

## К ВОПРОСУ О ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПАПИЛЛЯРНОГО СТРОЕНИЯ

Проф. Н. М. Янчур и Л. И. Нихамкин

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. Н. М. Янчур) Витебского медицинского института и прозектура 2-й городской клинической больницы

Самой частой формой рака щитовидной железы являются опухоли сосочкового строения (С. А. Масумов, 1958; Н. П. Храмцова, 1960; А. И. Гнатышак, 1962; Е. С. Драчинская, И. С. Брейдо, 1963; Н. R. Tellefsen с соавт., 1964). Гистологическая структура их сравнительно несложна. В литературе эту опухоль называют сосочковым зобом, злокачественной цилиндроклеточной папилломой, сосочковой кистозно-эпителиомой, злокачественной сосочковой кистозно-аденомой, сосочковым раком, папилломой щитовидной железы, цилиндроклеточным раком.

Злокачественные опухоли папиллярного строения могут иметь структуру, близкую к доброкачественным папилломам (Ф. М. Ламперт, 1947; Н. Фут, 1951; А. И. Гнатышак, 1962; Р. М. Пропп, 1966).

А. И. Гнатышак (1962) делит сосочковый рак на образующий зрелые фолликулы (связывающий радиоактивный йод) и не образующий таковых (не связывающий радиоактивного йода).

В отечественной и зарубежной литературе отмечается, что из всех злокачественных опухолей щитовидной железы опухоли папиллярного строения отличаются наиболее благоприятным течением и медленным ростом. Продолжительность заболевания исчисляется многими годами, а иногда десятилетиями.

Злокачественные опухоли щитовидной железы папиллярного строения необходимо дифференцировать с сосочковыми аденомами, аденокистомами. Последние имеют четко выраженную капсулу, резко отграничивающую их от окружающей ткани. Разрастание эпителия происходит внутрь фолликулов, образуя сосочковые выросты. Нередко при этом клетки становятся более высокими, цилиндрическими.

При папиллярном раке отмечается врастание эпителиальных элементов в капсулу опухоли, лимфатические и кровеносные сосуды, прилежащие ткани. Метастазирование обычно начинается поздно, но бывает распространенным. Паренхима опухоли отличается выраженным атипизмом, полиморфизмом эпителия и множеством фигур митоза. В строме злокачественной опухоли и ее капсуле часто встречаются калькосфериты.

Изучив результаты гистологических исследований за 10 лет (1956—1965) в Витебской области, мы установили, что из 74 злокачественных опухолей щитовидной железы 25 были папиллярного строения. Они обнаружены у 19 женщин и 6 мужчин в возрасте от 23 до 75 лет. Продолжительность заболевания от момента появления первых симптомов до оперативного вмешательства следующая: до 1 года — у 4 больных, от 1 года до 3 лет — у 7, 3—5 лет — у 4, 5—10 лет — у 4, 10—15 лет — у 4, 18 лет — у 1, 30 лет — у 1. У 3 больных папиллярным раком щитовидной железы был рецидивирующий зоб, у 15 опухоль развивалась в

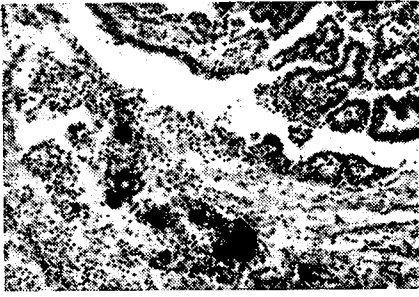


Рис. 1 Скопление калькосферитов в капсуле опухоли щитовидной железы. Окраска гематоксилин-эозином. Ув.  $\times 100$ .

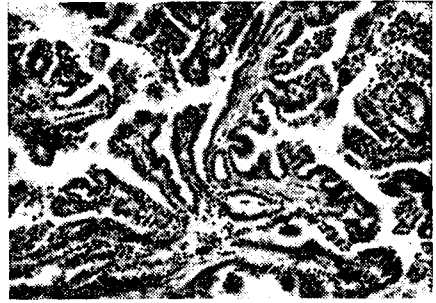


Рис. 2 Злокачественная опухоль щитовидной железы папиллярного строения без образования фолликулов. В строме сосочков видны полнокровные сосуды. Окраска гематоксилин-эозином. Ув.  $\times 100$ .

узловом зобе. У 5 больных были поражены обе доли железы.

