

УДК 616.441-036.2-053.2

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

© 2005 г. Ю.Ю. Козель, Е.М. Непомнящая

The paper concerns the problems of ecologic epidemiology and morphology of tumours and tumour-like diseases in children.

В настоящее время отмечено увеличение заболеваемости опухолями и опухолеподобными процессами щитовидной железы (ЩЖ). Изучение заболеваемости населения раком щитовидной железы в России стало особенно актуальным после аварии на Чернобыльской АЭС. Прошедшие после этого годы – вполне достаточный срок, позволяющий говорить о радиационном воздействии [1]. Патология ЩЖ является первым маркером неблагоприятного состояния экологии. Проведенные исследования, связанные с последствиями аварии на Чернобыльской АЭС, посвящены преимущественно изучению рака, особенно у детей [1].

Антропогенные загрязнения окружающей среды через атмосферу оказывают на организм человека отрицательное воздействие и ведут к острым и подострым интоксикациям [2, 3], поэтому особый интерес приобретает изучение патологической анатомии в зависимости от экологических факторов.

Ранее ведущее значение в развитии зоба и опухолей ЩЖ отводили недостатку йода в окружающей среде. Но имеет место также экологическая ситуация, связанная с развитием промышленного производства, различными техногенными воздействиями. Начиная с 1986 г. публикуются работы, в которых показано, что на геобиохимическую обстановку стали наслаиваться неблагоприятные факторы, обусловленные деятельностью человека и ведущие к заболеваниям ЩЖ. Сравнительное интегральное исследование на основе данных, полученных на различных территориях, позволяет решить некоторые вопросы связи патологии ЩЖ со сложившейся на этих территориях медико-экологической обстановкой.

Под руководством О.К. Хмельницкого было осуществлено морфологическое исследование заболеваний ЩЖ на различных территориях России. Проведено и организовано широкое эколого-морфологическое изучение в виде сравнительной характеристики различных регионов с разными видами экологического неблагоприятия. Эти интегральные сопоставления, обобщающие данные по различным регионам, позволили определить патологоанатомические состояния щитовидной железы в зависимости от медико-экологической обстановки.

Установление частоты различных форм патологии щитовидной железы по регионам за 1982–1996 гг. с напряженностью экологической ситуации в них (радиация, загрязнения воздуха, черная металлургия, сточные воды) выявило увеличение числа заболеваний щитовидной железы в зави-

симости от экологического неблагополучия, особенно радиационного загрязнения.

Некоторое повсеместное увеличение случаев нахождения нетоксических зобов на операционном материале за период исследований нельзя было связать со степенью напряженности экологической ситуации. Не было установлено четкой связи с изучаемыми экологическими факторами, увеличением числа тиреоидита. Частота аденом ЩЖ не зависела от ухудшения экологической ситуации.

Отчетливые тенденции были выявлены в динамике роста РЩЖ. Наибольшая доля этой патологии приходилась на наиболее неблагополучные по радиационной ситуации регионы – Челябинскую и Брянскую области, а также Ростовскую и Ульяновскую.

Мы разделяем взгляды О.К. Хмельницкого [1] о том, что экологический подход, по определению А.П. Авцына [4], имеет основание стать одним из плодотворных методов исследования человека. Эти работы следует расценивать как один из шагов в сторону экологической патологии [1, 4]. Ценность морфоэкологических исследований (макроскопического, цитологического, гистологического) заключается в их доказательности.

Мы, при прижизненной морфологической диагностике, в повседневной работе используем критерии, разработанные О.К. Хмельницким:

1. Этапность диагностики морфологических изменений: дооперационных, интраоперационных, послеоперационных.
2. Комплексность применения различных морфологических методов исследования: цитологического, гистологического и, при необходимости, иммуногистохимического.
3. Клинико-морфологические сопоставления.

Многолетние совместные исследования хирургов-тиреологов и патологоанатомов обеспечивают правильную постановку диагноза и тактику лечения в послеоперационном периоде. Мы располагаем тесным контактом: эндокринолог, хирург, сонографист, морфолог (патолог). Осуществление этого принципа позволяет адекватно выполнить хирургическое вмешательство, уменьшить количество неоправданных резекций щитовидной железы и улучшить результаты лечения неопухолевых и опухолевых заболеваний ЩЖ.

10 регионов России подразделены О.К. Хмельницким в зависимости от степени напряженности экологической ситуации на 4 группы. Ростовская область по балльной оценке степени напряженности экологической ситуации отнесена ко 2-й группе. Радиационная ситуация в ней оценивалась от 3 до 4 баллов и сочеталась с таким же количеством баллов в отношении загрязненности воздуха. Влияние черной металлургии составило 4 балла, сточных вод – 6 баллов [1].

