

ОСОБЕННОСТИ АНАПЛАСТИЧЕСКОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Винник Ю. А., Горбенко В. Н., Васько А. Н.,¹⁾ Гаргин В. В.

Харьковская академия последипломного образования;

¹⁾ Харьковский национальный медицинский университет

Анапластический (недифференцированный) рак щитовидной железы (АРЩЖ) является одной из нечастых и наиболее агрессивных форм злокачественных опухолей щитовидной железы (ЩЖ), состоящий частично или полностью из недифференцированных клеток. Эта форма характеризуется стремительным экстраорганным инвазивным ростом, высокой частотой метастазирования и крайне неблагоприятным прогнозом.

Считается, что недифференцированный рак возникает из слабо дифференцированных форм, которые в свою очередь развиваются из фолликулярных или папиллярных карцином, а также могут возникать спонтанно. Эпителиальное происхождение каждого случая недифференцированной карциномы щитовидной железы должно быть подтверждено иммуногистохимическим исследованием, при этом на сегодняшний день отсутствует единый подход к интерпретации гистологических вариантов АРЩЖ, в связи с чем, целью нашего исследования явился анализ гистологических особенностей недифференцированных форм рака щитовидной железы среди других форм рака данной локализации.

При проведении анализа удаленных щитовидных желез наиболее часто встречающимся в нашем исследовании гистологическим типом рака ЩЖ является папиллярный рак – 54,8 % случаев. Удельный вес фолликулярного рака в нашем исследовании составил 22,6 % наблюдений. Частота возникновения медуллярного рака в нашем исследовании составила 14,6 %.

Наименее редко встречающимся типом эпителиального рака по результатам нашего исследования явилась анапластическая карцинома или низкодифференцированный рак, удельный вес которого составил 8 %. Это согласуется с данными других авторов, согласно которым недифференцированная (анапластическая) карцинома составляет до 10 % от всех злокачественных новообразований щитовидной железы. Считается, что более часто такие опухоли обнаруживаются в районах зобной эндемии, то есть в генезе их развития определенная роль принадлежит йодному дефициту. Не исключено также воздействие внешнего облучения. В частности показано, что предварительное облучение может сокращать сроки развития опухоли, а также способствовать трансформации дифференцированной опухоли в недифференцированную.

Во всех случаях последующего гистологического подтверждения недифференцированного рака ЩЖ рост опухоли характеризовался быстрым увеличением размеров шеи в области ЩЖ с прорастанием мягких тканей, трахеи, пищевода, яремной вены, ростом в средостение, сдавлением сосудисто-нервного пучка, часто с проявлениями компрессионного синдрома. Быстрый местный рост опухоли с инвазией в окружающие ткани и органы, раннее и широкое метастазирование являются основными клиническими отличиями анапластической карциномы от дифференцированных форм рака ЩЖ. Продолжительность заболевания от первых ее проявлений до развития выраженной клинической картины составляла от нескольких недель до нескольких месяцев.

На основании проведенного макроскопического исследования, а также после обзорной микроскопии серийных срезов тканевых образцов щитовидной железы с различными гистологическими типами раков нами был определен так называемый морфологический балл злокачественности (МБЗ) – как критерий оценки степени опухолевой прогрессии.

Наиболее выраженными инвазивными свойствами обладает анапластический рак. На втором месте после него стоит папиллярная карцинома. Однако, необходимо отметить, что в разнородной группе папиллярных карцином наиболее злокачественными были солидный и диффузно-склерозирующий варианты. Именно за счет этих форм в группе папиллярных раков суммарный итог параметров МБЗ оказался достаточно высоким.

С-клеточный рак занимает промежуточное положение между недифференцированными и дифференцированными формами раков. Этот тип злокачественного поражения щитовидной железы обладает относительно высоко выраженной степенью инвазии в собственную капсулу, высокой частотой метастазирования в лимфатические узлы.

Степень выраженности митотической активности популяции опухолевых клеток раков щитовидной железы различна. Наиболее высок митотический индекс у АРЩЖ. Большое количество митозов выявляется также в фолликулярных раках, несмотря на относительную

мономорфность их клеток. Наименьшей митотической активностью обладают клетки медуллярной карциномы.

В ходе нашей работы установлено наличие веретенноклеточной, гигантоклеточной и плоскоклеточной форм анапластического рака ЩЖ, в ряде случаев опухоль имела смешанное строение. Общим для всех трех форм была высокая митотическая активность, наличие полей некрозов, высокая инвазивность как в ткани ЩЖ, так и за ее пределами. При сопоставлении гистологических и клинических данных закономерностей взаимосвязи установлено не было.

Следует отметить, что наличие в трети гистологических препаратов участков дифференцированного строения, может свидетельствовать о взаимосвязи с ранее предшествовавшим патологическим процессом. Это предположение созвучно мнению многих авторов, отмечавших в значительном числе наблюдений развитие анапластического рака на фоне ранее существовавшей патологии ЩЖ, в том числе злокачественных образований. Это позволяет утверждать, что нередко анапластическая карцинома является заключительным этапом трансформации дифференцированных форм рака ЩЖ, в частности папиллярной и фолликулярной аденокарциномы.

Этим может быть объяснено преобладание в исследуемой группе больных старческого возраста. Высокая частота низкодифференцированных форм рака у них, по-видимому, обусловлена понижением дифференцировки рака ЩЖ при его длительном течении. Помимо этого, важным представляется факт, что более половины всех больных наблюдались ранее эндокринологами по поводу узлового и полинодозного эутиреоидного зоба, увеличения щитовидной железы на протяжении от 1 года до нескольких десятков лет.

Таким образом, можно утверждать, что АРЩЖ встречается преимущественно среди больных пожилого возраста. Самым злокачественным типом рака щитовидной железы является недифференцированный (анапластическая карцинома). Этот гистологический вариант рака обладает наиболее высокими показателями степени инвазивности, пролиферативной активности, уровня морфо-функциональной активности ядер.

В ходе нашей работы установлено наличие трех гистологических форм недифференцированного рака щитовидной железы: веретенноклеточной, гигантоклеточной и плоскоклеточной форм рака о наличии. Достоверного клинического или прогностического значения выделения указанных нами выявлено не было.