

1. Волкова М. А. и Алексеева С. И. ВОРЛ, 1953, 3.—2. Гремидов В. А. Вopr. онкол., 1962, 11.—3. Загорянская-Фельдман В. А. ВОРЛ, 1951, 2.—4. Зимонт Д. И. ВОРЛ, 1953, 3.—5. Клепикова-Троицкая Т. М. Вестн. рентген. и радиол., 1954, 5.—6. Коломнин С. П. Перевязка наружной сонной артерии. Двусторонняя ее перевязка при новообразованиях. СПб, 1883.—7. Левин Я. Ф., Розенгауз Д. Е. и Янкелевич М. Е. ВОРЛ, 1955, 2.—8. Папilian Н. П. Вopr. клин. и экспер. онкол., 1959, 3.—9. Раков А. И. Нов. хир. арх., 1934, 2.

Поступила 14 июня 1963 г.

УДК 616.441—616—006.6

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДЕТСКОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н. И. Любина

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Ряд зарубежных авторов указывает на увеличение частоты злокачественных опухолей щитовидной железы у детей за последние 15 лет (от 6,5% до 11% к числу взрослых, оперированных по поводу злокачественных опухолей данной локализации, — Даффи и Фитцджеральд, Дайли и Линдсей, Хорн и Равдин, Баквальтер).

В отечественной литературе до 1959 г. опубликованы единичные наблюдения рака щитовидной железы в детском и юношеском возрасте (В. А. Картавин, А. А. Омеляшко, Ш. Р. Топурия с соавт., Д. Д. Соколов, Н. Г. Цариковская).

За последние пять лет в отечественной литературе опубликовано свыше 80 случаев рака щитовидной железы у лиц моложе 20 лет (от 4,3% до 7,1% всех случаев рака данной локализации — Е. А. Жуков, Ф. А. Агафонов, М. М. Алишбеков, Д. И. Гнатышек, Н. П. Маслов).

В клинике хирургии и онкологии Казанского ГИДУВа с 1946 по 1964 гг. находилось на лечении 187 больных раком щитовидной железы, среди них 10 (5,3%) в возрасте от 8 до 19 лет. Девочек было 6, мальчиков — 4.

У больных в возрасте до 20 лет, оперированных в клинике за этот же период по поводу зоба, злокачественные опухоли оказались в 26,3%, доброкачественные (аденомы) — в 13,1%, узловый нетоксический зоб — в 16%.

О высоком проценте рака щитовидной железы среди детей, оперированных по поводу узлового нетоксического зоба, сообщают многие авторы (С. Б. Пинский и А. П. Калинин — 22%; Хайлес — 35,4%; Вард — 47%; Дайли и Линдсей — 59%).

Наличие у детей узлов в щитовидной железе, независимо от их размера, должно возбудить подозрение в отношении рака. Длительное наблюдение угрожает задержкой лечения рака. Одиночные аденомы щитовидной железы у детей не исчезают, прогрессиивно растут и могут подвергнуться озлокачествлению. Оперативное удаление их является важнейшим методом профилактики рака.

В возникновении рака щитовидной железы многие авторы придают большое значение ионизирующей радиации. Даффи и Фитцджеральд сообщают, что из 28 детей, страдавших раком щитовидной железы, 9 в раннем детстве подвергались рентгенотерапии по поводу гиперплазии вилочковой железы. По сводным данным Уиншипа и Росволя, из 562 детей, страдающих раком щитовидной железы, у 80% проводилась рентгенотерапия в раннем детстве по поводу различных заболеваний области шеи и грудной клетки. По наблюдениям Стевард, злокачественные опухоли, включая лейкеозы, встречаются чаще у детей, матери которых подвергались во время беременности рентгенологическому обследованию.

Однако у наблюдаемых нами 187 больных раком щитовидной железы (из которых 10 моложе 20 лет) облучение с терапевтической целью в прошлом не производилось.

Злокачественным новообразованиям щитовидной железы в детском и юношеском возрасте свойственны: медленный рост первичной опухоли, раннее появление метастазов в регионарных лимфатических узлах шеи и сравнительно редко — гематогенное метастазирование.

Из 10 детей и юношей, страдающих раком щитовидной железы, 7 были направлены в стационар по поводу увеличения лимфатических узлов на шее (односторонние — у 5, двусторонние — у 2). Увеличение лимфатических узлов на шее явилось первым симптомом рака щитовидной железы, обратившим внимание родителей или врачей. У 5 больных эти данные послужили основанием к установлению диагноза туберкулезного лимфаденита и длительной терапии, у 2 — лимфогранулематоза. От момента обнаружения лимфатических узлов на шее и до поступления в стационар прошло около месяца — у 2; 1,5 лет — у 1; 2 лет — у 1; 3 лет — у 2 и 4 лет — у 1 больного.

Анамнестические данные не могут служить критерием продолжительности заболевания. Приводим наше наблюдение.

