

Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Клиническая морфология щитовидной железы»

Введение

5-6 октября 2004 года на кафедре патологии медицинского факультета состоялась Всероссийская конференция с международным участием «Клиническая морфология щитовидной железы», проводимая под эгидой: Федерального агентства по образованию, ГУ НИИ морфологии человека РАМН, Научного совета по морфологии человека РАМН и МЗ РФ, Управления здравоохранения Белгородской области, Белгородского государственного университета. Съезд был посвящен проблеме патологии щитовидной железы.

Среди эндокринопатий заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают доминирующее место. В последние годы наблюдается рост патологии ЩЖ во всем мире, имея при этом широкую географию распространенности. Это касается таких стран, как: Канада, Испания, Израиль, Швеция, Япония, Германия, Египет. И этот список можно продолжить. Аналогичная, а в ряде регионов даже худшая, ситуация сложилась и в Российской Федерации.

В связи с этим целью конференции явилось обобщение полученных за последние годы данных, формирующих современное воззрение специалистами разного профиля, занимающихся данной проблемой, в частности, патологоанатомами, онкологами, эндокринологами, акушерами-гинекологами, хирургами.

Сложившуюся ситуацию невозможно объяснить только повышенным интересом к изучению заболеваний ЩЖ, а также улучшением способов диагностики данной патологии. Следует отметить, что данная тенденция касается всех возрастных групп, от детей до пожилых людей. Безусловно, что для роста заболеваемости существуют определенные предпосылки. Так, ни один из видов эндокринной патологии не связан так с окружающей средой, как болезни ЩЖ, поскольку структура и функция этого органа тесно связана с поступлением извне йода и других микроэлементов. Патологию ЩЖ с полным правом можно рассматривать как маркер экологического неблагополучия. Поэтому особое внимание при изучении патологии ЩЖ следует уделять факторам, в которых проживал реципиент. По определению Давыдовского И.В., «экология в основном и, прежде всего – это воздействие внешнего мира – т.е. «царства случайностей», оказывающее воздействие на развитие патологических процессов в ЩЖ, в каждом регионе различно в зависимости от геохимических условий данной местности и медико-экологической ситуации на территории наблюдения».

В рамках конференции данное направление освещают следующие работы: О.К. Хмельницкий, В.А. Крулевский «Морфологическая характеристика заболеваний щитовидной железы у взрослого населения Санкт-Петербурга», Т.В. Павлова, Л.В. Деева, «Морфологическая характеристика щитовидных желез взрослых жителей Белгородской области».

К ситуации экологического неблагополучия тесно примыкает проблема экокатастрофы постчернобыльского периода, вопрос по которой поднимают в своей работе И.С. Дерижанова, С.И. Сидоренко «Морфологическая характеристика изме-

нений в щитовидных железах ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС».

За последние годы во всем мире отмечено резкое увеличение эндокринной патологии, в том числе и опухолей ЩЖ. До 1989 года рак ЩЖ составлял в среднем по России менее 1% всех злокачественных новообразований, а в структуре онкологической отчетности был отнесен в рубрику «прочие злокачественные новообразования». Рост его отмечился с 1991 г., как на территориях, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС, так и в России в целом. В 1995 г. заболеваемость раком ЩЖ составляла 3,4% на 100000 населения, а среднегодовой темп прироста – 5,6%. Данной проблеме посвящена также работа И.А. Павлова, Д.А. Лапенко «Эпидемиология рака щитовидной железы в Белгородской области».

Авторами представлены крайне интересные работы, посвященные онкоморфологии. Одной из них является исследование Н.Т. Райхлина, Е.А. Смирновой «Онкоциты и онкоцитомы», в котором подчеркнуто, что онкоциты следует рассматривать как самостоятельный тип клеток щитовидной железы, а возникающие из них новообразования – онкоцитарные опухоли – по клиническому течению, гистологическому и ультраструктурному строению, иммуногистохимическим и молекулярно-биологическим свойствам отличаются от новообразований щитовидной железы из других типов клеток этого органа (фолликулярных и С-клеток), что также подчеркивает их самостоятельный характер.

В работе Л.М. Михалевой, И.В. Рудомановой «Клинико-морфологические аспекты диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы» показано, что в злокачественных новообразованиях ЩЖ выявлена высокая васкуляризация за счет наличия кровеносных сосудов примитивного строения синусоидного типа с истончением мышечного слоя стенки, что также подтверждается отсутствием экспрессии SMA при иммуногистохимическом исследовании. При этом выявленные характерные изменения гемомикроциркуляторного русла опухолей щитовидной железы могут служить важным дифференциально-диагностическим критерием при проведении цветового доплеровского картирования и морфологического исследования.

В работе Е.А. Коган и соавторов «Онкомаркеры в диагностике папиллярного рака щитовидной железы» показано определение уровня экспрессии онкомаркеров p53, EGFR, *ret*-онкогена и тиреоглобулина, рекомендуется использовать их в клинической практике как прогностический фактор. Маркерами плохого прогноза и рецидивирования опухоли являются уменьшение уровня экспрессии тиреоглобулина, увеличение уровня экспрессии EGFR и p53, а также увеличение частоты экспрессии RET-онкогена.

Особое значение имеют работы, посвященные лечению рака ЩЖ, среди которых можно выделить исследование Е.М. Непомнящей и соавторов «Обоснование метода терапии рака щитовидной железы в зависимости от гистологического строения». По данным клиники РНИОИ, дифференцированные раки щитовидной железы, как правило, не требуют послеоперационной лучевой терапии. Низкодифференцированные формы рака щитовидной железы протекают более агрессивно и, несмотря на проводимое лучевое лечение, имеют неблагоприятный прогноз.

