

УДК: 617.6

Хамидов Ф.Ш.
Старший преподаватель кафедры
хирургии и урологии
Андижанского государственного
медицинского института
Андижан, Республика Узбекистан.

СЛОЖНОСТИ МОРФОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА.

Резюме: При изучении отдаленных результатов хирургического лечения 363 пациентов на базе III хирургии с диффузным токсическим зобом (ДТЗ), у 67 больных из которых выполнена операции по О.В.Николаеву с традиционным методом субтотальной субфасциальной струмэктомии.

Ключевые слова: Токсический зоб, хирургическое лечение, отдаленные результаты, качество жизни, гипотиреоз, рецидив тиреотоксикоза.

UDK: 617.6

QUALITY OF PATIENTS' LIFE BEFORE AND AFTER SURGICAL TREATMENT OF TOXIC GOITER

Xamidov F.Sh.
Senior teacher of the department
Surgery and urology
Andijan state-owned
Medical Institute
Andijan, Republic of Uzbekistan.

Summary: In studying the surgical treatment results of 363 patients on the basis of III surgery with diffuse toxic goiter (DTG), in 67 patients subtotal subfascial strumectomy according to O.V.Nikolaev traditional method have been performed.

Key words: Thyrotoxicosis, surgical treatment, late results, quality of life.

Актуальность. Морфологические изменения ткани щитовидной железы у больных с диффузно-токсического зоба имеют большое разнообразие. Особо следует отметить факт того, что гистологическая картина может иметь существенные различия соответствующие клинической картины заболевания [7]. Отличительными морфологическими признаками токсического зоба являются гиперпластические процессы тиреоидного эпителия с трансформацией эпителия и дистрофией стромы [2; 6; 16]. Принципиально принято выделять несколько вариантов строения щитовидной железы в зависимости от преобладания различных пролиферативных процессов [11; 13]. При коллоидном варианте преобладают процессы усиленной пролиферации тиреоидного эпителия с образованием сосочкообразных выростов.

По мнению Аристархова В.Г. и соавт. (2011), морфологические изменения ткани щитовидной железы могут коррелировать с тяжестью тиреотоксикоза. Так, при легкой степени тяжести в микропрепаратах авторы выявляли умеренно выраженные процессы пролиферации эпителия с формированием сосочков и фолликул средних размеров. Для средних и тяжелых форм заболевания были характерны резко выраженная пролиферация эпителия, сосочки, фолликулы неправильной формы и разных размеров, жидкий колloid.

По мнению ряда авторов, лимфоидная и плазмоцитарная инфильтрация щитовидной железы может напрямую зависеть от титра антитиреоидной тиреопероксидазой [1; 3; 14].

Очевидно, что результаты исследований, посвященных изучению морфологических изменений щитовидной железы при токсических формах зоба, отличаются разнообразием представленных данных, хотя и имеют много общего. Между тем, по мнению Shin, M.K. (2014), выбор способа оперативного лечения больных с диффузным токсическим зобом часто зависит именно от морфологических изменений щитовидной железы.

Таким образом, убедительных данных о том, что характер и степень изменений в щитовидной железе напрямую зависят от уровня ее аутоиммунной стимуляции, на сегодняшний день не наблюдается. При этом неправильная трактовка патоморфологических процессов, происходящих в органе, может привести к развитию рецидива заболевания.

Послеоперационный гипотиреоз чаще встречается у пациентов, оперированных по поводу диффузно-токсического зоба. Проводившиеся морфологические исследования, указывали на уменьшение количества эпителиальной ткани, и увеличение количества экстрафолликулярных и стромальных компонентов. Это показало, что возраст пациента с рецидивом заболевания, продолжительность заболевания, прием тиреостатиков, размер щитовидной железы и состояние морфологических структур щитовидной железы играют немаловажную роль.

Целью данного исследования явилось – изучение морфологического прогнозирования результатов хирургического лечения диффузно токсического зоба.

