

ЧАСТОТА ПОЄДНАНЬ РІЗНИХ ГІСТОЛОГІЧНИХ ФОРМ ПАПІЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ ІЗ ІНШИМИ ТИРОЇДНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ*

Караченцев Ю. І., Дубовик В. М., Гопкалова І. В., Хазієв В. В., Гойденко Н. І.,
Корчагін Є. П., Сазонов М. Є., Герасименко Л. В.

*ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського» НАМН України,
м. Харків, Україна
dvn0467@gmail.com*

В сучасній ендокринології є низка питань, що викликають жваві дискусії і на теперішній час. Одним з цих питань є діагностика та лікування злоякісних новоутворень щитоподібної залози (ЩЗ), які є найбільш поширеними пухлинами органів ендокринної системи.

Важливу роль у розвитку раку щитоподібної залози (РЩЗ) грає наявність фонових захворювань в тканині ЩЗ. Наприклад, наявність аденоматозного зоба значно підвищує ризик виникнення карциноми, а також ускладнює його діагностику. Питання взаємозв'язку раку і «фонових» процесів є одним з основних в онкотиреоїдології, оскільки воно стосується причинно-наслідкових відносин в канцерогенезі.

Відомо, що вузлова трансформація ЩЗ зустрічається приблизно у 10–30 % насе-

лення земної кулі, а аутоімунний тиреоїдит (АІТ) є найпоширенішим аутоімунним захворюванням людини і виявляється у 5 % населення [1]. На тлі АІТ можуть формуватися вузли доброякісної і злоякісної природи. До сьогодні неясно, чи є АІТ фактором ризику розвитку раку ЩЗ або це реакція тканини на пухлину. Не виключено, що це дві незалежні патології, які можуть зустрічатися разом [2].

Ряд авторів стверджують, що АІТ може бути передраковим станом [3, 4], тісно пов'язаним з розвитком папілярного раку щитоподібної залози (ПРЩЗ), оскільки вони мають паралелізм в цитологічному і імуногістохімічному профілі. Причиною цього може бути тривале подразнення фолікулярного епітелію хронічним запаленням, яке приводить до гіперплазії, метаплазії

* Роботу виконано в межах планової наукової тематики ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України» «Наукове обґрунтування вибору методів діагностики та комплексного лікування хворих на злоякісні новоутворення у зобнозміненій тканині щитоподібної залози» (державний реєстраційний № 0117U007185).

Установою, що фінансує дослідження, є НАМН України.

Автори гарантують повну відповідальність за все, що опубліковано в статті.

Автори гарантують відсутність конфлікту інтересів і власної фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Рукопис надійшов до редакції 12.10.2018.

і дисплазії тиреоїдних клітин, і в підсумку — до злоякісної трансформації [5].

У той же час, інші дослідники відзначають, що при ПРЩЗ на тлі АІТ частіше виявляються вузли невеликого розміру, а при всіх видах множинних доброякісних вузлів ЩЗ спостерігається збільшення АІТ як фонові патології. Ці факти можуть опосередковано підтверджувати думку про те, що лімфоцитарна інфільтрація тканини ЩЗ при папілярній карциномі є формою імунної реакції, переважно на зростання та проліферацію пухлини [6]. Одночасно висловлюється припущення про те, що АІТ є позитивним прогностичним фактором у пацієнтів з диференційованим раком ЩЗ. Це може бути пов'язано з менш інвазивними формами пухлин [7, 8], зниженням метастазування в лімфатичні вузли і низьким ризиком рецидиву [9].

Однак, є поодинокі роботи, які вказують на підвищення ризику метастазування в лімфовузли при ПРЩЗ на тлі АІТ [10].

Ряд авторів не виділяють суттєвих ознак, які б категорично відрізняли АІТ з ПРЩЗ від папілярного раку на фоні незміненої тканини ЩЗ [11].

Необхідно враховувати і той факт, що АІТ, як фонове ураження тканини ЩЗ, різко підвищує клітинний поліморфізм тиреоцитів, що значно ускладнює цитологічну діагностику вузлів і викликає збільшення кількості сумнівних діагнозів і гіпердіагностику диференційованих форм раку. Лише в 6 з 18 випадків (33,3 %) диференційова-

ного раку на тлі АІТ діагноз був встановлений після цитологічного дослідження, в той час як без АІТ, як фонового захворювання — в 20 з 25 випадків (80 %) [12].

