

Патологические процессы в ткани щитовидной железы на фоне тиреоидита

Горбоконь Евгений Юрьевич, Кодь Ричард Тадеушевич

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

*Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук **Рябцева Светлана Николаевна**, Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Введение

Тиреоидит является распространённым заболеванием щитовидной железы (ЩЖ), чаще эта патология встречается у женщин в среднем возрасте. В ткани щитовидной железы также развиваются опухолевые процессы (доброкачественные и злокачественные). На территории Республики Беларусь встречаются две этиологических формы рака щитовидной железы – спорадическая и радиогенная, обусловленная инкорпорацией изотопов йода во время Чер-нобыльской аварии. В 2010г. стандартизованный показатель заболеваемости составил 12,3:100000 населения.

Цель исследования

оценить структуру и частоту встречаемости различных патологических процессов в ткани щитовидной железы у пациентов с тиреоидитом.

Материалы и методы

Метод: статистический. Материалы: биопсийные карты и операционный материал пациентов с диагнозом «тиреоидит», оперированных по поводу патологии ЩЖ за первое полугодие 2011г. Оценивались следующие показатели: пол, возраст пациентов, тип тиреоидита, наличие опухолевого и неопухолевого процесса в ткани щитовидной железы.

Результаты

Группу исследования составили 113 пациентов. Средний возраст составил 49 лет, с пиком заболеваемости в 50-60 (36,3%) лет. Половая структура пациентов: мужчины составили 8%, женщины – 92%. У большинства пациентов (108/95,6%) был верифицирован аутоиммунный тиреоидит Хашимото (АТ) с классической морфологической картиной, которая включала 4 морфологических составляющих: 1) формирование лимфоидных фолликулов, 2) изменения в эпителиальных клетках, 3) образование соединительной ткани, и 4) диффузный круглоклеточный инфильтрат. В 5 (4,4%) наблюдениях в ткани щитовидной железы выявлена очаговая или очагово-диффузная круглоклеточная инфильтрация с/без формирования лимфоидных фолликулов, но без изменений эпителиального и стромального компонента, что оценивалось как лимфоцитарный тиреоидит (ЛТ). У 89 (78,8%) пациентов на фоне тиреоидита выявлен опухолевый процесс, при этом у 4 (3,6%) из них диагностирована доброкачественная опухоль (аденома), у 85 (75,2%) – рак. Среди них 4 (3,6%) пациента имели сочетание рака и аденомы. В 27 (23,9%) случаях верифицирован зоб щитовидной железы, при этом у 12 (45,6%) пациентов он сочетался с раком. В 10 (8,85%) случаях других (сочетанных) изменений в ткани железы не выявлено. Были отмечены некоторые особенности патологических процессов на фоне выделенных типов тиреоидита: при ЛТ формирование аденомы не наблюдалось. Зоб в 3 раза чаще отмечался у лиц с ЛТ, чем с АТ. Лимфоцитарный тиреоидит можно расценивать как отдельную нозологическую форму или как раннее проявление тиреоидита Хашимото.

Выводы

1) Преимущественно «классический» вариант тиреоидита Хашимото был верифицирован в группе исследования. 2) У пациентов с тиреоидитом среди сочетанной патологии в ткани щитовидной железы преобладали опухолевые процессы: рак – в 71,7%, аденома – в 3,6%. 3) На фоне тиреоидита зобная трансформация ткани железы почти в половине случаев (45,6%) сочеталась со злокачественным процессом. 4) Аденома значительно реже возникала на фоне ЛТ, чем на фоне АТ.