

Д.Ю. Кухарев, А.А. Сверчинская
**КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДИТА
ХАШИМОТО**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Брагина З. Н.

*Кафедра патологической анатомии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

***Резюме.** Работа посвящена изучению патологии щитовидной железы при тиреоидите Хашимото (ТХ). Ввиду того, что ТХ встречается у 3-4 % населения земного шара, а клинически выраженные формы заболевания составляют около 1% , данная патология требует к себе особого внимания. Полученные данные в ходе исследования биопсийного материала позволяют выявить его морфологию, проследить связь ТХ с другой патологией щитовидной железы.*

***Ключевые слова:** тиреоидит Хашимото, зоб, аденома, карцинома.*

***Resume.** This research deals with the study of thyroid disease in Hashimoto's thyroiditis(HT). In view of the fact that HT is 3-4% of the world population, and symptomatic forms of the disease account for about 1%, this pathology requires special attention. In the study of biopsy material the obtained data can detect its morphology, to follow the connection of HT with other disorders of the thyroid gland.*

***Keywords:** Hashimoto's thyroiditis, goiter, adenoma, carcinoma.*

Актуальность. Тиреоидит Хашимото – генетически детерминированное аутоиммунное заболевание щитовидной железы, сопровождающееся развитием гипотиреоза. Данная патология встречается у 3-4 % населения планеты и является одной из самых частых заболеваний щитовидной железы. Актуальной проблемой остается низкий процент клинически выраженных форм заболевания, что затрудняет своевременную диагностику и последующее лечение.

В основе развития данного заболевания щитовидной железы лежит инфекционное начало. Подтверждением этому может быть частое развитие болезни на фоне хронических воспалительных заболеваний других органов (тонзиллит, пневмония, острый негнойный тиреоидит, подострый тиреоидит). Хроническим тиреоидитам могут предшествовать грипп, инфекционные заболевания, хроническая интоксикация организма, механическая травма, облучение щитовидной железы радиоактивным йодом и рентгеновскими лучами.

Основным фактором в патогенезе тиреоидита Хашимото являются процессы аутоиммунизации организма субстратами собственной щитовидной железы. При тиреоидите Хашимото происходит повреждение фолликулярного эпителия с

просачиванием в кровь аутоантигенов. В организме образуются аутоантитела против тиреоглобулина и других компонентов собственной щитовидной железы. Поражение железы антитиреоидными аутоантителами приводит к дальнейшему освобождению тиреоглобулина и новым антигенным импульсам. Следствием деструктивных изменений в тиреоцитах является также снижение функции щитовидной железы и уменьшение выработки тиреоидных гормонов, что приводит к повышению синтеза ТТГ и развитию гипотиреоза. В начале, иммунологические изменения могут носить защитный характер, в дальнейшем – перейти в фазу аутоагрессии. Процесс образования антитиреоидных антител, так же, как и лимфоидизация тиреоидной ткани, является вторичным процессом, возникающим при первичном поражении щитовидной железы.

В настоящее время насчитывается около 30 лабораторных и инструментальных средств и методов диагностики тиреопатий, которые можно разделить на пять основных групп:

1. Определение уровня тиреоидных и других гормонов и их носителей, что отражает функциональное состояние щитовидной железы (ТЗ, Т4, ТТГ, ТСГ, тиреолиберин).

2. Функциональные и фармакодинамические пробы, тесты, уточняющие состояние тиреоидной функции и ее регуляторных механизмов (тест поглощения РФП, пробы перхлоратом, пробы на дефект захвата и дефект органификации йода).

3. Тесты и методы, отражающие метаболические и регуляторные эффекты тиреоидных гормонов (основной обмен, время «рефлекса с ахиллова сухожилия», концентрации холестерина, фибронектина, цАМФ).

4. Иммунохимические и другие методы, устанавливающие наличие антитиреоидной аутоиммунной реакции (аутоантитела, циркулирующие иммунные комплексы, сенсibilизированные лимфоциты, лабораторные признаки неспецифического иммунитета).

5. Методы оценки анатомических и гистологических характеристик щитовидной железы (многочисленные визуализирующие и цитобиопсийные методы).

