



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (84)

2025

октябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.09.2025, Accepted: 06.10.2025, Published: 10.10.2025

УДК 616-006.6:616.441-006.6:618.14-006.6:615.849

СТРАТИФИКАЦИЯ УЗЛООБРАЗОВАНИЯ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПО ACR-TIRADS И В МАТКЕ ПО FIGO

Халимова З.Ю., Ишанкулова Н.Ф.
<https://orcid.org/0009-0008-3424-902X>

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр
Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова, поликлиника,
Республика Узбекистан, 100125, г. Ташкент, ул. Мирзо Улугбека 56

✓ Резюме

Цель исследования – выполнить стратификацию узлообразования в щитовидной железе по ACR-TIRADS и в матке по FIGO

Материал и методы исследования. Было обследовано 127 женщин с узлообразованием в ЩЖ и матке в возрасте от 18 до 55 лет.

Пациентки были распределены на 3 группы: 1 группа – 43 больных с узлами щитовидной железы, 2 группа – 37 больных с узловыми и гиперпластическими процессами матки, 3 группа – 47 больных узловыми образованиями щитовидной железы и матки. 20 здоровых женщин составили группу контроля.

У всех пациенток были выполнены исследование уровней ТТГ, свободного тироксина, антител к ТПО, антител к уровню ЛГ, ФСГ, прогестерона, Э2, VEGF -A, TNF – alfa, ТГ связывающий глобулин, инсулин, а также исследование функционального состояния щитовидной железы (УЗИ щитовидной железы, матки, придатков тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы) и др.

Оценка узлообразования в щитовидной железе была выполнена на основании ACR-TIRADS (2016 г) и миомы матки FIGO (2011 г).

Результаты и их обсуждение. Большинство пациенток были в возрасте от 18 до 44 лет : 102 (80,3%), то есть молодой и трудоспособный возраст.

В 1 и 3 группах пациентов с узлообразованием в ЩЖ расположение узлов доминировало в области верхней части ЩЖ – 27 (30%), в перешейке располагалось меньшее число узлов – 19 (21.1%) случаев, а в нижней части было 22 (24.4%) случая расположения узлов.

Расположение миом матки $\geq 50\%$ преобладало в 3 группе, как и внутриматочное на ножке (25.5%/25.5% соответственно). Также в 3 группе в 2 раза чаще наблюдалось субсерозное, но $\geq 50\%$ интрамуральное расположение миомы (17.0%). При этом, субсерозное на ножке расположение миомы доминировало в 1 группе (27%).

Выводы. 1. Достоверной разницы в среднем ИМТ, среднем диаметре поражения матки или частоте артериальной гипертензии между пациентами с хорошим и плохим прогнозом не отмечено. 2. Между двумя подгруппами были обнаружены значительные различия по возрасту, типу миомы, локализации миомы, количеству миомы и тяжести тазовых спаек.

Ключевые слова: узлообразование, щитовидная железа, матка

STRATIFICATION OF THYROID NODULATIONS ACCORDING TO ACR-TIRADS AND IN THE UTERUS ACCORDING TO FIGO

Z.Yu. Khalimova, N.F. Ishankulova <https://orcid.org/0009-0008-3424-902X>

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan named after Academician Y. Kh. Turakulov, Polyclinic,
Republic of Uzbekistan, 100125, Tashkent, Mirzo Ulugbek Street 56

✓ Resume

The purpose of the study is to perform the stratification of nodulation in the thyroid gland according to ACR-TIRADS and in the uterus according to FIGO.

Material and research methods. We examined 127 women with nodules in the thyroid gland and uterus aged 18 to 55 years.

The patients were divided into 3 groups: group 1 - 43 patients with thyroid nodules, group 2 - 37 patients with nodular and hyperplastic processes of the uterus, group 3 - 47 patients with nodular formations of the thyroid gland and uterus. 20 healthy women made up the control group.

