

ЛИТЕРАТУРА:

1. Хмельницкий, О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы / О.К. Хмельницкий. – СПб: Сотис. – 2002. – 287 с.

ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОИДНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бутолина К.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В связи с широкой распространенностью иммунопатологических процессов отечественные и зарубежные исследователи уделяют значительное внимание изучению нарушений системы иммунитета. Хорошо известно, что иммунная система, участвующая в поддержании гомеостаза, играет важную роль в патогенезе ряда заболеваний. Щитовидная железа наряду с хрусталиком, мозговой тканью и семенниками является «забарьерным» органом. Патология клеточного и гуморального иммунитета ведет к нарушению иммунологической толерантности к тиреоидным гормонам и развитию в щитовидной железе аутоиммунных процессов, а также ослабляет противоопухолевую защиту, способствует возникновению опухоли и ее росту. Не исключается, что иммунные механизмы принимают самое непосредственное участие в процессе злообразования в щитовидной железе.

Щитовидная железа является уникальным органом человека, в котором можно достоверно и прямо наблюдать течение иммунных реакций и отношение к ним различных структурных компонентов железы. Морфологическим выражением иммунных процессов в щитовидной железе является лимфоидная инфильтрация (ЛИ) ее стромы. Развитие лимфоидных инфильтратов различной степени выраженности, от единичных элементов до массивных скоплений с формированием лимфоидных фолликулов, наблюдается при различных нозологических формах: при диффузном токсическом зобе, узловом эутиреоидном зобе, аутоиммунном тиреоидите, аденомах и раке щитовидной железы. ЛИ встречается довольно часто при наличии злокачествен-

ных опухолей. Общепринято считать, что иммунокомпетентные клетки оказывают сдерживающее влияние на опухолевый рост и способны разрушать опухолевые клетки. Поэтому, в злокачественных опухолях некоторых локализаций наличие лимфоидных инфильтратов расценивают как хороший прогностический признак. ЛИ в щитовидной железе при злокачественных опухолях может свидетельствовать либо о сочетании опухоли и аутоиммунного тиреоидита, либо отражает реакцию окружающей ткани на неопластический рост (иммунная реакция на опухолевые антигены). Вопрос о патогенетическом значении ЛИ в отношении рака щитовидной железы (РЩЖ) остаётся дискуссионным. Имеются данные как о повышении выживаемости больных с выраженной ЛИ при РЩЖ [Filipović A., et al., 2010; Gupta S., et al. 2001], так и отсутствии этой связи [Nemetz et al., 2010; Rio et al. 2008]. В некоторых исследованиях интенсивная ЛИ рассматривается как признак ухудшения прогноза РЩЖ [French J. D. et al., 2010] или возможной малигнизации [Dabelić N. et al. 2010; Gul K. et al., 2010]. И даже есть мнение, что интенсивная ЛИ способствует отдаленным метастазам РЩЖ [Spriano G. et al., 2009; Matesa-Anić D. et al., 2009].

ЛИ как проявление аутоиммунного процесса отмечается при аутоиммунном тиреоидите Хашимото и диффузном токсическом зобе. ЛИ стромы ЩЖ при зобе Хашимото сопровождается образованием лимфоидных фолликулов с выраженными центрами размножения, гиперплазией В-клеток (клеток Ашкенази-Гюртле), прогрессирующей деструкцией тиреоидной ткани и фиброзными изменениями в строме. Наряду с лимфоидными клетками в инфильтрате присутствуют плазматические. ЛИ может быть столь значительной, что отдельные участки ЩЖ напоминают лимфатический узел. Диагностических трудностей не возникает при диффузном классическом варианте аутоиммунного тиреоидита. Однако возникает необходимость дифференциальной диагностики очагового варианта аутоиммунного тиреоидита и «очагового лимфоцитарного тиреоидита», вторично возникающего при узловом зобе и аденомах щитовидной железы. Очаговый тиреоидит характеризуется скоплением лимфоцитов с примесью плазмоцитов, а также появлением лимфоидных фолликулов в тиреоидной ткани, т.е. сходен

с аутоиммунным тиреоидитом. В последние десятилетия отмечается увеличение наблюдений узлового зоба, аденом с ЛИ стромы. Морфогенез очагового тиреоидита и дифференциальная диагностика его с тиреоидитом Хашимото остаются недостаточно изученными.

Но к обнаружению в ткани ЩЖ лимфоцитов нельзя подходить стандартно. Мелкоочаговые скопления лимфоидных клеток можно увидеть в строме нормальной щитовидной железы. По данным О.К. Хмельницкого, в 25% случаев на секционном материале у женщин старше 40 лет обнаруживаются лимфоидные инфильтраты в ЩЖ различного объема [1].

Таким образом, при изучении ЛИ при различных заболеваниях щитовидной железы важно не только оценивать ее характер (очаговый или диффузный) и степень ее выраженности, но и определять долю участия различных популяций лимфоцитов в патологическом процессе.

Работы, посвященные изучению характера накопления в ткани щитовидной железы клеток-эффекторов иммунной системы, малочисленны. Характеристика Т - и В-лимфоцитов, показатели изменений их количества и функциональной активности при заболеваниях щитовидной железы освещены недостаточно. Вместе с тем сравнительное исследование особенностей накопления и распределения клеток-эффекторов иммунных реакций в строме и гормонсинтезирующей функции щитовидной железы при гиперпластических и неопластических процессах, а также при аутоиммунной патологии имеет немало важное значение для улучшения качества диагностики заболеваний щитовидной железы [Пальцев М.А, Золотаревский В.Б., Иванов А.А., 1999].

Изучение характера иммунных процессов и их взаимоотношение со стромально-паренхиматозным компонентом щитовидной железы имеет перспективы в раскрытии биологических и клинических различий между гиперпластическими узлами, доброкачественными и злокачественными опухолями, а также будет способствовать установлению прогностического потенциала узловых образований.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Хмельницкий, О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы / О.К. Хмельницкий. – СПб: Сотис. – 2002. – 287 с.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРАТОМ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ПАТОЛОГИИ ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО г. МИНСКА ЗА ПЕРИОДЫ 1988-1990 и 2008-2010 гг.).

Букаткина В.Н., Чеботько А.А.

Белорусский государственный медицинский университет

Тератома (teratoma; греч. teras, terat [os] - чудовище, уродство + -ōma) – опухоль, состоящая из тканей нескольких типов, производных одного, двух или трех зародышевых листков, присутствие которых не свойственно тем органам и анатомическим областям организма, в которых развивается опухоль. По современным представлениям она относится к герминогенным новообразованиям. По гистологическому строению различают зрелую тератому, незрелую тератому, тератому со злокачественной трансформацией. Они могут быть представлены солидными образованиями или в форме кист. Подавляющее большинство зрелых тератом кистозного строения является дермоидными кистами (ДК). По данным литературы в структуре онкопатологии у детей тератомы составляют 5,9 – 6,6%, из них в 90,5 – 96% они являются доброкачественными. Наиболее часто тератомы локализуются в крестцово-копчиковой области, средостении, забрюшинном пространстве. Девочки страдают чаще, чем мальчики [1,2].

Цель исследования: дать характеристику клинико-морфологическим особенностям тератом у детей по данным отделения детской патологии Городского клинического патологоанатомического бюро г. Минска за периоды 1988-1990 и 2008-2010 гг.