Материал и методы. В настоящей работе проанализированы результаты хирургического лечения 363 пациентов с диффузно-токсического зоба на базе третьего хирургического отделения Клиники Андижанского

государственного медицинского института за период с 2015 по 2019 гг. Из них у 258 пациентов была выполнена операция по усовершенствованию субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы по методу клиники - с оставлением ткани культи щитовидной железы до 2 г (1-я группа), а у 85 больных — субтотальная субфасциальная струмэктомия с интраоперационными аутотрансплантациями ткани щитовидной железы - с оставлением ткани культи щитовидной железы от 0,5 до 1 г. и с аутотрансплантацией от 1,5 до 2 г (2-я группа). Статистическую обработку проводили на программах компьютера с помощь пакета программ Microsoft Excel.

Результаты исследования. В исследовании использованы заключения о результатах послеоперационных осложнений и послеоперационных морфологических данных 363 пациентов обратившихся для реабилитации.

Микропрепараты у этих больных, указанные при гистологическом исследовании, оценивались по шести параметрам с учетом классификации по книге «Патологическая анатомия» Струкова А.И. (2010 г.), то есть учитывались отдаленные результаты (5-летнее) состояние функции щитовидной железы.

По мнению авторов, при пролиферации эпителия тканей щитовидной железы к образованию разветвленных шпор и обилие стромальных компонентов, также являющихся важным факторами развития долгосрочной аутоиммунного тиреоидита и рецидива диффузно-токсического зоба.

Таблица 1.

Послеоперационная морфологическая структура щитовидной железы у пациентов с диффузно-токсического зоба, и исходы осложнений в будущем.

Осложнение	Субтотальная субфасциальная	Клинический метод	Всего

	струмэктомия и интраоперационная аутотрансплантация щитовидной железы			субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы		
	Гипотиреоз	Рецидив	Эутиреоз	Гипотиреоз	Рецидив	Эутиреоз
Морфологическая структура						
Переход фолликулярного эпителия из призматических тел в цилиндрические тела	—	—	7	4	—	65 76
Формирование разветвленных шпор при пролиферации внутреннего эпителия фолликулы	5	3	9	3	1	27 48
Изменения и вакуолизация тинкториальных свойств в связи с размножением коллоида к ненасыщению йода	10	—	38	24	1	77 150
Лимфоплазмоцитарная инфильтрация стромы, образование лимфатических фолликулов в новообразованном центре	2	3	1	8	2	16 32
Кровоизлияние	1	—	2	7	—	13 23

Трансформация	2	—	2	3	—	7	14
Всего	20	6	59	49	4	205	343
Рост соединительной ткани	—	—	2	—	—	4	6
Аденома	2	—	5	—	—	5	12
Рак, папиллярная карцинома	—	—	1	—	1	—	2
Всего	2	—	8	—	1	9	20

Таким образом, на основании будущих результатов хирургического лечения диффузно-токсического зоба было установлено, что морфоструктура щитовидной железы, оставленная после операции диффузно-токсического зоба, является наиболее важным фактором в будущем.

Прежде всего, было уточнено состояние функциональной активности существующей паренхимы.

Тщательно наблюдали появление фолликулярного эпителия, поскольку восстановление формы ткани щитовидной железы зависело от оставления культи эпителия. Однако, небольшая высота фолликулярного эпителия приводили к проявлению умеренной выраженности фиброза, а также к некоторым фолликулам кубической и цилиндрической формы эпителия, что приводило к стромальной дистрофии и склерозу.

В морфологической структуре щитовидной железы у пациентов с диффузно-токсического зоба были отмечены такие симптомы, как слабо умеренная выраженность и явное проявление единичной сосочковой пролиферации.

Наличие большого и среднего размера фолликулов, а также нахождение коллоида в плотном и полужидком состоянии, приводило к образованию фолликулярного эпителия различной высоты, заполненного жидким коллоидом. Наличие фолликулов среднего размера или наличие мелких

фолликулов, а иногда и неправильное дифференцирование, приводило к образованию пустот в жидкых коллоидах.

Было принято во внимание отражение аутоиммунной агрессии в тканях щитовидной железы и распространение лимфоидной инфильтрации. Одной из причин увеличения послеоперационного гипотиреоза у пациентов с диффузно-токсическим зоба являлись аутоиммунные процессы в щитовидной железе. Чем выше степень аутоиммунных процессов, тем значительнее развитие гипотиреоза. Степень проявления лимфоидной инфильтрации щитовидной железы оценивали в гистологических срезах приоптическим увеличении, которые определялись небольшим количеством лимфоидных элементов. В других препаратах, в некоторых областях скопления лимфоидных элементов выявлены фолликулы. А в остальном в фокусе каждой области были видны лимфоидные фолликулы.