All patients underwent a study of the levels of TSH, free thyroxine, antibodies to TPO, antibodies to the levels of LH, FSH, progesterone, E2, VEGF-A, TNF-alfa, TG-binding globulin, insulin, as well as a study of the functional state of the thyroid gland (ultrasound thyroid gland, uterus, appendages (fine-needle aspiration biopsy of the thyroid gland), etc.

Thyroid nodulation was assessed based on ACR-TIRADS (2016) and FIGO uterine fibroids (2011).

Results and its discussion. Most of the patients were between the ages of 18 and 44: 102 (80.3%), that is, young and working age.

In groups 1 and 3 of patients with nodulation in the thyroid gland, the location of the nodes dominated in the upper part of the thyroid gland - 27 (30%), in the isthmus there were a smaller number of nodes - 19 (21.1%) cases, and in the lower part there were 22 (24.4%) cases node locations.

The location of uterine myomas $\geq 50\%$ prevailed in group 3, as well as intracavitary on the leg (25.5%/25.5%, respectively). Also in group 3, subserous, but $\geq 50\%$ intramural location of fibroids was observed 2 times more often (17.0%). At the same time, subserous pedunculated location of fibroids dominated in group 1 (27%).

Conclusions. 1. There was no significant difference in mean BMI, mean uterine lesion diameter, or incidence of arterial hypertension between patients with good and poor prognosis. 2. Significant differences were found between the two subgroups in age, fibroid type, fibroid location, number of fibroids, and severity of pelvic adhesions.

Key words: nodulation, thyroid gland, uterus

QALQONSIMON BEZ TUGUNLARINING ACR-TIRADS BO'YICHA VA FIGO BO'YICHA BACHADONDA STRATIFIKASIYASI

Z.Yu. Xalimova, N.F. Ishanqulova <https://orcid.org/0009-0008-3424-902X>

Akademik Y. X. nomidagi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan endokrinologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi. To'raqulov, poliklinika, O'zbekiston Respublikasi, 100125, Toshkent sh., Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 56-uy

✓ Rezyume

Tadqiqot maqsadi - ACR-TIRADS bo'yicha qalqonsimon bezda va FIGO bo'yicha bachadonda tugunlarning tabaqalanishini amalga oshirish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz 18 yoshdan 55 yoshgacha bo'lgan qalqonsimon bez va bachadonda tugunlari bo'lgan 127 nafar ayolni tekshirdik.

Bemorlar 3 guruhga bo'lingan: 1-guruh - qalqonsimon bez tugunlari bo'lgan 43 bemor, 2-guruh - bachadonning tugunli va giperplastik jarayonlari bo'lgan 37 bemor, 3-guruh - qalqonsimon bez va bachadonning tugunli shakllanishi bo'lgan 47 bemor. 20 nafar sog'lom ayol nazorat guruhini tashkil etdi.

Barcha bemorlarda TSH, erkin tiroksin, TPO ga antikorlar, LH, FSH, progesteron, E2, VEGF-A, TNF-alfa, TG-bog'lovchi globulin, insulin, shuningdek antikorlar darajasi o'rganildi. qalqonsimon bezning funksional holatini o'rganish (qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi, bachadon, qo'shimchalar (qalqonsimon bezning ingichka igna aspiratsion biopsiyasi) va boshqalar.

Qalqonsimon bez nodulatsiyasi ACR-TIRADS (2016) va FIGO bachadon miomalari (2011) asosida baholandi.

Natijalar va uning muhokamasi. Bemorlarning ko'pchiligi 18 yoshdan 44 yoshgacha bo'lganlar: 102 (80,3%), ya'ni yosh va mehnatga layoqatli.

Qalqonsimon bezda tugunlari bo'lgan bemorlarning 1 va 3-guruhlarida qalqonsimon bezning yuqori qismida joylashgan tugunlarning joylashishi - 27 (30%), istmusda kamroq sonli tugunlar - 19 (21,1%).) hollarda, pastki qismida esa 22 (24,4%) holatlar tugun joylari mavjud edi.