Цель: изучить клинико-морфологические особенности ТХ и его связь с другой патологией щитовидной железы.

Задачи:

1. Выявить морфологические изменения щитовидной железы при ТХ.

2. Установить заболевания ЩЖ, сочетающиеся с ТХ.

Материал и методы. Изучено 369 биопсийных карт больных в Городском клиническом патологоанатомическом бюро, которым была проведена тиреоидэктомия в период с 2010 по 2016 гг.. Просмотрен ряд микропрепаратов с данной патологией.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования выявлено, что из 369 больных женщин было 349 (94,6%), мужчин - 20 (5,4%), в соотношении 17,45:1. Возрастной интервал колебался от 19 до 80 года, средний возраст - 53 года. Боль-

большинство случаев (59,9%) приходилось на возраст 49-68 лет (рисунок 1).

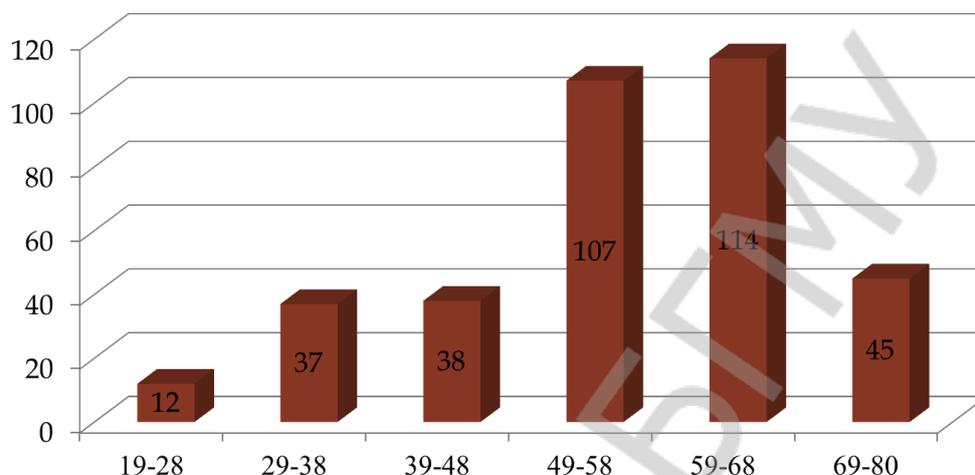


Рисунок 1 - Возраст исследуемых больных

При изучении клинических диагнозов больных было выделено 4 группы заболеваний: зоб – 335(91%) , аденома – 24(6%), собственно ТХ – 10(3%), папиллярная карцинома не была диагностирована вовсе (рисунок 2).

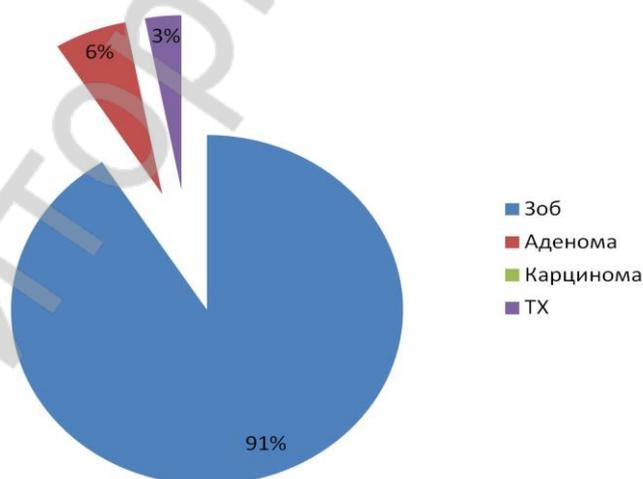


Рисунок 2 – Клинический диагноз

При тщательном морфологическом исследовании в удаленной щитовидной железе обнаружен ТХ в 34 (9,2%) случаях. В большинстве наблюдений ТХ сочетался с зобом - 248 (67,2%), аденомой - 49 (13,27%), папиллярной карциномой - 17 (4,8%). У 10 (2,9%) больных ТХ диагностирован в сочетании с аденомой и папиллярной карциномой, а также с зобом и папиллярной карциномой - 9 (2,7%). Проведенное исследование показало, что изолированный ТХ при тиреоидэктомии встречается в 2,7% случаев.

