

Ходенкова А.А.

ОККУЛЬТНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Фридман М. В.,
канд. мед. наук, доц. Брагина З. Н.**

*Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Рак щитовидной железы (РЩЖ) остается одним из наиболее распространенных видов злокачественных новообразований эндокринной системы. В последние десятилетия наблюдается значительный рост заболеваемости папиллярной разновидностью этой карциномы. Известно, что папиллярный РЩЖ метастазирует преимущественно в лимфатические узлы и, редко, в кости и легкие. Как правило, для карциномы характерно узлообразование, плотность и характерная форма первичных и метастатических узлов позволяет выявлять РЩЖ при пальпаторном и сонографическом исследовании. Оккультный рак — это термин, обозначающий скрытый, незаметный рак, который не проявляет себя симптомами и не выявляется стандартными методами скрининга или обследованиями - как правило, карциному диагностируют по результатам аутопсии или на стадии регионарного/ отдаленного метастазирования. Ввиду своей редкости, выявление оккультной папиллярной карциномы (ПКЩЖ) представляет значительные трудности.

Цель: установить клиничко-морфологические особенности оккультного рака ЩЖ в группе пациентов Республиканского центра опухолей щитовидной железы.

Материалы и методы. За период с 1995 по 2022 гг. были выявлены три пациента, у которых был диагностирован оккультный рак. Возраст двоих 66 лет и одного – 81 год. Заболевание дебютировало с метастазов в легких и в костях. При гистологическом исследовании диагностирован папиллярный рак ЩЖ с характерными для него признаками: клеточный полиморфизм, укрупненные, просветлённые клетки с расщепленными и напластовывающимися ядрами, внутриядерные борозды и включения. Для анализа были доступны срезы, окрашенные гематоксилином и эозином, а также использовались антитела к тиреоглобулину (клон 1D4), TTF1 (клон SPT24), Ki-67 (клон MM1), BRAF V600E (PathnSitu Biotechnologies).

Результаты и их обсуждение. У первого из пациентов заболевание манифестировало одиночным метастазом в реберной кости, ПКЩЖ была диагностирована с применением иммуноморфологического метода (тиреоглобулин +, TTF1 +). В самой щитовидной железе очаговых образований клиническими методами исследования не было обнаружено, однако по результатам гистологического анализа операционного материала был выявлен небольшой (6 мм) очаг фолликулярного варианта ПКЩЖ с экспансивным ростом. В метастазе и первичной опухоли гистологическое строение было идентичным.

У второго пациента ПКЩЖ онкоцитарного клеточного состава была установлена по результатам хирургического лечения образования в легком. В щитовидной железе подозрительные на рак узлы не определялись. Тем не менее, морфологически были обнаружены три четко отграниченных узелка фолликулярного строения (1-3 мм), причем в большем из них наблюдалась комбинация фолликулярной и онкоцитарной разновидности ПКЩЖ с единичным фокусом сосудистой инвазии.

Бессимптомное течение легочных метастазов ПКЩЖ у третьего пациента растянулось на 25 лет и только ретроспективный анализ биопсийного исследования опухоли легкого позволил правильно диагностировать заболевание.

Выводы. У всех пациентов первичная опухоль не определялась клиническими методами. ПКЩЖ была представлена мелкими очагами преимущественно фолликулярного строения, в раковых клетках не встречалась повышенная митотическая/ пролиферативная активность, также мутация BRAF V600E не была выявлена, после удаления одиночных метастазов прогрессирования не наблюдалось. Несмотря на наличие органной диссеминации, прогноз ПКЩЖ остается благоприятным даже без применения специальных методов лечения.