

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Проф. Г. И. Володина, доц. Н. И. Любина

Казанский ГИДУВ им. В. И. Ленина

Резюме. Представлен анализ результатов рентгенологического исследования области шеи при раке щитовидной железы у 410 больных. Диагноз рака щитовидной железы во всех случаях верифицирован гистологически. Общепринятые методы рентгенологического исследования (рентгенография, томография, исследование контрастированного пищевода) позволили уточнить положение патологически измененной щитовидной железы и ее отношение к соседним органам. У 27% обследованных обнаружены кальцинаты в тени раковой опухоли щитовидной железы, а у 30% отмечено расширение ретротрахеального пространства. У 8,5% больных установлено прорастание рака щитовидной железы в стенку трахеи и гортань, у 2,4% — прорастание рака щитовидной железы в стенку пищевода. Описаны рентгенологические данные, наблюдаемые при указанной патологии. При раке щитовидной железы целесообразно у всех больных производить рентгенологическое исследование области шеи, а при больших размерах опухоли — рентгенологическое исследование пищевода (даже при отсутствии жалоб на дисфагию).

Ключевые слова: щитовидная железа, рак, рентгенодиагностика.
3 иллюстрации. Библиография: 2 названия.

Общепринятые простые методы рентгенологического исследования дают достаточную информацию для определения распространенности рака щитовидной железы и взаимоотношения патологически измененной щитовидной железы с соседними органами и тканями. Обзорную рентгенографию и томографию в области шеи при раке щитовидной железы целесообразно проводить у всех больных для выявления исходного состояния опухолевого процесса.

В литературе этот вопрос не нашел должного освещения. В связи с этим мы сочли возможным представить результаты многолетних клинико-рентгенологических наблюдений над 410 пациентами со злокачественными опухолями щитовидной железы — 108 мужчинами и 302 женщинами в возрасте от 7 до 82 лет. Лица детского и юношеского возраста составили 6,1% всех больных; 61% приходился на возрастную группу 40—70 лет.

Диагноз у всех больных был верифицирован гистологически или цитологически. Данные рентгенологического исследования сопоставлены с операционными или с результатами аутопсии.

Злокачественные опухоли щитовидной железы были преимущественно эпителиальными, и только у 7 больных при гистологическом исследовании установлена саркома.

Больным производили рентгенографию и томографию шеи в двух проекциях, в показанных случаях — рентгеноскопию и рентгенографию пищевода.

Обзорная рентгенография области шеи дает возможность определить положение патологически измененной железы, ее отношение к трахее, пищеводу, смещение и деформацию этих органов. У 27% больных в раковой опухоли щитовидной железы были обнаружены вкрапления извести, имевшие округлые или овальные очертания; они представляли иногда сферическую тень различной интенсивности. Реже отмечалась группировка отдельных кальцинатов в фигуры. А. И. Бухман (1975) считает возможным по характеру и интенсивности кальцификатов предполагать морфологическую природу опухоли. Так, обызвестления доброкачественных опухолей, по описанию автора, имеют большую плотность, четкие очертания, различные размеры. Интенсивность обызвестления раковой опухоли значительно ниже, отмечается группировка отдельных кальцинатов в линейные фигуры. Вкрапления извести в раковой опухоли щитовидной железы описаны и рядом других авторов [2]. Это дает основание критически подойти к существующему положению о том, что выявление обызвестлений в узловом зобе исключает злокачественный характер поражения.

На боковых рентгенограммах и томограммах шеи удалось проследить ширину ретротрахеального пространства, в норме, как правило, не превышающего 17 мм. У 30% обследованных отмечено расширение ретротрахеального пространства, причем примерно у половины этих больных — до 2,5—3,5 см. Расширение тени ретротрахеального пространства обусловлено инфильтрацией ретротрахеальной клетчатки. Таким образом, этот симптом свидетельствует о распространении рака щитовидной железы за пределы ее анатомических границ.

У 2 больных (0,49%) мы выявили распад раковой опухоли щитовидной железы с образованием полости. На обзорных рентгенограммах области шеи на фоне увеличенной и неоднородной тени щитовидной железы определялась полость с уровнем жидкости. Это очень редкий рентгенологический симптом при раке щитовидной же-

лезы. Мы наблюдали случаи распада раковой опухоли щитовидной железы, прорастание ее в соседние органы и ткани. Но полость с уровнем жидкости мы выявили на обзорных рентгенограммах лишь у этих двух больных.

Убедительными рентгенологическими симптомами опухоли щитовидной железы являются смещения и деформация трахеи. Деформация трахеи, характер ее контуров, ширина просвета могут быть определены на боковых рентгенограммах шеи. Иллюстрацией является приводимое ниже наблюдение.

Ц., 43 лет. Год назад заметила увеличение щитовидной железы. В течение месяца беспокоит одышка, охриплость голоса.