Актуальны исследования, посвященные семейным формам медуллярного рака ЩЖ (Д.Л. Ротин и соавторы). Согласно признанному в настоящее время мнению, больных с семейной формой медуллярного рака щитовидной железы после выяв-

ления вышеуказанных генетических нарушений необходимо еще в молодом возрасте подвергать тиреоидэктомии, не дожидаясь клинических проявлений болезни.

Интерес представляет также экспериментальное моделирование ряда факторов экосистемы, которое разрабатывалось в следующих публикациях: Т.В. Павловой и соавторов «Патологическая анатомия головного мозга и почек крыс при патологии щитовидной железы в условиях избытка макро- и микроэлементов питьевых вод»; О.В. Раскоши «Гистологическая оценка состояния щитовидной железы после хронического действия ионизирующего излучения и нитрата ^{232}Th »; Т.А. Федорина, О.И. Каганова «Патоморфология щитовидной железы в эксперименте при перевязке артерий железы на фоне гипертиреоза»; а также В.В. Криштопа, Т.Г. Бархина, Л.И. Полянской «Корреляционный анализ морфофункциональных параметров щитовидной железы при адаптации к воздействию статической нагрузки в центре и на периферии».

Осложняет обсуждаемую проблему и развитие при патологии ЩЖ страдания других органов и тканей, в том числе и сердечно-сосудистой, а также нервной систем, что формирует патологические круги с развитием болезней дезрегуляции, освещенные в тезисах Л.А. Павловой, В.А. Нагорного, Т.В. Павловой «Патоморфология головного мозга при заболеваниях щитовидной железы»; Л.А. Павловой, Е.Е. Казаковой «Влияние эндемических форм патологии щитовидной железы на нейрокогнитивный статус пациентов Белгородской области», а также Т.В. Павловой и соавторов «Патологическая анатомия головного мозга и почек крыс при патологии щитовидной железы в условиях избытка макро- и микроэлементов питьевых вод».

Заболеваниями ЩЖ преимущественно страдают женщины. Считается, что одним из факторов развития патологии является и сама беременность. При этом следует отметить, что при беременности возникают изменения в ЩЖ, связанные с повышением гормональной потребности, которая возникает уже в первом триместре гестации. Увеличенные гормональные запросы могут быть удовлетворены только путем усиления продукции гормонов, которая, в частности, у здоровых женщин напрямую зависит от обеспечения йодом. При достаточном содержании йода в продуктах питания развивается физиологическая адаптация, когда потребление йода на пределе снижения или в явном дефиците; на смену физиологической адаптации приходят патологические изменения, которые соответствуют «избыточной» хронической стимуляции ЩЖ. В русле чего представлена работа В.И. Краснопольского, В.А. Петрухина, Ф.Ф. Бурумкуловой, Н.В. Шидловского, Н.Ф. Башакина, С.А. Витушко, Ж.Ю. Пырсиковой «Заболевания щитовидной железы и беременность (акушерские и перинатальные аспекты)».

Особый интерес представляет внутриутробное формирование патологии. Общеизвестно, что во время беременности мать и плод, объединяющиеся через плаценту, образуют особую функциональную систему, которая обеспечивает нормальное функционирование плода. Это показано в исследованиях Т.В. Павловой, В.И. Рябых, О.А. Родяшиной «Морфофункциональные особенности плаценты при патологии щитовидной железы». При этом полученные изменения свидетельствуют в пользу угнетения эндокринной функции плаценты и, следовательно, создания неблагоприятия во всей системе мать-плацента-плод. Все сказанное о плаценте напрямую сочетается с изученным авторами состоянием плода, новорожденного и ребенка.

В работе И.Е. Алещенко, А.П. Милованова «Функциональная морфология щитовидной железы плодов при гипертиреозе беременных» проведено комплексное

микроскопическое, стереогисто-метрическое и иммуногистохимическое исследование ЩЖ плодов от матерей с гипертиреозом, а также параллельное исследование тиреоидных гормонов в их пуповинной крови и крови рожениц. Это позволило получить наиболее полное представление о морфофункциональной недостаточности ЩЖ накануне начала внеутробной жизни и пролить свет на некоторые элементы патогенеза нарушений тиреоидного статуса новорожденных от матерей с гипертиреозом. Полученные данные о структурно-функциональной недостаточности ЩЖ у плодов от матерей, страдающих гипертиреозом, делают актуальными ряд профилактических мер, направленных на коррекцию тиреоидного гомеостаза у новорожденных детей. В первую очередь, возникает необходимость целенаправленного постоянного скрининга тиреоидных гормонов в первые месяцы их жизни.

Разработанный авторами комплекс профилактических, организационных, диагностических и лечебных мероприятий, направленных на своевременное выявление и коррекцию нарушений функции щитовидной железы и осложнений беременности, проведение антенатальной и постнатальной йодной профилактики, а также прегравидарная подготовка женщин с тяжелой тиреоидной патологией позволили в целом снизить частоту ФПН в 3 раза, гестоза на 20% и исключить перинатальные потери у этой категории пациенток. Вносит лепту в изучаемый вопрос работа Т.В. Павловой, Д.В. Ермака «Морфофункциональная характеристика щитовидной железы плода и новорожденного».

Материалы основных докладов приведены в настоящем журнале.