Степень выраженности лимфоидной инфильтрации щитовидной железы оценивали в гистологических срезах в зонеоптических увеличений: очагов отдельных или в небольших количествах лимфоидных элементов, очагов лимфоидных элементов, образующиеся фолликулы и лимфоидные фолликулы в некоторых полях зрения.

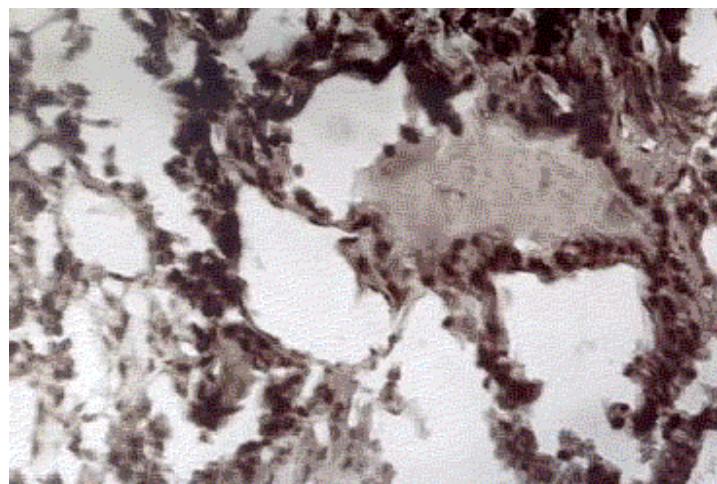
Из проведенного анализа можно увидеть, насколько важна функциональная активность морфологических структур щитовидной железы в развитии заболевания в будущем.

Примеры этих методов скрининга включают в себя послеоперационные гистологические данные пациентов, например:

Пациент М.С. 1963 г. (№2573-80.) (Рисунок 1.). Фолликулы разные, неправильной формы и больших размеров Внутренняя поверхность альвеол неровная, в некоторых имеются опухоливидные соски. Внешний вид ядра имеют форму овала или круга, с гиперхромным оттенком. Количество

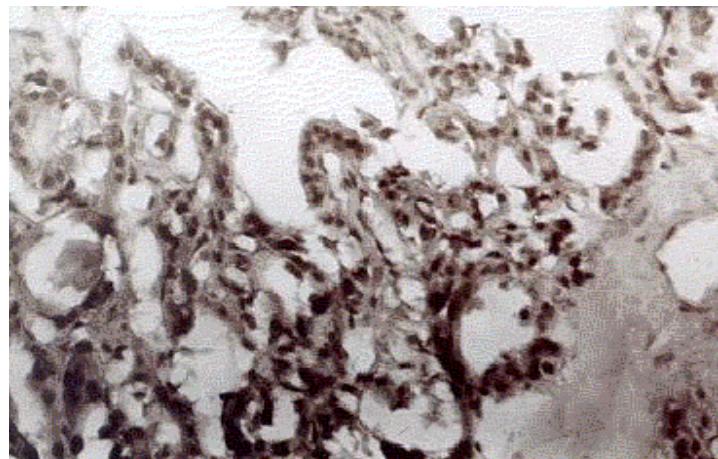
коллоидов резко уменьшается, в некоторых местах фолликулы насыщенно красноватые в виде слияния нескольких фолликулов. Эпителии в некоторых местах десквамированы с наблюдением в строме отеков с наличием очаговой лимфоидной инфильтрации и склероза.

Рисунок 1. Увеличено – 7 x 20.



Пациент Э.Т. 1964 г. (№369-374.) (Рисунок 2). Были замечены различной степени, форм и размеров фолликулы. Внутренняя поверхность альвеол неровная. Ядра имеют овальную или круглую форму. В некоторых фолликулах количество коллоидов резко уменьшено, а в некоторых местах насыщенно красновата или в виде комбинаций нескольких фолликул. В некоторых местах эпителий десквамиирован. В строме наблюдается отек с очаговыми лимфоидными инфильтрациями.

