

Таким образом, при обструктивном ХП у детей подавляющее большинство выделенных из мочи штаммов микроорганизмов обладали множественной лекарственной устойчивостью. Для представителей семейства *Enterobacteriaceae* наиболее эффективными антибактериальными препаратами являлись цефтриаксон, цефотаксим, офлоксацин, ципрофлоксацин. Для КОС – рифампицин и цефазолин, для коринеформных бактерий – цефтриаксон и цефотаксим, для энтерококков – рифампицин и тиенам. При выделении из мочи неклостридиальных анаэробов наиболее эффективны амикацин и цефотаксим (клафоран). В связи с изложенным следует отнести данные антибиотики к препаратам выбора для лечения вторично обструктивного ХП у детей.

Литература

1. Рафальский В.В., Страчунский Л.С., Коган М.И. и др. // Урология. 2004. № 5. С. 25–30.
2. Anderson R. // Urol. Clin. 1999. Vol. 26. P. 729–735.
3. Hooton T.M. // Therapy of infections diseases. 2003.
4. Лоран О.П., Пушкарь Д.Ю., Ратнер П.И. // Рус. мед. журн. 1999. № 1. С. 91–95.
5. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике. М., 1985.

Ростовский государственный медицинский университет

13 июля 2005 г.

УДК 616.65

РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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

Significance and peculiarities of pathoanatomic study of thyroid gland tumors in children are discussed in the paper. We give our own observations of malignant and tumour-like diseases in children and teen-agers.

Опухоли щитовидной железы (доброкачественные и злокачественные) являются частой патологией. Рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет 0,5–2 % всех злокачественных новообразований [1]. РЩЖ в детском возрасте развивается в 3–4 % наблюдений. У детей он составляет 1,5–2 % всех злокачественных новообразований и 7 % опухолей головы и шеи.

Особое значение РЩЖ у детей стало уделяться в связи с аварией на Чернобыльской АЭС. После этой техногенной катастрофы число заболевших раком щитовидной железы в наиболее пострадавших республиках (Белоруссии, Украине, России) увеличилось [2, 3].

Последствия Чернобыльской катастрофы отчетливо проявились в настоящее время и остаются неблагоприятными прогностическими факторами [4].

Поражение щитовидной железы обусловлено массивным выбросом радиоизотопов йода. Накопление радиоизотопов йода преимущественно в щитовидной железе определено органотропностью этих радионуклеидов как возможных и реальных патогенетических факторов тиреоидной патологии в ближайшие и отдаленные сроки после облучения.

Частота рака щитовидной железы у детей Украины через 4 года после Чернобыльской катастрофы увеличилась в 4,6 раза, в дальнейшем – в 8–9 раз [4].

Гистологические критерии диагностики опухолей щитовидной железы у детей аналогичны взрослым. В данной работе использована Гистологическая классификация опухолей щитовидной железы ВОЗ (1988, 2004) [5, 6].

В классификации выделены следующие гистологические типы опухолей щитовидной железы:

- I. Эпителиальные опухоли доброкачественные и злокачественные.
- II. Неэпителиальные опухоли доброкачественные и злокачественные.
- III. Злокачественные лимфомы.
- IV. Смешанноклеточные опухоли.
- V. Вторичные (метастатические) опухоли.
- VI. Неклассифицируемые опухоли.
- VII. Опухолоподобные процессы.

Ранее нами было показано значение патологоанатомического исследования в диагностике опухолей и опухолевых заболеваний у взрослых [7].

Особое значение последнего связано с тем, что предшествующее дооперационное цитологическое исследование является ориентировочным и патологический процесс диагностируется после гистологического изучения операционного материала. Даже интраоперационная диагностика не всегда помогает. Наши данные полностью согласуются с работами О.К. Хмельницкого, касающимися морфологического исследования щитовидных желез взрослых [8].

Материал распределялся следующим образом: раковые опухоли были диагностированы в 23 наблюдениях; аденомы щитовидной железы – 11, неопухолевые процессы – 10. Распределение опухолей и опухолоподобных заболеваний по гистологическому типу отражено в таблице.