Отчетливая тенденция обнаружения рака ЩЖ приходилась на неблагополучные районы – Челябинскую и Брянскую области, затем Ростовскую и Ульяновскую. Доля папиллярных раков была наибольшей в Челя-

бинской области. Пик заболеваемости был в 1987 г. с постепенным снижением количества заболевших к 1996 г. до исходного уровня [1].

Работы, касающиеся рассмотрения подобных вопросов у детей, в доступной нам литературе отсутствуют, поэтому они достаточно актуальны.

Нами ретроспективно проанализирован материал по заболеваниям ЩЖ у детей за 1992–2005 гг. Отмечали локализацию патологического процесса и район, из которого поступал на лечение ребенок. За анализируемый промежуток времени пролечено 194 пациента. Выявлены патологические процессы, которые отражены в таблице.

### **Патологические состояния щитовидной железы у детей за 1992–2005 гг. по материалам клиники РНИОИ**

Патология щитовидной железы	Количество случаев
Рак	29
Аденома	29
Узловой коллоидный зоб	117
Аденоматозный зоб	8
Тиреоидит лимфоцитарный	11
Всего	194

Мы попытались определить частоту патологических состояний в зависимости от места жительства больных. Однако выявить такую зависимость не удалось. Распределение как опухолей, так и опухолеподобных процессов было одинаковым. Следует подчеркнуть, что количество раковых опухолей ЩЖ, в том числе и у детей, продолжает увеличиваться.

В 1996 г. Ростовская область была включена в межрегиональную программу «Патология щитовидной железы человека как маркер экологического неблагополучия», выполняемую под руководством О.К. Хмельницкого. В рамках этого исследования был осуществлен анализ операционного материала (5699 щитовидных желез), изученного гистологически в патологоанатомических отделениях РостГМУ, РНИОИ, РОПАБ г. Ростова-на-Дону, ЦГБ г. Таганрога за 15 лет (1982–1996 гг.). За этот отрезок времени количество оперированных больных увеличилось по сравнению с данными 1982–1986 гг.: за 1987–1991 гг. на 8,9 %, а за 1992–1996 гг. на 74,8. Статистически достоверным явилось увеличение частоты РЩЖ в виде двух пиков в 1986 г., сразу после аварии на Чернобыльской АЭС, и в 1992 г. на фоне сохранения постоянной тенденции к росту числа заболевших. За 1987–1991 гг. прирост составил 33 %, за 1992–1996 гг. – 85,9. За 1992–1996 гг. по сравнению с 1982–1986 произошло увеличение РЩЖ на 14,3 % [6]. Следует отметить, что в проводимом исследовании РЩЖ в детском возрасте не был выделен.

Мы полагаем, что увеличение числа выявленных заболеваний ЩЖ, в том числе и у детей, связано, с одной стороны, с улучшением диагностики, а с другой – с влиянием дополнительных источников радиоактивного загрязнения (техногенная катастрофа на Чернобыльской АЭС).

Таким образом, проведенное исследование показывает, что патология ЦЖ у детей не является редкой и требует рассмотрения в различных направлениях: клиническом, морфологическом, эпидемиологическом, экологическом и др.

### Литература

1. Хмельницкий О.К. Щитовидная железа жителей Санкт-Петербурга в норме и при патологии. СПб., 2003.
2. Захарченко М.П., Гончарук Е.И., Кошелев Н.Ф., Сидоренко Г.И. Современные проблемы экогигиены. Киев, 1993. Ч. 1, 2.
3. Сапунов В.Б. // Ноология, экология ноосферы, здоровье и образ жизни. СПб., 1996. С. 12.
4. Авцын А.П. Введение в географическую патологию. М., 1972.
5. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Руководство. СПб., 2002.
6. Дерижанова И.С., Сидоренко С.И. и др. // Тез. докл. II науч. сессии РостГМУ. Ростов н/Д, 1998. С. 31.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт 18 октября 2005 г.

УДК 616.61-053.3-089

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

© 2005 г. *Б.М. Лолаева*

46 children in the age from one year old with various forms of megaureter were operated on 78 ureterovesical segments. 32 patients had bilateral lesions, 17 children had obstructive megaureter, 29 children had reflexive one. One-stage operation was done to 19 children with bilateral megaureter, 13 children were operated by several-stage operation. In all cases we made neointplantation of ureter with antireflux defence. Good results were achieved in 35 patients, satisfactory in 6, unsatisfactory in 5 patients. We found out the causes of immediate and late postoperative complications, the removal of which provided us an opportunity to improve the results of surgical treatment of megaureter in children.

Мегауретер у детей относится к одной из наиболее тяжелых форм уропатии, которая нередко служит причиной хронической почечной недостаточности и гибели почки. Хирургическое лечение мегауретера остается актуальной проблемой из-за частого развития осложнений, причинами которых являются уродинамические нарушения в мочеточнике, возникающие в результате поздней диагностики, неадекватности выбора сроков и методов хирургических пособий. Для коррекции мегауретера наибольшее распространение получили операции, предложенные W.H. Hendren,