

Наиболее частыми заболеваниями, от которых приходится дифференцировать рак щитовидной железы, являются первичные заболевания лимфатических узлов на шее, узловой зоб и изредка тиреоидит и струмит. Пальпация позволяет выявить опухоль даже в неувеличенной щитовидной железе. При наличии увеличенных лимфатических узлов на шее 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 шее 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 цистаденокарциномой 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. *Pediatric.* 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 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.

Наличие обызвествленных очагов и цирротических форм туберкулеза у рассматриваемой группы больных не оставляет сомнения в том, что туберкулез предшествовал раку.

Клинически комбинированное поражение легкого раком и туберкулезом установлено лишь у 4 больных, у 7 пациентов диагностирован туберкулез и просмотрен рак, у одного больного раком легкого не был распознан туберкулез.

Анализ литературных данных и собственных наблюдений позволил нам составить следующую таблицу дифференциально-диагностических признаков изолированного туберкулеза легких и сочетания рака с туберкулезом.

Признаки болезни	Туберкулез	Сочетание туберкулеза и рака легких
Боли	Ноющие, непостоянные, часто зависят от акта дыхания. Зоны гипералгезии кожи, как правило, не выражены.	Интенсивные, нарастающие, постоянные. Часто определяется большая зона гипералгезии кожи.
Одышка	Выражена при значительном распространении процесса или массивном выпоте в плевральной полости.	Выражена часто даже при небольшой величине опухоли.
Кровохарканье	Как правило, наблюдается при обострении процесса. Часто имеет место кровотечение.	Значительно чаще (почти вдвое), чем при туберкулезе. Кровотечение бывает реже.
Локализация процесса	Чаще поражена верхняя доля — верхушечный и задний сегменты.	В любом участке легкого, чаще в верхней доле и в верхушечном сегменте нижней доли.
Мокрота	Туберкулезные палочки и эластические волокна.	Атипичные клетки, нередко туберкулезные палочки и эластические волокна.
Кровь	Наклонность к лимфоцитозу, РОЭ умеренно ускорена.	Наклонность к лейкоцитозу, лимфопении. Нерезко выражена анемия. РОЭ часто значительно ускорена.
Рентгенологическая картина	Очаговые, полостные, инфильтративные, цирротические изменения. Часто наблюдается обызвествление лимфоузлов корня легкого.	На фоне туберкулезных изменений наличие прикорневой тени или ателектаза (при центральном раке), гомогенной тени с неровными контурами в легочном поле (при периферическом). Опухолевидное увеличение лимфоузлов корня.
Данные бронхоскопии	Слизистая бронха гиперенирована и инфильтрирована, иногда обнаруживаются язвы с покрытым казеозом дном, иногда фиброзный стеноз. Стенка бронха сохраняет свою подвижность.	При эндобронхиальном росте рака обнаруживается блесоватого цвета опухоль, иногда в виде цветной капусты, заполняющая просвет бронха при перибронхиальном росте — просвет пораженного бронха сужен, стенка его плотна и ограничена в подвижности.
Похудание, слабость	При далеко зашедшем процессе.	Встречаются часто.
Специфическое противотуберкулезное лечение	Эффективно.	Неэффективно.

Приведенная таблица является лишь рабочей схемой, которая может помочь в проведении дифференциальной диагностики.