Гистологические формы опухолей и опухолоподобных заболеваний щитовидной железы у детей и подростков

| Гистологический тип опухоли | Количество случаев |
|-----------------------------|--------------------|
| Рак | 23 |
| Аденомы | 11 |
| Аденоматозный зоб | 8 |
| Аутоиммунный тиреоидит | 2 |
| Всего | 44 |

Гистологическими формами рака щитовидной железы являлись: папиллярный с различными его вариантами (типичный, диффузно-склеротический, микрокарцинома) – 20 наблюдений, фолликулярный – 2, медуллярный – 1. Доброкачественные опухоли были представлены макро- и микрофолликулярными аденомами – 11 наблюдений. В группу опухолеподобных заболеваний входили аденоматозный зоб – 8 наблюдений, аутоиммунный тиреоидит – 2.

Особый интерес, на наш взгляд, представляет рак щитовидной железы. Основными гистологическими формами папиллярного рака являлись: типичный вариант, диффузно-склеротический, фолликулярно-папиллярный, смешанноклеточный. Кроме того, имели место микрокарциномы папиллярного строения. Папиллярный рак – самая частая форма злокачественных эпителиальных опухолей щитовидной железы, составляющая у детей 70–90 % всех раковых опухолей этой локализации [9].

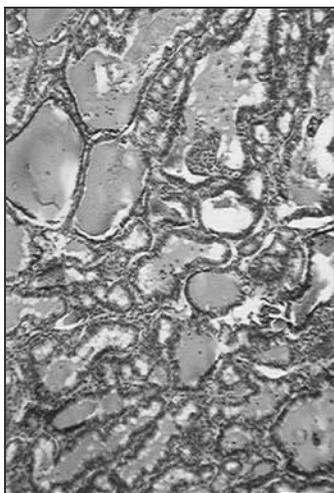
Папиллярный рак многообразен по строению. В классификации ВОЗ выделены следующие его варианты: фолликулярный, диффузно-склеротический, инкапсулированный, микрокарцинома, оксифильно-клеточный.

Фолликулярный вариант папиллярного рака щитовидной железы характеризуется исключительно или почти полностью фолликулярными структурами. Однако имеются единичные ветвящиеся истинные сосочки или мелкие участки солидного строения (рис. а).

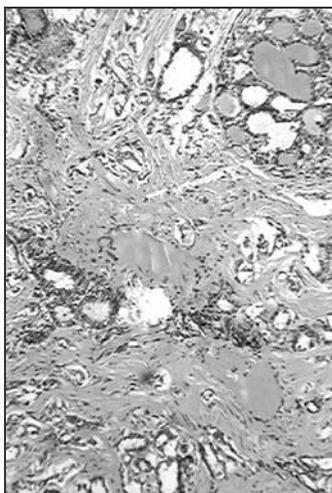
Для диффузно-склеротического варианта характерен диффузный характер опухолевого роста в виде множественных очагов папиллярного, солидного и фолликулярного строения. Отмечается инвазия лимфатических сосудов с лимфогенной внутрижелезистой диссеминацией. Важным признаком являются склеротические процессы опухоли и ткани щитовидной железы. В опухоли и ткани щитовидной железы имеются обширные поля плотной волокнистой соединительной ткани, среди которой встречаются островки опухоли и ткани щитовидной железы с деформированными фолликулами (рис. б).

Характерно большое количество псаммомных телец, лимфоидная инфильтрация различной степени выраженности (рис. в).