Щитовидная железа увеличена. В нижнем полюсе левой доли и в области перешейка пальпируются единичные плотные узлы. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки в легких и средостении патологии не выявлено. При обследовании ЛОР-органов установлено выпячивание в просвет трахеи ее передней стенки. На обзорных рентгенограммах области шеи отмечается увеличение тени щитовидной железы, она неоднородна, содержит кальцинаты в виде неправильных линейных фигур. На боковой рентгенограмме шеи (рис. 1) на уровне С₆₋₇ — D₁ видна увеличенная тень щитовидной железы с участками обызвествления. Щитовидная железа сдавливает переднюю стенку трахеи. Внутренний контур трахеи неровный, бугристый. Ретротрахеальное пространство не изменено.

Произведена левосторонняя гемитиреоидэктомия, удалена опухоль перешейка. Гистологический диагноз: злокачественная аденома.

Изменения просвета и расположения трахеи значительно лучше выявляются на томограммах шеи. Целесообразно проводить прямые и боковые томограммы с использованием симультанной кассеты.

Мы наблюдали смещение трахеи как в сторону поражения, так и в противоположную. При больших размерах раковой опухоли прозрачность воздушного столба трахеи на прямой томограмме может быть снижена за счет наложения тени увеличенной щитовидной железы. Сужение трахеи может носить компрессионный характер. В этих случаях прослеживается дугообразная девиация с ровными контурами. При раковой инфильтрации стенки трахеи наблюдается утолщение и ригидность ее. Помимо сужения трахеи отмечается неровность и зазубренность контуров. При прорастании опухоли в просвет трахеи наряду с утолщением стенки трахеи в ее просвете определяется дополнительная тень опухоли (рис. 2 и 3).

У 35 больных (8,5%) течение заболевания осложнилось тяжелым расстройством дыхания, что явилось показанием у 16 больных для трахеостомии. В 19 секционных случаях обнаружено прорастание опухоли в стенку трахеи (11), прорастание гортани (2), сдавление гортани опухолью щитовидной железы с распадом (6). Стеноз верхних дыхательных путей наблюдался преимущественно при опухолях высокой степени злокачественности.

Для исключения инфильтрации и прорастания стенки пищевода мы проводили при раке щитовидной железы исследование пищевода с бариевой взвесью как в вертикальном, так и в горизонтальном положениях больного. При опухолях щитовидной железы, не прорастающих в пищевод, за счет увеличения размеров железы наблюдается смещение соответствующего отрезка пищевода кзади и в сторону. Складки слизистой обычно были сохранены или дугообразно искривлялись соответственно сдавлению, в этих случаях продвижение контрастной массы по данному отделу пищевода может быть несколько замедленным. При прорастании пищевода опухолью щитовидной железы стенка последнего становится ригидной, контуры — нечеткими и неровными, а рельеф внутренней поверхности приобретает признаки злокачественности. Сначала описанные изменения распространяются на стенку пищевода, контактирующую с опухолью. Просвет пищевода может быть сужен за счет краевого дефекта наполнения; в двух случаях отмечено циркулярное сужение пищевода.



Рис. 1. Рентгенограмма шеи в боковой проекции больной Ц., 43 лет.

На уровне С₆₋₇ и D₁ увеличенная щитовидная железа с участками кальцификатов сдавливает трахею по передней стенке. Внутренний контур трахеи здесь неровный, бугристый. Ретротрахеальное пространство не изменено.



Рис. 2. Больной К., 33 лет. Рентгенограмма шеи в прямой проекции.

Справа видна тень резко увеличенной щитовидной железы. Воздушный столб трахеи смещен влево, так что его левый контур выходит за край позвоночника.



Рис. 3. Рентгенограмма того же больного в правой боковой проекции.

Выявляется тень увеличенной щитовидной железы, в среднем отделе ее — единичные плотные включения. Просвет трахеи на уровне C_7-D_1 конусовидно суживается за счет сдавления по передней и задней стенкам. Ретротрахеальное пространство на уровне C_7-D_1 расширено. Отмечается сближение подъязычной кости и хрящей гортани за счет давления снизу увеличенной опухолью щитовидной железы.

Прорастание стенки пищевода раковой опухолью щитовидной железы выявлено у 10 больных (2,4%). У 4 из них при тщательном обследовании не было обнаружено регионарных и отдаленных метастазов. Эти наблюдения подтверждают целесообразность в случаях больших размеров опухоли щитовидной железы производить рентгенологическое исследование пищевода даже при отсутствии жалоб на дисфагию.

Мы надеемся, что представленный анализ клинико-рентгенологических наблюдений будет способствовать своевременной и правильной интерпретации данных рентгенологических исследований области шеи при раке щитовидной железы, а тем самым — и выбору оптимального варианта терапии. На основании своих наблюдений рекомендуем проводить рентгенологическое обследование всех больных с поражением щитовидной железы при подозрении на малигнизацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухман А. И. Рентгенодиагностика в эндокринологии. М., «Медицина», 1975.
2. Рохлин Д. Г., Задворнова В. П. Ионизирующее излучение в диагностике и лечении рака щитовидной железы. М., «Медицина», 1972.

Поступила 1 декабря 1977 г.

УДК 618.14—006.36

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОМЫ МАТКИ

Канд. мед. наук И. М. Мазитов, Л. М. Мингалеева

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Обобщены данные многолетних наблюдений над больными миомой матки. В выявлении этой патологии большую роль играют профосмотры. Женщины, подвергшиеся сочетанной операции миомэктомии и овариоэктомии, подлежат дис-