Злокачественные опухоли папиллярного строения представляли инкапсулированные узлы, иногда достигавшие нескольких сантиметров в диаметре (до 5). Они были одиночными (у 20 больных) и множественными (у 5). У 8 больных опухоль прорастала капсулу и врастала в соседние ткани. Метастазы в лимфатические узлы шеи обнаружены у 3 больных.

У 18 больных опухоль была плотной, у 7 — мягко-эластичной. Цвет от вишнево-красного до серого. Поверхность разреза мелкозернистая или гладкая без соскоба ткани.

Толщина соединительнотканной капсулы в местах расположения крупных сосудов достигала 1—1,5 мм. Капсула была бедна клеточными элементами и содержала большое количество коллагеновых и эластических волокон. В ней часто обнаруживались кровоизлияния, отложения гемосидерина и округлые концентрические скопления извести — калькосфериты (рис. 1). По мнению V. K. Franz (1963), последние характерны только для папиллярного рака щитовидной железы.

Во всех наблюдениях обнаружено врастание опухоли в капсулу, а в 8 — в просвет сосуда.

Микроскопически нередко в капсуле были видны лимфатические узлы, а в центрах фолликулов располагались опухолевые клетки. В глубь опухоли отходили соединительнотканые прослойки, которые истончались, ветвились и образовывали строму сосочков. Щелевидные сосуды последней были многочисленными, полнокровными. Ткань опухоли имела разнообразное строение. Преобладающим структурным элементом оказывались сосочки (рис. 2). Размеры и толщина их различна (15—20  $\mu$ ).

В одних опухолях преобладали мелкие сосочки, в других — крупные. Иногда участки того же препарата имели компактную структуру и сочетались с альвеолярной и тубулярной аденокарциномой. Чаше сосочки снаружи были покрыты высоким одно-, двухрядным цилиндрическим эпителием с гомогенной или мелкозернистой эозинофильной протоплазмой. Высота клеток достигала 7—12  $\mu$ . Ядра их были пузырьковидными, реже — гомогенными с базально или центрально расположенным ядром. В некоторых опухолях обнаруживался многорядный эпителий с выраженной анаплазией, почти полностью занятый компактным ядром. Во всех опухолях имелись митозы. Сравнительно часто можно было обнаружить мелкие фолликулы с гомогенным эозинофильным коллоидом и пристеночными вакуолями в нем.

Из 25 больных со злокачественной опухолью папиллярного строения находятся под наблюдением 17 (от 4 до 7 лет). Умерли после операции 8 (до 1 года — 6, через 1—3 года — 2).

## В ы в о д ы

1. Злокачественные опухоли папиллярного строения составляют  $\frac{1}{3}$  злокачественных новообразований щитовидной железы.

2. Папиллярный рак чаще наблюдается у женщин (соотношение 3,1 : 1), преимущественно развивается в узловом зобе.

## ЛИТЕРАТУРА

- Вельяминов Н. А. Русск. врач, 1910, 34. Габелова Н. А. Автореф. дис., Л., 1954. Гнатышак А. И. Рак щитовидной железы, К., 1962. Драчинская Е. С., Брейдо И. С. Хирургия щитовидной железы, Л., 1963. Ламперт Ф. М. Хир., 1947, 9. В «Тр. всесоюзн. онкол. конф.» (январь, 1947), М., 1950. Масумов С. А. Известия АН Уз. ССР, серия «Медицина», Ташкент, 1958. Гистопатология эндемического зоба в Узбекистане. Ташкент, 1958. Никифоров М. Н. и Абрикосов А. И. Основы патологической анатомии, ч. 2, изд. 6, М., 1927. Пропп Р. М. Клиника и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы, М., 1966. Сиповский П. В. Патологическая анатомия болезней человека, Л., 1963. Тышкилова А. П. В «Тр. Ин-та онкол.», Л., 2, 1958. Холдин С. А. В кн.: «10 лет деятельности Ленинградского онкологического института». Л., 1938. Храмцова Н. П. В «Сб. тр. Пермской областной клин. б-цы». Вып. I, 1960.
- Hare H., Salzman F. Am. J. Roentg., 1950, 63, 6, 881. Langhans Th. Wirsch. Archiv., 1907, 1—2, 69. Meissner W., Lahey F. J. Clin. Endocrin., 1948, 8, 9, 749. Russel W. O. et al. Cancer, 1963, 16, 11, 1425. Tollefsen H. R. et al. Cancer, 1964, 17, 8, 1035. Warren S. Am. J. Roentg., 1941, 46, 4, 447.