

## АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ У СТРУКТУРІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

*Лисенко Н.А., Моторна Ю.С., студ. 4-го курсу*

*Науковий керівник – проф. Романюк А.М.*

*СумДУ, кафедра патоморфології*

До теперішнього часу у відношенні аутоімунного тироїдиту існує ряд невирішених проблем, зокрема не вивчені в достатній мірі етіологія та патогенез захворювання, немає загальноприйнятої класифікації аутоімунного тироїдиту, немає чітких критеріїв діагнозу, патогенетична терапія відсутня, а ставлення до симптоматичного й особливо до хірургічного лікування є неоднозначним. Неухильне зростання захворюваності на аутоімунний тироїдит і подальший розвиток його ускладнень (метаболічні порушення, порушення ліпідного обміну, гіпотиреоз, енцефалопатія, депресія тощо) потребують розробки ефективних схем лікування. Підвищення захворюваності на цю патологію зафіксовано не тільки в Україні, а й практично в усіх країнах світу. Проте у нашій країні ситуація складніша і більш гостро проявилася у зв'язку з аварією на ЧАЕС у 1986 році, оскільки аутоімунний тироїдит – класичне радіоіндуковане захворювання.

При перегляді гістологічних препаратів було відмічено, що запальні реакції різного ступеня вираженості виявляються у 88% випадків. Клінічне ж значення має лише значно виражена лімфоцитарна інфільтрація та утворення лімфоїдних фолікулів.

У клініці було вивчено 924 випадки захворювань щитоподібної залози, що були прооперовані у 1996-2006 роках у СОКЛ та СОКОД, серед яких доброякісних новоутворень щитоподібної залози 733, злроякісних 191. Самостійно тироїдити зустрічаються рідко і складають 1,8% (19 випадків) від загальної кількості захворювань. Кількість оперативних втручань на щитоподібній залозі на рік коливається в значному діапазоні, як і кількість діагностованих тироїдитів. Остання не має прямої кореляції з загальною захворюваністю і складає в середньому 14,2%. Таким чином, доброякісні новоутворення тироїдиту супроводжують у 15,8% випадків та зустрічаються переважно у поєднанні з фолікулярним (79,2% випадків) та змішаним (14,3% випадків) зобом, рідше – у поєднанні з аденомами та кістами; злроякісні – у 7% випадків. При цьому у 25% хворих зобні зміни поєднувалися з явищами фокального тироїдиту та/або вогнищевої лімфоїдної інфільтрації. У 5% хворих в оточуючій вузлі тироїдній тканині спостерігалася вогнищева лімфоїдна інфільтрація без пов'язаних з її наявністю реактивних змін у тироїдній тканині.

При перегляді гістологічних препаратів серед тироїдитів зустрічаються всі відомі морфологічні варіанти аутоімунного тироїдиту:

Первинний аутоімунний тироїдит

1) Класичний (зоб Хашимото, хронічний аутоімунний тироїдит).

2) Хронічний лімфоматозний тироїдит.

3) Фіброзний тироїдит

4) Лімфоматозно-аденоматозний варіант

Хронічний лімфоматозний та/або фіброзний струміт (аутоімунний процес, що виникає на фоні перед існуючої струми)

Висновок. При діагностиці доброякісних новоутворень ЩЗ потрібно більше уваги приділяти супутнім тироїдитам і в подальшому враховувати це при лікуванні з метою профілактики рецидивів захворювання і покращення якості життя пацієнтів. За наявності злроякісного новоутворення ЩЗ супутні тироїдити потребують уваги, оскільки особливості лікування в цьому випадку передбачають тотальну тироїдектомію з вилученням імовірної мішені аутоагресії.