Макроскопически щитовидная железа увеличена, иногда ассиметрично, буг-

ристая, плотная, поверхность на разрезе серо-розового цвета, коллоидного вида.

При микроскопическом исследовании обнаружена диффузная лимфоплазмочитарная инфильтрация с образованием лимфоидных фолликулов со светлыми центрами размножения, участки атрофии и фиброза железы, очаги оксифильной метаплазии тироцитов (рисунок 3).

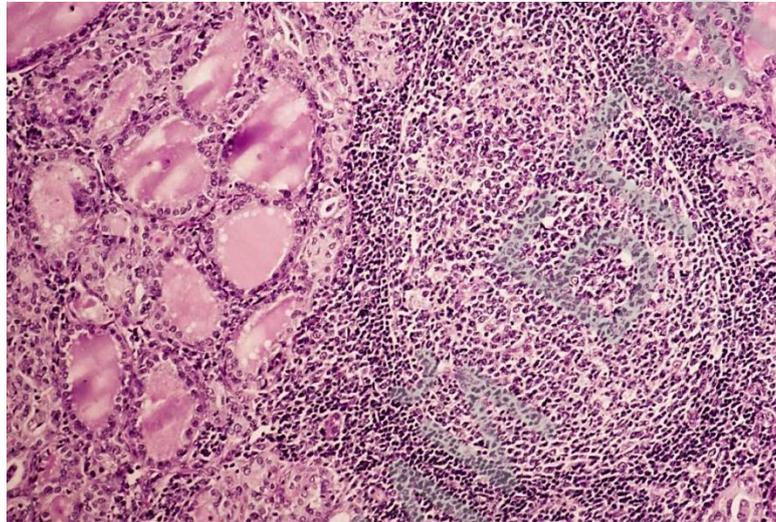


Рисунок 3 - Микропрепарат, тиреоидит Хашимото

Зоб отмечается крупными кистоподобными фолликулами, уплощенным эпителием. При исследовании микропрепарата аденомы выявлено скопление клеток тиреоидного эпителия, почти полностью утративших фолликулярное строение; опухоль в капсуле; наличие лимфоплазмочитарной инфильтрации. При исследовании карциномы обнаружены множественные сосочкообразные выступы, полиморфные клетки с внутренними включениями, расщепленные ядра, псамомное тельце.

Выводы:

1. Тиреоидит Хашимото наиболее часто наблюдается у женщин, в соотношении с мужчинами 17.45:1.
2. В 59,9% случаев ТХ приходится на возраст 49-68 лет.
3. В исследованном материале собственно ТХ обнаружен в 9,2% случаев. В большинстве случаев (90,8%) ТХ сочетается с зобом (67,2%), аденомой(13,27%) и папиллярной карциномой(4.8%).

D.Y. Kuharev, A.A. Sverchinskaya
**CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF HASHIMOTO'S
THYROIDITIS.**

*Tutor Associate professor Z. N. Bragina,
Department of Anatomical Pathology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Левит, И. Д. Аутоиммунный тиреоидит / Урал. науч. –консультац. центр. – Челябинск : Юж. – Урал. кн. изд-во, 1991. – 256с.
2. Ушаков, А. В. Доброкачественные заболевания щитовидной железы. – М., 2013. – 384с.
3. Заболевания щитовидной железы / В. Я. Абер, Б. В. Алешин, В. Г. Астапенко, М. И. Мишенин, Т. Е. Гнилорыбов; под редакцией профессора А. В. Шотта. – Мн.: Беларусь, 1970. – 200с.
4. Набоков, Ш. А. Тиреоидит Риделя и болезнь Хашимото (патоморфология, клиника, диагностика, лечение) и их отношения к злокачественным заболеваниям щитовидной железы / Науч. – исслед. ин-т клинич. и эксперим. хирургии. – М., 1967. – 19 с.