Bachadon miomalarning joylashuvi $\geq 50\%$ 3-guruhda, shuningdek, oyog'idagi intrakavitar (mos ravishda 25,5% / 25,5%) ustunlik qildi. Shuningdek, 3-guruhda miomalarning subseroz, lekin $\geq 50\%$ intramural joylashishi 2 marta kuproq (17,0%) kuzatilgan. Shu bilan birga, 1-guruhda (27%) miomalarning subseroz pedunkulyar joylashuvi ustunlik qildi.

Xulosa. 1. Yaxshi va yomon prognozli bemorlar o'rtasida o'rtacha BMI, o'rtacha bachadon lezyon diametri yoki arterial gipertenziya bilan kasallanish darajasida sezilarli farq yo'q edi. 2. Ikki kichik guruh o'rtasida yosh, mioma turi, mioma joylashuvi, miomalar soni va tos bo'shlig'i yopishishlarining zo'ravonligi bo'yicha sezilarli farqlar aniqlandi.

Kalit so'zlar: tugun, qalqonsimon bez, bachadon

Актуальность

Узлы щитовидной железы очень распространены среди населения в целом, и с увеличением количества методов визуализации случайно обнаруживается больше узлов щитовидной железы [1]. При сравнении клинического осмотра с ультразвуковым исследованием было установлено, что 46% узлов (диаметром >1 см), выявленных при УЗИ (УЗИ), не были обнаружены при физикальном исследовании щитовидной железы [2, 3]. Поэтому в настоящее время ультразвуковое исследование (УЗИ) является основным методом диагностики больных с узлами щитовидной железы. Однако при внедрении УЗИ в диагностику узлов щитовидной железы имеет место гипердиагностика и гиперлечение, что влечет за собой увеличение хирургических операций и возможных осложнений, а также финансовых затрат на лечение заместительной терапией щитовидной железы.

Узловая болезнь щитовидной железы встречается относительно часто. Большинство узлов щитовидной железы доброкачественные и бессимптомные, их распространенность варьирует и составляет около 85–93% в популяции; кроме того, 20% из них уменьшаются в размерах в течение жизни [4]. Около 80% узловых заболеваний щитовидной железы вызваны железистой гиперплазией, которая встречается у 5% населения. Его этиология включает дефицит йода (эндемический), гормональные заболевания (врожденные семейные формы) и плохое усвоение йода из-за приема некоторых лекарств (амиодарон, литий). Во время дегенерации кисты могут возникать кальцификации, которые часто бывают грубыми и перинодулярными. Чисто кистозные образования редко бывают раковыми, но вероятность малигнизации в узлах с солидным и кистозным компонентами достигает распространенности рака в солидных узлах [5].

Аденомы составляют лишь от 5% до 10% всех узловых заболеваний щитовидной железы. В большинстве случаев дисфункции щитовидной железы не наблюдается, а менее чем в 10% случаев наблюдается гиперфункция, что может привести к тиреотоксикозу. Обычно аденомы одиночные, но могут развиваться и как часть многоузлового образования [5].

За последнее десятилетие несколько профессиональных обществ и исследовательских групп внедрили руководства по стандартизированной оценке ультразвуковых признаков узлов щитовидной железы, такие как Система отчетности и данных по визуализации щитовидной железы (TIRADS), для оценки необходимости тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ). [6].

Первоначально, в 2009 г., Horvath et al. представили систему стратификации риска злокачественных новообразований щитовидной железы — TIRADS [7], но ее было сложно внедрить, и в результате несколько национальных тиреоидных ассоциаций ввели свои собственные модели оценки щитовидной железы — системы Американского колледжа радиологии, европейской и корейской TIRADS.

Различные системы визуализации и отчетности щитовидной железы (TIRADS) используются во всем мире для стратификации риска узловых образований щитовидной железы. Их чувствительность высока, а специфичность субоптимальна. Имеются такие системы стратификации как TIRADS — европейской (EU-TIRADS), корейской (K-TIRADS), TIRADS Американского колледжа радиологии (ACR TIRADS) и модифицированный Китайский (L-TIRADS).

