association. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016;26(1):1–133.
13. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Thyroid Carcinoma. Version 2024.
14. World Health Organization. WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs. 5th ed. Lyon: IARC; 2022.
15. Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C., et al. 2015 ATA Guidelines for Management of Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016;26(1):1–133.