К., 3 лет, поступил с диагнозом «лимфогрануломатоз» 27/1 1963 г. Около месяца назад при врачебном осмотре было выявлено двустороннее увеличение лимфатических узлов на шее.

Голос хриплый, дыхание затрудненное.

На шее по ходу кивательных мышц множественные увеличенные, плотные, ограниченно подвижные лимфатические узлы. В области перешейка щитовидной железы определяется доскообразная неподвижная опухоль, расположенная большей своей частью за грудинную вырезку. Боковые доли щитовидной железы отчетливо не пальпируются.

Парез обеих голосовых связок. Голосовая щель резко сужена.

Накопление радиоiodа (J^{131}) в щитовидной железе: через час — 4%, 4 часа — 6%, 24 часа — 10% от введенной активности изотопа.

При микроскопическом исследовании пунктаты лимфатического узла определяются эпителиальные клетки с выраженной атипией и полиморфизмом.

Клинико-цитологический диагноз: рак щитовидной железы, метастазы в лимфатических узлах шеи.

Ввиду выраженного расстройства дыхания от рентгенотерапии решено воздержаться.

Операция под интратрахеальным наркозом. Щитовидная железа плотно охватывает трахею со всех сторон. Опухоль прорастает капсулу железы и передние мышцы шеи. Множественные метастазы вдоль сосудистых пучков. Произведена тиреоидэктомия с удалением передних мышц шеи и частичная эксцизия лимфатических узлов с обеих сторон. Радикальное удаление метастазов оказалось невозможным ввиду прорастания опухолевой ткани в обе внутренние яремные вены. В конце операции наложена трахеостома.

После операции проведена радиоiodтерапия (J^{131}) — 18 мс.

Гистологический диагноз: солидный рак (доц. Н. А. Ибрагимова).

Приведенное наблюдение показывает, что рак щитовидной железы в детском возрасте протекает коварно. Первичная опухоль щитовидной железы длительное время остается незамеченной. Метастазы в лимфатических узлах шеи не влияют на самочувствие больных, температуру тела и картину крови. Даже такие грозные симптомы, как изменение тембра голоса и одышка, обусловленные распространением опухолевого процесса, не фиксируют внимания больных в этом возрасте, что и служит причиной позднего обращения и диагностических ошибок.

5 больных с метастазами рака в лимфатические узлы шеи длительно подвергались противотуберкулезной терапии. Щитовидная железа у этой группы больных не привлекала внимания. Между тем, при клиническом обследовании увеличение щитовидной железы у 4 больных было III ст, у 1 больного — II ст. При пальпации щитовидной железы у всех 5 больных определялись узлы размером от горошины до сливы (в области перешейка — у 1, правой доли — у 2, левой доли — у 1 и в обеих долях — у 1). Одиночные узлы обнаружены у 4 больных, множественные — у одного.

У 3 больных первым клиническим проявлением рака щитовидной железы был узловой зоб. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Ш., 18 лет, поступила 8/IV 1946 г. с рецидивом опухоли щитовидной железы. В 10-летнем возрасте появился быстро растущий узел в правой доле железы. В 13-летнем возрасте оперирована по поводу зоба. Через 2—3 года вновь возник узел в правой доле железы. Появились хрипота, одышка, утомляемость, головные боли.

Увеличение щитовидной железы IV ст. Поверхность ее бугристая, консистенция плотноэластическая, смещаемость ограничена. Опухоль в области перешейка фиксирована к трахее, нижний полюс спускается за грудинную вырезку. По обеим сторонам шеи конгломерат неподвижных лимфатических узлов.

Правая половина гортани неподвижна. В легких и сердце изменений не определяется.

Рентгенотерапия с 3 полей. Суммарная доза 4000 р.

Под местной инфильтрационной анестезией произведена резекция перешейка железы с целью декомпрессии трахеи. Радикальная операция оказалась невозможной ввиду прорастания правой подключичной вены и левой внутренней яремной вены. После операции дополнительно проведена рентгенотерапия — 3800 р.

По сведениям родственников, больная погибла через 1,5 года от распада опухоли и кровотечения.

Гистологический диагноз: папиллярная аденокарцинома с инфильтративным ростом (проф. И. П. Васильев).

В данном случае, вероятно, с самого начала была злокачественная опухоль щитовидной железы, симулирующая узловый зоб. Об этом говорят следующие данные: узловой нетоксический зоб у детей встречается редко, появление рецидива опухоли после операции в той же доле железы и, наконец, папиллярное строение опухоли, для которой характерно медленное, но прогрессирующее течение.

Учитывая трудность дифференциальной диагностики между узловым зобом и раком щитовидной железы, необходимо тщательное гистологическое исследование удаленного зоба и дальнейшее наблюдение за больными.

Клиническая картина и течение рака щитовидной железы у детей и юношей в значительной мере зависят от морфологического строения опухоли.