Частота новоутворень в ЩЗ на тлі дифузного токсичного зобу (ДТЗ) на теперішній час так само є суперечливим питанням. При цьому роль ДТЗ в розвитку раку ЩЗ залишається не визначеною. Характер впливу виразності аутоімунного процесу на кількість і морфологічний характер вузлів у щитовидній залозі хворих з ДТЗ в даний час не встановлено [13, 14].

Наявність в тиреоїдній тканині розповсюдженого фонового гіперпластичного процесу значно ускладнює діагностичний пошук та може негативно впливати на канцерогенез. Тому на сьогодні визначення частоти сполучень ПРЩЗ з іншими захворюваннями тиреоїдної паренхіми є першим кроком у вдосконаленні диференціальної діагностики.

В даний час існує безліч морфологічних варіантів ПРЩЗ, що відрізняються особливостями гістологічної будови, різним ступенем злоякісності та клінічними проявами, але на сучасний момент немає робіт, які б виявили при яких гістологічних формах ПРЩЗ найчастіше відбувається патологічна зміна структури тиреоїдної тканини. Це і стало метою нашої роботи.

Мета. Визначити частоту і вид патологічних змін в тканині щитовидної залози, що супроводжують основні гістологічні форми папілярного раку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для патоморфологічного визначення особливостей пухлинної патології ЩЗ і підготовки матеріалу для подальшого імуногістохімічного дослідження проаналізовано операційний матеріал 178 хворих на ПРЩЗ, що були прооперовані у хірургічному відділенні клініки ДУ «ПЕП НАМН» за період 1991–2017 рр.

При морфологічному аналізі патології ЩЗ одержаний матеріал класифіковано відповідно до Міжнародної гістологічної класифікації пухлин ендокринних органів (Pathology and genetic softumour sofendocrine organs, 2009).

Макроскопічна характеристика ЩЗ включала розміри органу, наявність і кількість вузлів, стан поверхні ЩЗ (гладка, горбиста), поверхню тканини ЩЗ на декількох паралельних розрізах, що проходять через весь препарат на відстані 0,5 см один від одного (однорідна, неоднорідна). Морфологічна характеристика власне пухлинних утворень ЩЗ включала оцінку їх максимального діаметру, наявність або відсутність капсули (часткове або повне), інвазії в капсулу пухлини або ЩЗ, оцінку форми (правильна, неправильна), консистенції (м'яка, щільна) а також наявність дистро-

фічних змін (кістозні порожнини, крововиливи, кальцифікати).

Після макроскопічного вивчення і опису операційного матеріалу проводилася прицільна вирізка фрагментів з вузлів та позавузлової тканини (8–10 шматочків). Патоморфологічне дослідження здійснювалось за допомогою комплексу гістологічних методик (стандартне фарбування гематоксиліном і еозином, для виявлення і диференціювання сполучнотканинних структур — фарбування по Ван-Гізоні. Вивчення та фотографування мікропрепаратів проводилося за допомогою мікроскопа «Granum R-60», КНР.

Гістологічні методики виконували за методикою заливки обраних фрагментів в парафін з подальшим виготовленням гістологічних препаратів [15]. Матеріал фіксували в 10 % розчині нейтрального формаліну,

зневоднювали в спиртах, заливали в парафін, після чого виготовляли серійні зрізи завтовшки 4–5 × 10–6 мкм. Використані гістологічні методики були адекватні меті дослідження. Оглядові препарати, забарвлені гематоксиліном і еозином, використовували для загальної оцінки стану досліджуваних тканин. Фарбування препаратів фуксином на еластичні волокна по Вейгерту з дофарбовуванням пікрофуксином за методом Ван-Гізона використовували для виявлення і диференціювання сполучнотканинних структур.

Оцінка проліферативної і функціональної активності гіперпластичних і пухлинних процесів ЩЗ проводилася з використанням мікроскопу «Granum R-60» з подальшим мікрофотографуванням та мікроскопу Primo Star (CarlZeiss) із застосуванням програм Axio Cam (ERc 5s) і Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Були вивчені гістологічні препарати 178 хворих на ПРЩЗ. У наших спостереженнях мікроскопічно визначалися шість основних гістологічних форм ПРЩЗ: папілярна аденокарцинома (ПА), $n = 53$; фолікулярний варіант папілярного раку (ФВПРЩЗ), $n = 16$; папілярний мікроскопічний рак (ПМР), $n = 21$; папілярний рак з циліндричних клітин, $n = 81$; папілярний рак з оксифільних клітин, $n = 2$; папілярний рак з наявністю капсули, $n = 5$; що відповідає Міжнародній гістологічній класифікації пухлин ендокринних органів (Pathology and genetic softumour sofendocrine organs, 2009).