Миома матки, также известная как миома или лейомиома, является распространенной доброкачественной гинекологической опухолью, поражающей более 70% женщин репродуктивного возраста [8]. У женщин миома матки обычно протекает бессимптомно, и миома выявляется либо во время рутинных гинекологических осмотров, либо случайно во время процедур.

Некоторые миомы могут быстро расти во время беременности из-за изменений уровня эстрогена и прогестерона, кровотока в матке и уровня хорионического гонадотропина человека. Хотя большинство миом остаются бессимптомными, некоторые миомы подвергаются дегенерации и вызывают сильную боль, преждевременные роды, раннюю потерю беременности, пороки развития плода и отслойку плаценты [9, 10]. В 2011 г была разработана классификация миом по системе FIGO (Международная федерация гинекологии и акушерства) [11].

Вместе с тем, остаются не решенными вопросы ранней диагностики и прогноза течения сочетанных узлообразований щитовидной железы и матки.

Вышеуказанное послужило причиной для настоящего исследования.

Цель исследования — изучить стратификацию узлообразования в щитовидной железе по ACR-TIRADS и в матке по FIGO для прогнозирования их исходов.

Материал и методы

В поликлинике Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Эндокринологии МЗ РУз имени акад. Ё.Х. Туракулова с 2022 по 2023 годы, было обследовано

127 женщин с узлообразованием в ЩЖ и матке в возрасте от 18 до 55 лет. Пациентки были распределены на 3 группы:

- 1 группа – 43 больных с узлами щитовидной железы,
- 2 группа – 37 больных с узловыми и гиперпластическими процессами матки,
- 3 группа – 47 больных узловыми образованиями щитовидной железы и матки.

20 здоровых женщин составили группу контроля.

У всех пациенток были выполнены следующие исследования:

1. Исследование уровней ТТГ, свободного тироксина, антител к ТПО, антител к уровню ЛГ, ФСГ, прогестерона, Э2, VEGF -A, FNO – alfa, ТГ связывающий глобулин, инсулин.

2. Исследование функционального состояния щитовидной железы (УЗИ щитовидной железы, матки, придатков, а также тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы,) и др.

Критерии включения: больные с узлообразованием в ЩЖ, матке, женщины, возраст от 18 до 55 лет.

Критерии исключения: больные с тяжелыми соматическими заболеваниями и другими эндокринопатиями, беременные женщины, инфаркты, инсульты, дети и подростки, мужчины, возраст старше 55 лет.

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 ($M \pm SD$).

Результаты и их обсуждение

В таблице 1. дано распределение осмотренных пациентов по возрасту.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту (ВОЗ, 2017 г) (n=127)

Возраст , лет	Число женщин	Итого
18-44 (молодой возраст)	102 (80,3%)	102 (80,3%)
45-59 (средний возраст)	25 (19,7%)	25 (19,7%)
60-74 (пожилой возраст)	-	-
75 и старше (старческий возраст)	-	-
Всего: n = 127	127 (100,0%)	127/100%

Из таблицы 1 явствует, что большинство женщин были в возрасте от 18 до 44 лет : 102 (80,3%), то есть молодой и трудоспособный возраст.

Далее нами был выполнен анализ расположения узлов в ЩЖ (таблица 2).

Таблица 2

Расположение узлов обследованных пациентов в ЩЖ по ACR-TIRADS (2016 г)

Индикаторы	Группы больных, абс.%			
	1 гр, n = 43,	р	3 гр, n = 47,	р
Расположение узла:				
Перешеек	11 (25.6%)	<0.001	8 (17.0%)	<0.001
Верхний	12 (27.9%)	<0.001	15 (31.9%)	<0.001
Середина	9 (20.9%)	<0.001	13 (27.6%)	<0.001
Нижний	11 (25.6%)	<0.001	11 (23.4%)	<0.001
TIRADS				
TR1	11 (25.6%)	<0.001	8 (17.02%)	<0.001
TR2	22 (51.2%)	<0.001	11 (23.4%)	<0.001
TR3	10 (23.2%)	<0.001	28 (59.6%)	<0.001
TR4	-	-	-	-
TR5	-	-	-	-

Примечание: р – критерий достоверности в сравнении с контролем

Как видно из таблицы 2, в 1 и 3 группах пациентов с узлообразованием в ЩЖ расположение узлов доминировало в области верхней части – 27 (30%) наблюдений. В перешейке располагалось меньшее число узлов – 19 (21.1%) случаев, а в нижней части было 22 (24.4%) случая расположения узлов.

