

при увеличении размера узла ( $r_s = -0,57$ ;  $p = 0,039$ ). Из 367 пациентов с множественными узловыми образованиями размером до 1 см злокачественный и подозрительный результат получен у 21(5,7%) пациента и из 374 пациентов с множественными узлами размером более 1 см - у 28(7,5%) ( $t_f = U\text{т}7$ ;  $p = 0,413$ ). У 309 пациентов с множественными узловыми образованиями, размер которых в одной доле до 1 см, а другой более 1 см злокачественный и подозрительный результат в узлах до 1 см получен у 16(5,2%), против 18(5,8%) в узлах большего размера. Папиллярный рак после операции подтвердился в 86,1% случаев. У пациентов с фолликулярной опухолью после операции фолликулярный рак диагностирован в 44,2% случаев. Среди пациентов с в-клеточной опухолью рак выявлен у 23,3%. Среди пациентов с дисплазией: клеток фолликулярного эпителия различной степени (подозрением на рак), после операции рак щитовидной железы подтвердился в 34,5% случаев.

#### **Выводы:**

1. Вероятность выявления рака щитовидной железы статистически значимо не различается при солитарном и многоузловом зобе.
2. При одиночных узловых образованиях вероятность выявления фолликулярной опухоли, в-клеточной опухоли возрастает с увеличением размеров узла. Папиллярный рак чаще выявляется в непальпируемых узловых образованиях размером до 1 см, вероятность его выявления уменьшается с увеличением размера узла.
3. Рак щитовидной железы выявляется одинаково часто как в пальпируемых узловых образованиях, так и непальпируемых узлах размером до 1 см.

*Кондрахов А.В., Васьков В.М., Морозов М.А., Мошинская Р.Ф.*

### **СКЛЕРОТЕРАПИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

ГКБ № 40 г. Екатеринбург,  
Уральская государственная медицинская академия

В последнее десятилетие широко применяются методы деструкции узловых образований щитовидной железы с использованием 96 % этанола. Обязательным условием является исключение злокачественного процесса.

За 5 лет нами пролечено 240 больных. В большинстве случаев требовалось проведение 2 - 3 процедур склеротерапии. Количество вводимого склерозанта контролируется визуально по эхокартине обра-

зования в процессе медленного и почти полного его заполнения этанолом, т.е. пока характерная облаковидная эхотень не заполнит почти весь объем узла.

Динамическое наблюдение включает в себя явки больных на контрольный осмотр с проведением УЗИ щитовидной железы через 1, 3, 6 и 12 мес. от начала лечения, при необходимости проводятся дополнительные процедуры склеротерапии. Полный регресс узла, по данным УЗИ, отмечен в 15,5 % случаев (в эту группу вошли больные, имеющие коллоидные кисты, коллоидно-кистозные или коллоидно-паренхиматозные узлы), в 60 % случаев размеры узла к концу наблюдения (через 1 год) уменьшились более чем на 90 %; уменьшение объема узла более чем на 70 % выявлено в 10 % случаев и только у 3,5 % больных регрессия узла составила около 30 %, причем был отмечен тот факт, что конечный результат лечения (исключая случаи полного регресса образования) практически не зависел от строения узла. В 2 случаях выявлен рецидив кисты через 1 год наблюдения. После проведения дополнительных процедур склеротерапии достигнут регресс образований. В 1 случае, с учетом роста узла, были определены показания к операции. Осложнения при проведении склеротерапии возникли в 1,7% случаев (подострый стумит и парез возвратного нерва).

Таким образом:

Данный метод лечения обладает достаточно высокой эффективностью. Эффективность склеротерапии и ее конечный результат, по нашим данным, практически не зависят от морфологической структуры узла. Показания к склеротерапии при узлах диаметром более 4 см., при многоузловом зобе, рецидивном зобе должны быть ограниченными. В подобных случаях данный метод лечения может применяться только с целью уменьшения объема узлов и компрессионного синдрома у больных, имеющих противопоказания к оперативному лечению. Определение показаний к проведению склеротерапии должно быть строго индивидуальным, что позволяет снизить количество осложнений и повысить эффективность процедуры.