При аналізі гістологічних препаратів було виявлено, що у 51 випадку (29 %) від загальної кількості ПРЩЗ (178 хворих) папілярні карциноми спостерігалися як самостійне захворювання на фоні інтактної паренхіми ЩЗ. При цьому папілярна аденокарцинома як самостійне захворювання на фоні інтактної паренхіми ЩЗ була виявлена у 16 випадках, що склало 30 % від всіх папілярних АК ($n = 53$). Фолікулярний варіант папілярного раку як самостійне захворювання ЩЗ було виявлено лише у двох випадках, що склало 13 % від всіх ФВ ПРЩЗ ($n = 16$). Папілярний мікроскопіч-

ний рак — у 6 випадках (відповідно 28 % від 21), папілярний рак з циліндричних клітин як самостійне захворювання ЩЗ — у 23 випадках (відповідно 28 % від 81), папілярний рак з оксифільних клітин — у 1 випадку (відповідно 50 % від 2), папілярний рак з наявністю капсули — у 3 випадках (60 % від 5).

Таким чином, лише, в середньому, одна третина папілярних аденокарцином, папілярних мікроскопічних раків та папілярних раків з циліндричних клітин зустрічаються як самостійне захворювання ЩЗ. Рідше за всіх гістологічних типів ПРЩЗ як самостійне захворювання зустрічається ФВ ПРЩЗ, який становить всього 13 %. Висновки по іншим двом гістологічним типам ПРЩЗ поки робити передчасно через малу кількість спостережень.

В інших 127 випадках (71,5 %) ПРЩЗ сполучався з іншою тиреоїдною патологією: у 20 % — з аутоімунним тиреоїдитом, у 15 % — з колоїдним зобом (КЗ), у 5 % — з фолікулярними аденомами (ФА), а поєднання ПРЩЗ не з однією, а з кількома тиреоїдними патологіями склало 31,5 %.

При детальному аналізі поєднань ПРЩЗ з АІТ було виявлено, що в чистому вигляді АІТ на тлі папілярного раку зустрічаєть-

ся лише в 35 випадках (20 %) з 178, решту становлять такі поєднання, як АІТ с ФА — 7 (4 %), АІТ з КЗ — 24 (13,5 %), АІТ с КЗ и с ФА — 15 (8,5 %) і лише по одному випадку (0,5 %) АІТ с ДТЗ, а також АІТ с КЗ, ФА и ДТЗ одночасно (табл.). Таким чином, АІТ виявляється в тканині ЩЗ майже у половині всіх хворих на ПРЩЗ.

При аналізі гістологічних форм ПРЩЗ було показано, що АІТ (як в чистому вигляді, так і в поєднанні з іншими формами патології ЩЗ) виявлено майже в половині випадків папілярних аденокарцином (49 %) і папілярного раку з циліндричних клітин (51 %) та майже в 40 % фолікулярного варіанту папілярного раку (38 %) й папілярного мікроскопічного раку (43 %), в 20 % папілярного раку з наявністю капсули. У той же час, АІТ не було виявлено при папілярному раку з оксифільних клітин (див. табл.).

Колоїдний зоб в поєднанні з ПРЩЗ зустрічався рідше за АІТ, проте в поєднанні з іншою тиреоїдною патологією він практично мав таку ж зустрічаємість (42 %) (див. табл.). При аналізі гістологічних форм ПРЩЗ було виявлено, що АІТ частіше зустрічається при аденокарциномах і ПР з циліндричних клітин, а колоїдний зоб — при мікроскопічному раку і фолікулярній формі ПР. Фолікулярна аденома частіше супроводжує фолікулярну форму ПРЩЗ.

На тлі ДТЗ ПРЩЗ зустрічався тільки в трьох випадках і тільки в поєднанні з іншою патологією ЩЗ (див. табл.).