Рисунок 2. Увеличено – 7 x 20.



При микроскопическом исследовании ткани щитовидной железы были выделены диффузно-токсического зоба и развитие на его фоне аутоиммунного тиреоидита. Классический гистологический вид диффузно-токсического зоба выглядит следующим образом: на фоне диффузно-токсического зоба выявлены признаки аутоиммунного тиреоидита (а в некоторых отражалось: лимфоидная инфильтрация, стромальные отеки, пролиферация новых фолликулов). Половина из которых показан как типичная микроструктура диффузно-токсического зоба не во всей железе, а в некоторых ее частях. В других препаратах наблюдалось прогрессирование диффузно-токсического зоба: с наличием плоскоклеточной опухоливидной сосульки в коллоидах на верхушке цилиндрического эпителия неправильно звездчатой фолликулы, а также кубические и цилиндрические фолликулы, стромальное дистрофии и склероз.

У пациентов с диффузно-токсического зоба было обнаружено следующее: размер данных фолликулов был значительно уменьшен, индекс Брауна также был снижен а размер ядер и высота тироцитов были увеличены. Экстрафолликулярный эпителий, ядерные, цитоплазматические и стромально-паренхиматозные отношения были нарушены.

Кроме того, по мнению авторов, наличие эпителия и стромальных компонентов в железистой ткани является важным фактором при рецидивирование диффузно-токсического зоба в будущем.

Насколько важна будущая функциональная активность морфологических структур щитовидной железы в развитии заболевания.

Выводы. У всех 363 пациентов, перенесших резекцию щитовидной железы, морфологические исследования выявили факторы, приводящие к рецидивам диффузно-токсического зоба и послеоперационного гипотиреоза: наличие межфолликулярного и экстрафолликулярного эпителия стромальных компонентов, и умеренные сосочки пролиферации с лимфоидными инфильтрациями. Образование разветвленных сосочеков клетки и обилие стромальных компонентов, также являются важными факторами развития долгосрочной аутоиммунного тиреоидита и рецидива диффузно-токсического зоба. Чем опаснее развитие гипотиреоза, тем выше степень аутоиммунных процессов. Морфологические изменения ткани щитовидной железы напрямую зависели от уровня аутоиммунной стимуляции щитовидной железы. При низком уровне аутоиммунной стимуляции щитовидной железы пролиферативные изменения не выражены, и наиболее преобладали процессы склерозирования и замещения тиреоидного эпителия. При повышенном уровне аутоиммунной стимуляции щитовидной железы преобладали пролиферативные и гиперпластические процессы. Аутоиммунные процессы образовывались в виде зрительных полувеличин лимфоидной инфильтрации щитовидной железы. При лечении диффузно-токсического зоба было обнаружено, что рецидив диффузно-токсического зоба после субтотальной тиреоидэктомии и частота послеоперационного гипотиреоза зависит от веса оставшейся железы и ее морфологической структуры. Было установлено, что рецидив диффузно-токсического зоба и послеоперационного гипотиреоза не зависят от пола, возраста,

продолжительности заболевания и степени тяжести тиреотоксикоза у пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г./Основы количественной патологической анатомии.// -М.: Медицина, 2002. - 240 с.
2. Аристархов В.Г., Кириллов Ю.Б., Ухов Ю.И./Морфологические методы исследования в патологии щитовидной железы.//Материалы девятого Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Челябинск, 2000. - С. 35- 37.
3. Бутова О.А., Боташева В.С., Головко Е.М./Патогистологическая характеристика щитовидной железы при эндемическом зобе.//Вестник Ставропольского государственного университета. 2010;69:182-6.
4. Волков В.П. /Возрастная функциональная морфология щитовидной железы //Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по материалам XXXIII междунар. науч.-практ. конф. -№ 7 (33).-Новосибирск: СибАК, 2014.-С. 5-14.
5. Волков В.П./Новый подход к оценке морфофункционального состояния эндокринных желёз//Universum: Медицина и фармакология: электрон.научн. журн. -2014. -№ 9 (10) / [Электронный ресурс].
6. Волков В.П./Новый подход к оценке морфофункционального состояния щитовидной железы//Российская Федерация, г. Тверь.Universum: Медицина и фармакология. Электронный научный журнал. -2014.- № 12 (13).
7. Гребнев А.Г./Прогнозирование, профилактика и оптимизация лечения послеоперационного гипотиреоза /А.Г. Гребнев: Автореф. дис.канд.мед. наук Пермь, 2005. - с. 35 - с. 110.

