

1. Альперович А. П. Журн. невропатол. и психиатр., 1977, 8. — 2. Ерохина Л. Г. Лицевые боли. М., Медицина, 1973. — 3. Ласков В. Б. а) Современные методы исследования в неврологии и психиатрии. Курск, 1977, т. 1; б) Сов. мед., 1978, 7. — 4. Пирогова Л. П., Фарбер Ф. М. Здравоохран. Казахстана, 1978, 6. — 5. Юдельсон Я. Б. Вторичная контрактура мимических мышц. Автореф. докт. дисс., М., 1978. — 6. Яруллин Х. С. Клиническая реоэнцефалография. М., Медицина, 1977.

Поступила 3 июня 1980 г.

УДК 616.441—006.6—033.2:611.24:616—073.75

КЛИНИКА И РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА МЕТАСТАЗОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕГКИЕ

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

Кафедра рентгенологии-радиологии (зав.—проф. Г. И. Володина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Описаны клинико-рентгенологические проявления метастазов рака щитовидной железы в легкие у 68 больных; выделены 3 рентгенологические формы метастазов: шаровидные, узелковые и раковый лимфангоит.

Ключевые слова: щитовидная железа, рак легких, метастазы, рентгенодиагностика.

4 иллюстрации.

Рак щитовидной железы по частоте метастазирования в легкие занимает второе место после рака молочной железы. Клинические и рентгенологические проявления метастазов рака щитовидной железы в легкие весьма многообразны и характеризуются рядом особенностей; диагностика представляет известные трудности, особенно в случаях, когда первичный раковый очаг не установлен.

В выявлении метастазов в легкие и определении их распространенности ведущая роль принадлежит рентгенологическому методу исследования. Интерпретация рентгенологических данных проводится с учетом клиники заболевания и результатов морфологических и лабораторных исследований.

Нами были обнаружены метастазы в легких у 68 из 410 больных раком щитовидной железы (16,6%). Они часто сопровождаются диссеминацией в другие органы. Так, у 30 больных метастазы в легкие сочетались с регионарными метастазами в лимфатические узлы шеи, у 13 — с метастазами в кости, у 4 — с метастазами в плевру, у 3 — в надпочечники, у 2 — в почки, поджелудочную железу и диафрагму.

Наиболее часто метастазы в легкие наблюдались у лиц старше 40 лет. Вместе с тем они встречаются и у больных моложе 30 лет, как правило, у подвергшихся нерадикальному оперативному вмешательству, на что указывают ранние рецидивы опухоли щитовидной железы, появившиеся на сроках от 6 мес до 1,5 лет после операции.

Прслежена зависимость частоты метастазирования в легкие от морфологической структуры опухоли щитовидной железы. У 27 из 68 больных первичная опухоль представляла собой аденокарциному, у 10 — папиллярную аденокарциному, у 13 — низкодифференцированный и у 7 — солидный рак, у 4 — злокачественную аденому, у 6 — неклассифицированный рак, у одной больной — рак Гюртля. Таким образом, наибольшее количество метастазов в легкие приходится на опухоли, мало связывающие или вовсе не связывающие радиоактивный йод. У больных старше 40 лет опухоли отличались высокой степенью злокачественности, чем и объясняется частота метастазов в легкие у лиц среднего и пожилого возраста.

Сроки появления метастазов рака щитовидной железы в легкие различны. У 18 больных они колебались от 3 до 10 лет после операции. Приводим наблюдение над больной, у которой был самый длительный период развития метастазов в легких после удаления рака щитовидной железы — 10 лет.

Ф., 29 лет, направлена в онкологический стационар с диагнозом: лимфогранулематоз (1960 г.). Увеличение лимфатических узлов на шее справа появилось года три назад: они медленно увеличивались, расстройств никаких не вызывали. Общее состояние хорошее, температура нормальная.

Множественные лимфатические узлы расположены над правой ключицей и вдоль сосудистого пучка. Консистенция их плотноэластичная, подвижность несколько огра-

ничена. В нижнем полюсе правой доли щитовидной железы определяется плотный узел 3×3 см. Смещаемость его ограничена. При цитологическом исследовании пунктата одного из лимфатических узлов обнаружены комплексы эпителиальных полиморфных клеток, полихромазия. Предоперационный диагноз: рак щитовидной железы с метастазами в лимфатические узлы шеи.

Произведена гемитиреоидэктомия справа с удалением перешейка и частичной резекцией левой доли. Удалены лимфатические узлы справа вместе с кивательной мышцей, резецирована внутренняя яремная вена.

Гистологический диагноз: папиллярная аденокарцинома в основной опухоли и метастазах. Проведена послеоперационная гамматерапия. Гормонотерапия.