В результаті проведеного аналізу було показано, що лише у 29 % випадках (51 хворий) папілярні карциноми спостерігалися як самостійне захворювання на фоні інтактної паренхіми ЩЗ, у 127 (71 %) пацієнтів на фоні ПРЩЗ спостерігалися інші захворювання ЩЗ. Були виявлені основні

Таблиця

**Сполучення ПРЩЗ
з іншими тиреоїдними захворюваннями**

Гістологічна форма папілярного раку, n	АІТ	АІТ + ФА	АІТ + КЗ	КЗ	КЗ + ФА	КЗ + ДТЗ	ФА	АІТ + КЗ + ФА	АІТ + ДТЗ	АІТ + КЗ + ФА + ДТЗ	Усього
Аденокарцинома n = 53 (30%)	12 (22,5%)	2 (4%)	8 (15%)	8 (15%)	1 (2%)	0	2 (4%)	4 (7,5%)	0	0	37 (70%)
Фолікулярний варіант, n = 16 (9%)	3 (19%)	0	3 (19%)	5 (31%)	0	0	3 (19%)	0	0	0	14 (87%)
Мікроскопічний рак, n = 21 (12%)	1 (5%)	1 (5%)	5 (24%)	4 (19%)	2 (9%)	0	0	1 (5%)	1 (5%)	0	15 (72%)
З циліндричних клітин, n = 81 (45%)	18 (22%)	4 (5%)	8 (10%)	9 (12%)	4 (5%)	1 (1%)	3 (4%)	10 (12%)	0	1 (1%)	58 (72%)
З оксифільних клітин, n = 2 (1%)	0	0	0	1 (50%)	0	0	0	0	0	0	1 (50%)
З наявністю капсули, n = 5 (3%)	1 (20%)	0	0	0	0	0	1 (20%)	0	0	0	2 (40%)
Усього n = 178	35 (20%)	7 (4%)	24 (13,5%)	27 (15%)	7 (4%)	1 (0,5%)	9 (5%)	15 (8,5%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	127 (71,5%)

форми тиреоїдної патології, що найбільш часто зустрічаються при ПРЩЗ і визначена їх частота. Показано, що у 71 хворого (39,8 %) ПРЩЗ сполучався лише з одним тиреоїдним захворюванням: у 20 % — з аутоімунним тиреоїдитом, у 14,8 % — з колоїдним зобом, у 5 % — з фолікулярними аденомами. Поєднання ПРЩЗ не з однією, а з кількома тиреоїдними патологіями відзначено у 56 осіб (31,4 %). Така висока частота поєднання злоякісної та доброякісної патології у ЩЗ дозволяє зробити припущення, що проліферативні процеси, внаслідок яких виникають доброякісні захворювання, під впливом невідомих на сьогодні факторів можуть змінювати свою спрямованість і призводити до появи клітин з ознаками злоякісності. Тобто, зобнозмінена тиреоїдна тканина є більш сприятливою до дії різноманітних канцерогенних агентів, таких, як радіаційний, токсичний вплив, або порушення нейроендокринної регуляції.

При аналізі гістологічних форм ПРЩЗ показано, що АІТ частіше зустрічається при аденокарциномі та ПР з циліндричних клітин, а колоїдний зоб — при мікроскопічному раку і фолікулярній формі ПР. Фолікулярна аденома частіше супроводжує фолікулярний варіант ПРЩЗ. Відомо, що аденокарциноми та ПР з циліндричних клітин схильні до більш агресивного перебігу. Тому більш часте поєднання з ними АІТ можна розглядати скоріше як захисну реакцію організму на появу злоякісного ураження. Також треба зауважити, що наявність в тканині щитовидної залози численних вогнищевих утворень при ПРЩЗ в більшості випадків вказує на супутню тиреоїдну патологію, а не на мультицентричний ріст злоякісної пухлини.

Вважаємо, що проведений аналіз буде мати цінність для диференційної діагностики гістологічних форм папілярного раку щитовидної залози.

ВИСНОВКИ

1. У 71 % хворих випадки папілярної карциноми спостерігалися на фоні інших захворювань ЩЗ, що може опосередковано свідчити про збільшений ризик появи осередків злоякісного росту в зобнозмінній тканині ЩЗ.
2. У 71 хворого (39,8 %) ПРЩЗ сполучався з іншою тиреоїдною патологією: у 20 % — з аутоімунним тиреоїдитом, у 14,8 % — з колоїдним зобом, у 5 % — з фолікулярними аденомами. Поєднання ПРЩЗ не з однією, а з кількома тиреоїдними патологіями становило 31,4 %.
3. АІТ частіше зустрічається при аденокарциномі та ПР з циліндричних клітин, а колоїдний зоб — при мікроскопічному раку і фолікулярній формі ПР. Фолікулярна аденома частіше супроводжує фолікулярний варіант ПРЩЗ.
4. Наявність в тканині щитовидної залози численних вогнищевих утворень при ПРЩЗ в більшості випадків вказує на супутню тиреоїдну патологію, а не на мультицентричний ріст злоякісної пухлини.

ЛІТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Daniel R. *J Surg Res* 2008; 150 (1): 49-52. doi: 10.1016/j.jss.2007.09.020.
2. Okani CO, et al. *Niger Med J* 2015; 56 (6): 433-435. doi: 10.4103/0300-1652.171612.
3. Nikiforov YE. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91 (6): 2040-2042.
4. Kang DY, Kim KH, Kim JM, et al. *Thyroid* 2007; 17 (11): 1031-1038.
5. Paparodis R, Imam S, Todorova-Koteva K, et al. *Thyroid* 2014; 24 (7): 1107-1114. doi: 10.1089/thy.2013.0588.
6. Anil C, Goksel S, Gursoy Anil A. *Thyroid* 2010; 20: 601-606. doi: 10.1089/thy.2013.0588.
7. Krátký J. *J Jiskra VnitřLék* 2015; 61 (10): 878-881.
8. Akshay A, KulSingh R, Jitendra KK. *Indian J Surg Oncol* 2014; 5 (3): 199-204.
9. Kim SS. *Head Neck* 2011; 33 (9): 1272-1277. doi: 10.1002/hed.21594.
10. Aleksander K, Marcin B, Wojciech N, Wojciech W. *Langenbecks Arch Surg* 2014; 399 (2): 229-236.
11. Trunin EM, Kerimov JeS, Murt LL. *Vestn c-peterb unta* 2008; 2 (11): 104-110.
12. Ma H, et al. *Pol J Pathol* 2014; 65 (3): 202-209.
13. Kandalova IG. *Uzlovaja transformacija shhitovidnoj zhelezy na fone difuznogo toksicheskogo zoba, Sankt-Peterburg*, 2013: 142 p.

14. Trunin EM. Diffuznyj toksicheskiy zob. Kompleksnaja diagnostika, konservativnaja terapija, hirurgicheskoe lechenie, *Sankt-Peterburg*, 2006: 182 p.
15. Merkulov GA. Kurs patogistologicheskoy tehniki, *Lenin-grad*, 1969: 23.

ЧАСТОТА ПОЄДНАНЬ РІЗНИХ ГІСТОЛОГІЧНИХ ФОРМ ПАПІЛЯРНОГО РАКУ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ З ІНШИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТИРЕОЇДНОЇ ПАРЕНХІМИ

Караченцев Ю. І., Дубовик В. М., Гопкалова І. В., Хазієв В. В.,
Гойденко Н. І., Корчагін Є. П., Сазонов М. Є, Герасименко Л. В.

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського» НАМН України,
м. Харків, Україна
dvn0467@gmail.com

Авторами показано, що в переважній більшості спостережень (71 %) папілярні карциноми формувалися на тлі інших захворювань щитовидної залози. У роботі виявлені основні форми тиреоїдної патології, яка найбільш часто зустрічається при ПРЩЗ і визначена їх частота. Доведено, що в 39,8 % випадках ПРЩЗ поєднувався тільки з одним з наступних захворювань: в 20 % — з аутоімунним тиреоїдитом, в 14,8 % — з колоїдним зобом, в 5 % — з фолікулярними аденомами. Поєднання ПРЩЗ не з однією, а з кількома тиреоїдними патологіями становить 31,4 %. Така висока частота поєднання злоякісної і доброякісної патології в ЩЗ дозволяє припустити, що проліферативні процеси, в результаті яких виникають доброякісні захворювання, можуть змінювати свою спрямованість і призводити до появи клітин з ознаками злоякісності. Тобто, зобнозмінена тиреоїдна тканина більш чутлива до дії різних канцерогенних агентів, таких, як радіаційний, токсичний вплив або порушення нейроендокринної регуляції. При аналізі гістологічних форм ПРЩЗ показано, що АІТ частіше зустрічається при аденокарциномі і ПР з циліндричних клітин, а колоїдний зоб — при мікроскопічному раку і фолікулярній формі ПР. Фолікулярна аденома частіше супроводжує з фолікулярною формою ПРЩЗ. Вважаємо, що проведений аналіз буде мати цінність для диференціальної діагностики гістологічних форм папілярного раку щитовидної залози.