8. Гринхальт Т./Основы доказательной медицины//пер. с англ. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.-240 с.
9. Кахаров А.Н., Ибодова Г.Х./Современные аспекты диагностики и хирургического лечения доброкачественного узлового и многоузлового зоба//Здравоохранение Таджикистана. 2016;1:77-82.
10. Кахаров А.Н./Диагностика и хирургическое лечение зоба//Душанбе, РТ: Ирфон; 2008. 186 с.
11. Котельникова Л.П./Морфологические особенности щитовидной железы у больных с послеоперационным гипотиреозом/Л.П. Котельникова, Н.С. Ефимова, Н.Г. Полякова//Актуальные вопросы эндокринологии. Пермь, 2002. - С 116.
12. Курбонов С., Абдурахмонов Ф.А., Зиёева З.Д./Структурные изменения щитовидной железы при диффузном зобе//Вестник Авиценны. 2012; 1:138-40.
- 13.Мустафин Т.И., Двинских А.В., Куклин Д.С., Шарифгалиев И.А./Современные методы морфологической диагностики//учеб.-метод. пособие/ сост. Уфа. ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, -2018. -120 с.
- 14.Рогов Ю.И., Харитон Н.С./Частная патологическая анатомия//Учебно-методическое пособие. ISEI БГУ. Минск. «ИВЦ Минфина». -2017.-С.91.
- 15.Струков А. И., Серов В. В./Патологическая анатомия: учебник// -5-е изд., стер. - М.: Литтерра, 2010. - 880 с.
- 16.Точильников, Г.В./Особенности клинического течения заболеваний щитовидной железы у мужчин и их хирургическое лечение://автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.27/Точильников Григорий Викторович. - СПб., 2004. -15 с.
- 17.Фадеев В.В./Представление данных в оригинальных работах и их статистическая обработка // Пробл. эндокринол. -2002. -Т. 48, № 3.-С. 47-48.

- 18.Хмельницкий О.К./Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: //рук-во. -СПб.: Сотис, -2002.-288 с.
19. Шадлинский В.Б., Ганиева Г.М., Джанднерик К.Н., Исаева А.Б./Особенности структурных изменений сосудисто-стромального комплекса щитовидной железы при эутиреоидной и токсической формах зоба.//Медицинский вестник Башкортостана. 2014;3:91-4.
20. Штандель С.А., Бариляк И.Р., Хазиев В.В., Гопкарова И.В./Заболевания щитовидной железы и факторы, влияющие на их распространённость в популяции.//Экологическая генетика. 2010;8(1):42-9.
21. Fletcher, C.D.M./Diagnostic Histopathology of Tumors//C.D.M. Fletcher. -Vol. 2.-4th Edition. - Elsevier Saunders, Philadelphia, 2013. - P. 1177-1197.
22. Guzhova, I.V./HSP70-based anti-cancer immunotherapy/I.V. Gu-zhova, B.A. Margulis // Human Vaccines and Immuno therapeutics. - 2016. -Vol. 12, № 10. - P. 2529-2535.
23. Morshed S.A., Latif R., Davies T.F./Delineating the autoimmune mechanisms in Graves' disease//Immunol. Res. - 2012. - 54(1-3). -191-203.
24. Reddy S.V., Gupta S.K., Jain M./Dermopathy of Graves' disease: Clinico-pathological correlation//Indian J. Endocrinol. Metab. - 2012. -16 (3). - 460-2.
25. Shin, M.K./Clinicopathologic and diagnostic significance of p53 protein expression in papillary thyroid carcinoma//M.K. Shin, J.W. Kim // Asian Pac. J. Cancer Prev. -2014. -Vol. 15, № 5. - P. 2341-2344.
26. Sung T.Y., Lee Y.M., Yoon J.H. et all./Long-term effect of surgery in Graves' disease: 20 years experience in a single institution//Int. J. Endocrinol. - 2015; 2015: 542641.