Далее нами было выполнено распределение 2 и 3 группы по расположению миомы матки на основании классификации FIGO, что представлено в таблице 3 [11].

Таблица 3
Система классификации Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO, 2011 г) для миомы матки

Категория	Подкатегория	Определение	2гр n = 37,	3 гр, n = 47,
Подслизистый (SM)	0	Внутриполостной на ножке	7 (18.9%)	12 (25.5%)*
	1	< 50% интрамуральный	3 (8.1%)	5 (10.6%)
	2	≥ 50% интрамурально	4 (10.8%)	12 (25.5%)*
Другое (о)	3	100% интрамурально, но примыкает к эндометрию	6 (16.2%)	5(10.6%)
	4	очный	3 (8.1%)	1 (2.1%)
	5	Субсерозный, но ≥ 50% интрамуральный	4 (10.8%)	8 (17.0%)*
	6	Субсерозный, но < 50% интрамуральный	-	3 (8.1%)
	7	субсерозный на ножке	*10 (27%)	1 (2.1%)
	8	Другое (например, цервикальное или паразитарное)	-	-

Как видно из таблицы 3, расположение миом матки ≥50% преобладало в 3 группе, как и внутриполостное на ножке (25.5%/25.5% соответственно). Также в 3 группе в 2 раза чаще наблюдалось субсерозное, но ≥ 50% интрамуральное расположение миомы (17.0%). При этом, субсерозное на ножке расположение миомы доминировало в 1 группе (27%).

Далее нами был выполнен одномерный анализ факторов риска, влияющих на прогноз миомы матки (таблица 4). Для этого пациентки 2 и 3 групп (всего 84 пациентки) были подразделены на 2 подгруппы: с хорошим прогнозом и с неблагоприятным прогнозом.

Как видно из таблицы 4, достоверной разницы в среднем ИМТ, среднем диаметре поражения матки или частоте артериальной гипертензии между пациентами с хорошим и плохим прогнозом не отмечено. Тем не менее, между двумя группами были обнаружены значительные различия по возрасту, типу миомы, локализации миомы, количеству миомы и тяжести тазовых спаек.

Таблица 4
Одномерный анализ связанных факторов, влияющих на прогноз миомы матки (n).

Фактор		n	Группа с хорошим прогнозом (n=63)	Группа неблагоприятного прогноза (n=21)	χ^2	p
Возраст	≥60 лет	66	42	17	24.169	<0,001
	<60 лет	18	14	4		
ИМТ	≥24 кг/м ²	95	74	19	0,251	0,617
	<24 кг/м ²	54	45	9		
АГ	Да	15	8	7	0.344	0.523
	Нет	69	55	13		
Менопаузальный статус	Да	18	14	4	0,029	0,865
	Нет	66	42	17		
Диаметр поражения	≥40мм	56	45	11	0,609	0,435
	<40 мм	28	23	5		
Тип миомы	Передняя стенка	27	15	12	36.715	<0,001
	Задняя стенка	36	32	4		
	дно матки	29	24	5		

Фактор		n	Группа с хорошим прогнозом (n=63)	Группа неблагоприятного прогноза (n=21)	χ^2	p
расположение миомы	интрамуральное	48	34	14	10.162	0,001
	субсерозный	36	29	7		
Количество миом	1-3	23	18	5	37.326	<0,001
	≥4	25	21	4		
Тазовая адгезия	От легкой до средней	67	53	14	48.564	<0,001
	От средней до тяжелой	17	10	7		

Таким образом, выполненные исследования подчеркивают необходимость выполнения работ в данном направлении с целью интегрального анализа факторов риска злоообразования щитовидной железы и матки, а также создания алгоритма прогнозирования исходов.

