УДК: 616.441-006-076.5:616.432

Ю.Я. Гриневич, В.І. Лобода, Г.Д. Бендюг, Л.Г. Югрінова, В.С. Процик

Взаємозв'язок між цитологічними особливостями раку щитовидної залози та ендокринною функцією тимуса і гіпофізарно-тиреоїдної системи організму

НД відділ клінічної імунології, НД відділ цитології, НД відділ пухлин голови, шиї та модефікуючих методів лікування
ДУ "Національний інститут раку", м. Київ

Розвиток пухлинного процесу в щитовидній залозі (ЩЗ) супроводжується зрушенням гіпофізарно-тиреоїдної системи організму та ендокринної функцій тимуса, якому належить важлива роль в патогенезі раку ЩЗ. Для оцінки особливостей клінічного перебігу, вибору методу лікування, прогнозу раку ЩЗ важливе значення має ступінь диференціювання (СД) пухлини, зі зменшенням якого погіршується прогноз захворювання. Даних про вплив ступеня диференціювання папілярних і фолікулярних форм РЩЗ на вміст гіпофізарно-тиреоїдних і тимусних гормонів майже відсутні.

Мета роботи – дослідити взаємозв'язок між цитологічними особливостями пухлинного процесу в ЩЗ і показники ендокринної функції тимуса, гіпофізарно-тиреоїдної системи організму хворих з патологією ЩЗ.

Матеріал та методи. Робота виконана на матеріалі 54 хворих на РЩЗ різної гістологічної будови. Досліджували гістологічні зрізи тканини видаленої пухлини, фарбовані гематоксиліном і еозином. Частково досліджували мазки, отримані при пункції тонкою голкою патологічно змінених ділянок ЩЗ чи мазки з видаленою пухлиною. Аналіз матеріалу проводили відповідно з критеріями, які наведені в другому виданні Міжнародної гістологічної класифікації пухлин ЩЗ (ВОЗ, 1988).

Вміст ТТГ, T_3, та T_4 визначали в сироватці крові за допомогою імуноферментного аналізу, використовуючи стандартні тест-системи фірми "DSL" (США). Ендокринну функцію тимуса, яку оцінювали за рівнем тимусного сироваткового фактора (ТСФ) визначали в тесті Bach et al. (1973). Статистичну обробку результатів проводили з використанням "t" критерію.

Результати та їх обговорення. Співставлення вмісту тиреотропних, тиреоїдних і тимусних гормонів у хворих на РЩЗ при різних гістологічних варіантах папілярного і фолікулярного раку, які відображають ступінь їх диференціювання, проведено у 39 спостереженнях при папілярному і 15 – при фолікулярному РЩЗ. В залежності від особливостей гістоструктури клітин виділено папілярний варіант (ПВ) (13 спостережень) та фолікулярний варіант (ФВ) (16 спостережень) папілярного РЩЗ. В 10 спостереженнях в препаратах поряд з невеликими осередками капілярних чи фолікулярних структур були ділянки солідного, солідно-трабекулярного та недиференційованого раку. Ці спостереження склали групу солідного варіанту (СВ) капілярного РЩЗ. Серед фолікулярного РЩЗ 7 віднесено в групу високодиференційованих форм, фолікулярний варіант (ФВ). У 8 випадках пухлини мали поліморфну будову з наявністю фолікулярно-солідно-трабекулярних, інсулярних структур, інвазією капсули та судин. Вони склали групу низькодиференційованого варіанту (НВ) фолікулярного РЩЗ.

В результаті досліджень встановлено підвищення вмісту ТТГ у 16,6% хворих з ПВ, 66,6% – ФВ, 60% – СВ папілярного РЩЗ і зниження T_4 у 38,5% хворих з ПВ, 86,6% – з ФВ і 90% – з СВ папілярного РЩЗ. Зниження рівня ТСФ відмічено у 25 % хворих з ПВ, 35,7% – з ФВ і у 80% – з СВ папілярного РЩЗ. Нормальний вміст гормонів відмічався у більшості хворих з ПВ папілярного РЩЗ: рівень ТТГ у 66,7% хворих, T_3 і T_4 відповідно у 92,3 і 53,8%, ТСФ – у 66,7% хворих. При СВ папілярного РЩЗ нормальний вміст гормонів був відповідно у 30 % (ТТГ), 30 % (Т3), 10 % (Т4), 20 % (ТСФ).

У хворих на фолікулярний РЩЗ частота зсуву вмісту гормонів була також більш виражена у хворих з НВ. Так, нормальні рівні ТТГ, T_4 і ТСФ відмічали відповідно у 42,9, 57,1 та 71,4% хворих з ФВ фолікулярного РЩЗ. При НВ фолікулярного РЩЗ нормальні рівні гормонів були відповідно у 16,7, 16,7 і 42,9% хворих. У цій групі хворих у 66,6% спостережень відмічено підвищений рівень ТТГ, ТСФ і T_4 – знижений відповідно в 83,3 та 57,1% спостережень.

Таким чином, результати проведених досліджень показали, що зрушення гормонального гомеостаза були майже у всіх хворих (90%) при різних гістологічних варіантах папілярного і фолікулярного РЩЗ, які відображають ступінь диференціювання пухлини. Однак, більша ступінь їх виразності приходиться на групу менш диференційованих пухлин. При морфологічній діагностиці папілярного і фолікулярного РЩЗ важливо вказувати варіант мікроскопічної будови пухлини. Деталізація мікроструктур має практичне значення, так як дозволяє оцінити гістологічний ступінь диференціювання пухлини, попередньо визначити прогноз захворювання, орієнтовно скласти уяву про можливі гормональні зрушення в кожному конкретному спостереженні. Все це буде сприяти розробці патогенетично обгрунтованих лікувальних заходів, направлених на реабілітацію ендокринної функції тимуса, гіпофізарно-тиреоїдної системи організму, індивідуалізувати корекцію зрушених гормональних функцій.

© В. Г. ᶜ ΥΜΡΙ ΖΜΎ, ᵘ ⌣ ´ ΣΕΣΘΔ ᶜ .ᵈ . ᵒ Ι ΡΘγΗ ´.ᶜ . ΒΗΥΚΡΣΖΔ ᵘ . ; . ϵ ΥΣΎΜΕ, 2008