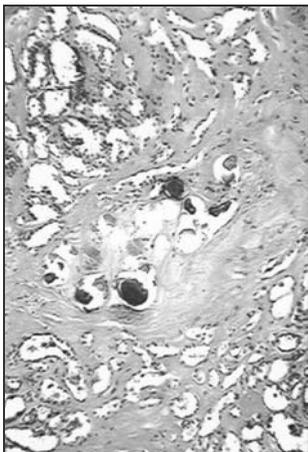
Папиллярные раки размерами до 1 см объединяют в группу папиллярных микрокарцином. По мнению Е.Д. Черствого, А.М. Неровни, данный критерий диагностики папиллярной микрокарциномы в детском возрасте неприемлем [10]. По данным авторов у детей с максимальными размерами опухолевого узла до 1 см в 43,8 % случаев была обнаружена инвазия анатомической капсулы щитовидной железы, что считается неблагоприятным прогностическим признаком (рис. г). Предлагаются следующие критерии папиллярной карциномы в детском возрасте: 1) размеры опухолевого узла до 0,5 см; 2) отсутствие признаков широкого инвазивного роста и внутрижелезистой лимфогенной диссеминации.



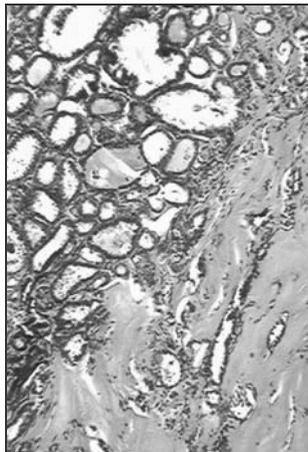
а



б



в



г

Папиллярный рак щитовидной железы: а – фолликулярный вариант; б – диффузно-склеротический вариант; в – псаммомные тельца в опухоли; г – инвазия анатомической капсулы щитовидной железы. Окраска гематоксилин и эозин. а-б – $\times 100$.

Оксифильноклеточный вариант папиллярного рака щитовидной железы у детей характеризуется типичными классическими папиллярными структурами преимущественно из оксиофильных клеток. Для этой формы характерны все морфологические и клинические признаки папиллярного рака.

Большинство папиллярных раков щитовидной железы обладает выраженным инвазивным ростом. Однако имеются инкапсулированные формы.

Предполагается выделять у детей дополнительные варианты папиллярного рака щитовидной железы, которыми являются: солидный, папил-

лярный, смешанный. В последнем варианте могут преобладать папиллярные, фолликулярные, солидные структуры [10].

Анализ операционного материала щитовидной железы показал, что у детей и подростков преобладают раковые опухоли. Преимущественным гистотипом является папиллярный рак в различных его вариантах.

Литература

1. *Заридзе Д.Г.* // Архив патологии. 1992. № 4. С. 5–12.
2. *Демидчик Е.П., Цыб А.Ф., Лушиков Е.Ф.* Рак щитовидной железы у детей (последствия аварии на Чернобыльской АЭС). М., 1996.
3. *Тронько Н.Г., Богданова Т.И.* Рак щитовидной железы у детей Украины (последствия Чернобыльской катастрофы). Киев, 1997.
4. *Богданова Т.И.* Рак щитовидной железы у детей и подростков Украины и его морфологическая характеристика после аварии на чернобыльской АЭС: Дис. ... д-ра. биол. наук. Киев, 1996.
5. *Hedinger C.E., Williams E.D., Sobin L.H.* Histological Typing of Thyroid Tumors. WHO Berlin, 1988.
6. *Delellis R.A., Williams E.D.* // Thyroid Tumors. Pathology et Genetics Tumours of Endocrine Organs. Lyon, 2004. P. 49–123.
7. *Непомнящая Е.М., Бирбраер В.М., Бирина Л.М.* // Новые методы интенсивной терапии онкологических больных. М., 2000. С. 150–154.
8. *Хмельницкий О.К.* Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы: Руководство. СПб., 2002.
9. *Чертовой Е.Д., Анищенко С.Л., Неровня А.М.* // Тез. V конгресса патологоанатомов Украины. 1993. С. 49–50.
10. *Чертовой Е.Д., Неровня А.М.* // Опухоли и опухолеподобные процессы у детей: классификация, морфология, гистогенез, молекулярная биология / Под ред. Е.Д. Чертовой и др. Минск, 2002. С. 263–274.