Наиболее частыми заболеваниями, от которых приходится дифференцировать рак щитовидной железы, являются первичные заболевания лимфатических узлов на шею, узловой зоб и изредка тиреоидит и струмит. Пальпация позволяет выявить опухоль даже в неувеличенной щитовидной железе. При наличии увеличенных лимфатических узлов на шею необходимо помнить о возможности метастатического их характера при раке щитовидной железы. Для распознавания природы увеличенных лимфатических узлов большое значение имеет пункционная биопсия. Цитологическая картина метастатического рака имеет ряд особенностей, которые позволяют в большинстве случаев правильно определить их характер. Элементы нормального лимфатического узла вытесняются чуждыми для этой ткани эпителиальными клетками, имеющими различную степень дифференцировки. При помощи пункционной биопсии лимфатических узлов на шею нам удалось выявить метастазы рака щитовидной железы у 4 детей, у которых характер заболевания до цитологического исследования был неясным.

В комплексе клинических исследований больных раком щитовидной железы имеет большое значение изучение функции щитовидной железы. С этой целью, помимо определения основного обмена, нами у 4 больных была проведена радиоiodная диагностика J^{131} . Степень 24-часового накопления йода тканью щитовидной железы составляла: 10%, 11,8%, 23,5% и 26% от введенной активности изотопа. Сопоставление степени накопления йода J^{131} с гистологическими структурами удаленных опухолей при операции показало, что йод слабо связывал опухоли солидного строения рака. У 2 больных со злокачественной аденомой и папиллярной цистоаденокарциномой степень накопления J^{131} соответствовала нормальной.

По-видимому, функция щитовидной железы у детей, как и у взрослых, больных раком, находится в зависимости от степени дифференциации клеточных структур опухоли и сохранившихся фолликулов.

Радиоизотопная диагностика при злокачественных опухолях щитовидной железы у детей позволяет наметить более рациональный индивидуальный план лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алишбеков М. М. *Вопр. онкол.* 1960, 1. — 2. Агафонов Ф. А. *Хирургия.* 1960, 5. — 3. Гнатышек А. И. *Рак щитовидной железы.* УССР, 1962. — 4. Жуков Е. А. *Вопросы клиники, морфологии и лечения злокачественных новообразований щитовидной железы.* Автореф. дисс. Свердловск, 1959. — 5. Картавин В. А. *Нов. хир. арх.* 1940, 47, 3 — 6. Омеляшко А. А. *Врач. дело.* 1953, 7. — 7. Пинский С. Б. и Калинин А. П. *Вопр. онкол.* 1964, 3. — 8. Соколов Д. Д. *Эндокринные заболевания у детей и подростков.* Медгиз, 1957. — 9. Топурия Ш. Р., Чачава М. К., Джандиери Н. Р. *Злокачественные опухоли щитовидной железы.* Тр. центр. зобной ст. Тбилиси, 1949. — 10. Маслов Н. П. *Материалы XVIII научной сессии НИИ им. П. А. Герцена,* 1963. — 11. Buckwalter S. A. *Clin. Endocrin.* 1955, 15, 11, 1437—1952. — 12. Duffu S., Fitzgerald P. *Clin Endocrin.* 1950, 10, 10, 1296—1308. — 13. Daley M. E., Lindsay S. *Pediatrics.* 1950, 36, 4, 460—465. — 14. Ward R. *Am. S. Surg.* 1955, 90, 2, 338—344. — 15. Horn R. C., Rawdin S. *Endocrin.* 1951, 11, 10, 1166—1178. — 16. Wiship T., Chase W. *Surg. Gynec. Obstet.* 1955, 101, 2, 217. — 17. Wisrip T., Roswol R. *Cancer.* 1961, 14, 4, 734—743.

УДК 616.24—002.5—616—006

О СОЧЕТАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА И РАКА ЛЕГКОГО

И. И. Неймарк и Д. А. Наймарк

(Барнаул)

До последнего времени нет единства взглядов о частоте сочетания рака и туберкулеза легких.

Из 220 больных раком легкого, находившихся на лечении в нашей клинике, у 3 (1,36%) обнаружены одновременно и туберкулезные изменения в легких. По секционным данным различных прозектур г. Барнаула, изученных нами за 10 лет, сочетание рака и туберкулеза установлено у 9 из 130 больных, умерших от рака легкого (6,9%). Таким образом, мы располагаем данными о 12 больных (10 мужчин и 2 женщины), у которых имелось одновременное поражение легких раком и туберкулезом. Все больные были в возрасте старше 40 лет. У 7 больных рак сочетался с очаговым туберкулезом, у 3 — с фиброзно-кавернозным, у одного — с инфильтративным и у одного — с гематогенно-диссеминированным.

У всех наших больных стороны поражения раком и туберкулезом совпадали, а при двустороннем туберкулезе опухоль развивалась на стороне более массивного распространения специфического процесса.

У 9 больных обнаружен центральный рак, у 3 — периферический (у одного из последних — полостная форма). По гистологическому строению преобладал плоскоклеточный рак.