Выводы: 1. Достоверной разницы в среднем ИМТ, среднем диаметре поражения матки или частоте артериальной гипертензии между пациентами с хорошим и плохим прогнозом не отмечено. 2. Между двумя подгруппами были обнаружены значительные различия по возрасту, типу миомы, локализации миомы, количеству миомы и тяжести тазовых спаек.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Basha M.A.A., Alnaggar A.A., Refaat R., El-Maghraby A.M., et al. The validity and reproducibility of the thyroid imaging reporting and data system (TI-RADS) in categorization of thyroid nodules: Multicentre prospective study. //Eur. J. Radiol. 2019;117:184–192. doi: 10.1016/j.ejrad.2019.06.015
2. Gharib H., Papini E., Paschke R. Thyroid nodules: A review of current guidelines, practices, and prospects. // Eur. J. Endocrinol. 2008;159:493–505. doi: 10.1530/EJE-08-0135.
3. Gharib H., Papini E., Paschke R., Duick D.S., Valcavi R., Hegedüs L., Vitti P., Tseleni-Balafouta S., Baloch Z., Crescenzi A., et al. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules: Executive Summary of Recommendations. // Endocr. Pr. 2010;16:468–475. doi: 10.4158/EP.16.3.468.
4. Paschou S.A., Vryonidou A., Goulis D.G. Thyroid nodules: A guide to assessment, treatment and follow-up. // Maturitas. 2017;96:1–9. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.11.002.
5. Lee M.-J., Kim E.-K., Kwak J.Y., Kim M.J. Partially Cystic Thyroid Nodules on Ultrasound: Probability of Malignancy and Sonographic Differentiation. // Thyroid. 2009;19:341–346. doi: 10.1089/thy.2008.0250
6. Baş H., Üstüner E., Kula S., Konca C., Demirel S., Elhan A.H. Elastography and Doppler May Bring a New Perspective to TIRADS, Altering Conventional Ultrasonography Dominance. //Acad. Radiol. 2021;13:1076. doi: 10.1016/j.acra.2021.02.011.
7. Horvath E., Majlis S., Rossi R., Franco C., Niedmann J.P., Castro A., Dominguez M. An Ultrasonogram Reporting System for Thyroid Nodules Stratifying Cancer Risk for Clinical Management. //J. Clin. Endocrinol. Metab. 2009;94:1748–1751. doi: 10.1210/jc.2008-1724
8. Zhao R, Wang X, Zou L, Zhang W. Outcomes of myomectomy during caesarean section in pregnant women with uterine fibroids: a retrospective cohort study. // Biomed Res Int. 2019; 2019 : 7576934. Epub 2019/04/09. doi: 10.1155/2019/7576934 ;
9. Milazzo G.N., Catalano A., Badia V., Mallozzi M., Caserta D. Fibroids and myomectomy: poor evidence for pregnancy anxiety. // J Obstet Gynaecol Res. 2017; 43(12): 1789–804. Epub 2017/09/12. doi: 10.1111/jog.13437.
10. Strobelt N, Ghidini A, Cavallone M, Pensabene I, Ceruti P, Vergani P. Natural history of uterine leiomyoma during pregnancy. // J Ultrasound Med. 1994; 13(5): 399–401. Epub 1994/05/01. doi: 10.7863/June 1994.13.5.399.
11. Awiwi MO, Badawy M, Shaaban AM, Menias CO, Horowitz JM, Soliman M, Jensen CT, Gaballah AH, Ibarra-Rovira JJ, Feldman MK, Wang MX, Liu PS, Elsayes KM. Review of uterine fibroids: imaging of typical and atypical features, variants, and mimics with emphasis on workup and FIGO classification. // Abdom Radiol(NY). 2022 Jul;47(7):2468-2485. doi: 10.1007/s00261-022-03545-x.

Поступила 20.09.2025