Ключові слова: щитовидна залоза, папілярна карцинома, аутоімунний тиреоїдит, колоїдний зоб, фолікулярна аденома, гістологічні варіанти папілярних карцином щитовидної залози.

FREQUENCY OF COMBINATIONS OF DIFFERENT HISTOLOGICAL FORMS OF PAPILLARY THYROID CANCER WITH OTHER DISEASES OF THE THYROID PARENCHYMA

Yu. I. Karachentsev, V. M. Dubovik, I. V. Gopkalova, V. V. Khaziev,
N. I. Goydenko, Y. P. Korchagin, M. Y. Sazonov, L. V. Gerasimenko

SI «V. Danilevsky Institute of Endocrine Pathology Problems of the NAMS of Ukraine»,
Kharkiv, Ukraine
dvn0467@gmail.com

The authors showed that in the prevailing majority of cases (71 %) papillary carcinomas were formed against the background of other thyroid diseases. In this work, the main forms of thyroid pathology, which is most often found in PTC, were identified and their frequency was determined. It has been proven that in 39.8 % of cases PTC was combined with only one of the following diseases: in 20 % with autoimmune thyroiditis, in 14.8 % with colloid goiter, in 5 % with follicular adenomas. The combination of PTC with not one, but with several thyroid pathologies is 31.4 %. Such a high frequency of combination of malignant and benign pathology in the thyroid gland suggests that the proliferative processes that result in benign diseases can change their direction and lead to the appearance of cells with signs of malignancy. That is, goitre-altered thyroid tissue is more sensitive to the action of various carcinogenic agents, such as radiation, toxic effects or impaired neuroendocrine regulation. In the analysis of histological forms of PTC, it was shown that AIT is more common in adenocarcinomas and PC from cylindrical cells, and colloid goiter in microscopic cancer and follicular PC. Follicular adenoma is more often associated with follicular PTC.

We believe that the analysis will have value for the differential diagnosis of histological forms of papillary thyroid cancer.

Key words: thyroid gland, papillary carcinoma, autoimmune thyroiditis, colloid goiter, follicular adenoma, histological variants of thyroid papillary carcinomas.

**ЧАСТОТА СОЧЕТАНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ
ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТИРЕОИДНОЙ ПАРЕНХИМЫ**

**Караченцев Ю. И., Дубовик В. М., Гопкалова И. В. Хазиев В. В.,
Гойденко Н. И., Корчагин Е. П., Сазонов М. Е., Герасименко Л. В.**

*ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского» НАМН Украины,
г. Харьков, Украина
dvn0467@gmail.com*

Авторами показано, что в подавляющем большинстве наблюдений (71 %) папиллярные карциномы формировались на фоне других заболеваний щитовидной железы. В работе выявлены основные формы тиреоидной патологии, которая наиболее часто встречается при ПРЩЖ и определена их частота. Доказано, что в 39,8 % случаях ПРЩЖ сочетался только с одним из следующих заболеваний: в 20 % — с аутоимунным тиреоидитом, в 14,8 % — с коллоидным зобом, в 5 % — с фолликулярными аденомами. Сочетание ПРЩЖ не с одной, а с несколькими тиреоидными патологиями составляет 31,4 %. Такая высокая частота сочетания злокачественной и доброкачественной патологии в ЩЖ позволяет предположить, что пролиферативные процессы, в результате которых возникают доброкачественные заболевания, могут менять свою направленность и приводить к появлению клеток с признаками злокачественности. То есть, зобноизмененная тиреоидная ткань более чувствительна к действию различных канцерогенных агентов, таких, как радиационное, токсическое воздействие или нарушения нейроэндокринной регуляции. При анализе гистологических форм ПРЩЖ показано, что АИТ чаще встречается при аденокарциномах и ПР из цилиндрических клеток, а коллоидный зоб — при микроскопическом раке и фолликулярной форме ПР. Фолликулярная аденома чаще сопутствует с фолликулярной формой ПРЩЖ.

Полагаем, что проведенный анализ будет иметь ценность для дифференциальной диагностики гистологических форм папиллярного рака щитовидной железы.

Ключевые слова: щитовидная железа, папиллярная карцинома, аутоиммунный тиреоидит, коллоидный зоб, фолликулярная аденома, гистологические варианты папиллярных карцином щитовидной железы.