

# СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТО-СТРОМАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭУТИРЕОИДНОЙ И ТОКСИЧЕСКИХ ФОРМАХ ЗОБА

Собирова Д.Ш.<sup>1</sup>, Юлдашев У.К.<sup>2</sup>, Камалов Т.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Собирова Дильноза Шухратовна – ассистент,  
курс эндокринологии;

<sup>2</sup>Юлдашев Умеджон Кахрамонович – студент магистратуры;

<sup>3</sup>Камалов Тимур Махмудович – студент магистратуры,  
кафедра внутренних болезней № 3,

Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** вопросы структурного патоморфоза не опухолевых заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) продолжают оставаться актуальными в клинической эндокринологии и патологии. В многочисленных обзорных статьях и руководствах достаточно подробно и с разных позиций освещены клинические особенности, вопросы диагностики и лечения зобно измененной ЩЖ.

Однако, несмотря на значимость данных работ, анализ литературы показывает необходимость выделения сосудисто-стромальных особенностей гистологических вариантов зоба, нередко определяющих прогноз оперативного вмешательства и биопотенциал роста зобноизмененной ЩЖ.

**Ключевые слова:** эутиреоидный, узловой, диффузный токсический зоб.

**Цель исследования** – оценка структурных особенностей сосудисто-стромального комплекса зобно измененной ЩЖ при различных вариантах зоба (узловой эутиреоидный и узловой, либо диффузный токсический) на операционном материале, полученном из регионов Самаркандской области.

Материалы и методы. Материал данных составляет от пациентов обоого пола из различных регионов Самаркандской области, оперированных по поводу узлового эутиреоидного и токсического зоба в СОЭД. Кроме того, в основу работы легли результаты ретроспективного анализа образцов ЩЖ за период 2017-2019 гг. от пациентов из тех же регионов Самаркандской области, хранившихся в архивах. Клинический материал – 164 истории болезней (105 случаев узлового эутиреоидного зоба, 22 – токсического зоба, из них диффузный токсический – 24 случая, 13 – узловой токсический зоб) обрабатывался по анкетной схеме, с учетом местожительства, длительности анамнеза, дооперационного лечения, наследственной предрасположенности (наличие эндокринного заболевания у родителей, сестер, братьев,

бабушек и пр.). Женщин – 118, мужчин – 46, соотношение 3,8:1, что в целом, соответствует данным мировой статистики по этой проблеме. У женщин фиксировали также гинекологический анамнез. Возраст пациентов от 12 до 71 года (средний возраст 45±2,66 лет). По длительности анамнеза материал распределился следующим образом: 1-5 лет – 38%, 5-10 лет –24%, 10-15 лет – 15%, до 1 года – 18%, 20 лет и более – 5%. Наследственное предрасположение (по различной патологии ЩЖ) выявилось у 47% обследованных. Контрольную группу составили 25 лиц обоого пола из судебно-медицинской практики, не имеющих эндокринной патологии (условно «норма»). Проведен гистологический и электронно-микроскопический анализ компонентов стромы и микроциркуляторного русла ЩЖ при узловой эутиреоидной и диффузной токсической формах зоба. Для гистологического исследования операционный материал брали непосредственно во время операции, помещали в 12% забуференный раствор формалина, заливали в парафин. Серийные гистологические срезы толщиной 5-6 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином пикрофуксином по методу Ван-Гизона для прицельного исследования соединительной ткани. Для целей электронной микроскопии материал фиксировали и обрабатывали, ультратонкие срезы окрашивали методом двойного контрастирования, изучали и фотографировали в электронном микроскопе Tesla-BS-500 (Чехия) при ускоряющем напряжении прибора 70 кВт.

Результаты и обсуждение. Гистологические особенности ЩЖ при гипер- и эутиреозе заключаются в гиперплазии компонентов паренхимы и стромы. В процессе тиреоидной гиперплазии паренхимно-стромальным взаимоотношениям, особенно, компоненту стромы придается большое значение. Получены также бесспорные данные о том, что степень и частота фиброза ЩЖ существенно зависят от клинико-морфологической формы зоба.

При диффузном токсическом зобе форма фолликулов значительно варьирует. Изменчивость формы фолликулов обусловлена усиленной пролиферацией тиреоцитов, лишенных коллоида. Выявлены три вида пролиферации: образование складок на стенке фолликулов, образование сосочковых выростов в просвете фолликулов и формирование многослойных подушковидных структур на стенках отдельных фолликулов. Большинство фолликулов не содержит коллоида или имеется его значительная

вакуолизация, особенно около апикальной поверхности тиреоцитов. Характерна выраженная лимфоидная инфильтрация, степень последней варьирует от слабо выраженной имфоплазмоцитарной инфильтрации междольковой ткани до образования многочисленных лимфоидных фолликулов с некрозом герминативных центров нередко с наличием фолликулов непропорционально большого размера. В нашем материале в 27% случаев наблюдали переход болезни Грейвса в аутоиммунный тиреоидит.

**Выводы:** Таким образом, пролиферация фолликулярного эпителия сопровождается изменением сосудисто-стромального комплекса ЩЖ. Соединительная ткань сдавливает большую часть железы при гипертиреозе, в частности, в случае диффузного токсического зоба. При изучении данных электронной микроскопии при различных формах патологии ЩЖ обнаружено, что вместе с паренхимой изменяются и ультраструктурные компоненты стромы. При обеих изученных в настоящей работе формах зоба, соединительно-тканная строма ЩЖ в межфолликулярных перегородках была частично или полностью гиалинирована, последнее резче выражено в случае диффузного токсического зоба. В коллагеновых волокнах отдельные фибриллы утолщены, частично или полностью теряют структуру, гомогенизируются и распадаются. Местами их структура сохранена, хотя межфибрилярные пространства расширены. Следовательно, изучение ЩЖ при различных формах активности органа выявило своеобразность взаимоотношений паренхимы и стромы. В формировании этих взаимоотношений определенную роль играют кровеносные сосуды.

Таким образом, узловый нетоксичный зоб характеризуется низкой степенью капилляризации, что, в определенной степени, способствует стабилизации состояния эутиреоза с вторичными дистрофическими изменениями (кистозная трансформация) и склерофиброзом стромы.

Для всех форм токсического зоба характерно усиление васкуляризации с образованием артерий замыкающего типа, как следствие увеличения гемодинамической нагрузки на стенку артерии, а также фиброз и гиалиноз стромы.

#### *Список литературы*

1. *Бабажанов А.С., Жониев С.Ш.* Предоперационная подготовка при патологии щитовидной железы // *Анестезиология и реаниматология*, 2015. № 4 (S). С. 46-47.
2. *Гозибеков Ж.И., Зайниев А.Ф., Тилавова Ю.М.К.* Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // *Вопросы науки и образования*, 2019. № 13 (60).
3. *Даминов Ф.А. и др.* Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба // *Академический журнал Западной Сибири*, 2013. Т. 9. № 1. С. 21-21.
4. *Зайниев А.Ф., Юнусов О.Т., Суярова З.С.* Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // *Вестник науки и образования*, 2017. Т. 1. № 6 (30).
5. *Жониев С.Ш., Рахимов А.У., Бабажанов А.С.* Значение биохимических показателей при предоперационной подготовке больных узловым зобом // *Science and world*, 2013. № 10. С. 136.
6. *Матлубов М.М., Семенихин А.А., Нишанова Ф.П., Ким О.А., Хамдамова Э.Г.* Комплексный подход к оценке риска анестезиологического пособия и родоразрешения у пациентов с ожирением // *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*, 2015. С. 6-10.