На протяжении 10 лет после операции Ф. находилась под нашим наблюдением, оставаясь практически здоровой, работоспособной. Затем появилась слабость, субфебрильная температура, одышка при физическом напряжении. При очередном клиническом обследовании рецидива опухоли не обнаружено. Анализ крови: эр— $4,05 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб. 1,8 ммоль/л, л.— $7,3 \cdot 10^9$ в 1 л, э.—1%, п.—7%, с.—63%, лимф.—25%, мон.—4%, СОЭ 32 мм/ч. При рентгенологическом исследовании легких в средних и нижних отделах справа и слева на фоне сетчато-петлистого деформации сосудисто-интерстициального рисунка определяется мелкоузловая диссеминация (метастазы рака щитовидной железы в легкие по типу узелковой диссеминации, см. рис. 1).

Проведен курс химио- и гормонотерапии. Общее состояние больной улучшилось.

В то же время метастатическое поражение легких может быть первым проявлением рака щитовидной железы.

У одной из наблюдаемых нами больных, С., 48 лет, в связи с развившимся недомоганием, субфебрильной температурой было произведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки в октябре 1974 г. Справа в верхней доле определялся одиночный круглый узел 3 см в диаметре, контуры его были несколько бугристыми. Предположено наличие солитарного метастаза в легкое или шаровидного рака. При клинико-лабораторном обследовании в Республиканском онкологическом диспансере первичный раковый очаг не был установлен. Произведена лобэктомия. Гистологическое заключение — метастаз рака щитовидной железы.

Приводимое наблюдение свидетельствует и о трудностях дифференциальной диагностики солитарных метастазов рака щитовидной железы, особенно в случаях, когда первичный раковый очаг не выявлен. В отличие от шаровидного рака, для одиночного метастаза характерна округлая форма и ровные контуры, отсутствие дорожки к корню легкого (рис. 2). У С. округлая солитарная тень в легком имела несколько бугристые контуры, что может наблюдаться при больших размерах метастатической опухоли.

Клинические проявления метастатических опухолей легких зависят не только от выраженности и рентгеноморфологического характера метастазов, но также от распространенности первичной опухоли и сопутствующих метастазов в других органах. У большей половины больных отмечалось повышение температуры до субфебрильной и фебрильной. Частым симптомом был кашель, сухой или с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты. У 3 больных было массивное легочное кровотечение. Примерно у $1/3$ больных отмечалась незначительная одышка, более выраженная в случаях развития плеврита.

Анализируя наши наблюдения, мы могли отметить в ряде случаев несоответствие распространенности поражения и интенсивности жалоб больных. При наличии обширных очаговых изменений в легких жалобы могут быть незначительными, и только при рентгенологическом исследовании выявляется характер и степень метастатического поражения легких.

М., 30 лет, поступила в Республиканский онкологический диспансер по поводу опухоли левой доли щитовидной железы и конгломерата плотных лимфатических узлов на шее слева. Опухоль на шее появилась два года назад. Заметно увеличилась во время беременности. К врачу М. не обращалась, лечилась компрессами.

Шея асимметрична. В левой доле щитовидной железы имеется крупный узел размером 8×6 см, плотный, ограниченно подвижный. Второй узел, 2×2 см, — у грудино-ключичного сочленения. Множественные увеличенные, плотные, малоподвижные лимфатические узлы на шее слева.

ЛОР-органы: ограничение подвижности левой стенки гортани. В легких патологических теней не обнаружено. При рентгенологическом исследовании шеи выявлено нарушение дифференциации мягких тканей, незначительное смещение трахеи вправо, стенки ее не деформированы, ровные. В тени увеличенной левой доли щитовидной железы определяются единичные кальцификаты.

При цитологическом исследовании пунктата из лимфатического узла диагностирован метастаз рака. Беременность два месяца. Через месяц после прерывания беременности М. вновь поступила в онкологический стационар. При определении функции щитовидной железы с помощью ^{131}I накопление его в правой доле щитовидной



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма легких. На всем протяжении обоих легких, больше в средне-нижних отделах, определяется мелкоузловая диссеминация рака щитовидной железы на фоне сетчатого бронхосудистого рисунка.

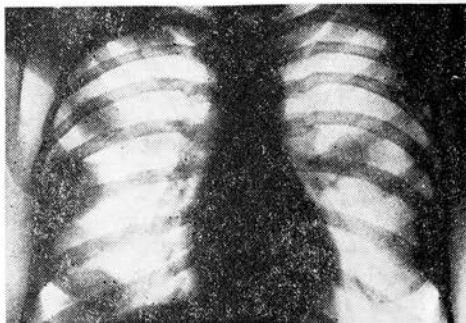


Рис. 2. Обзорная рентгенограмма легких. В обоих легких выявляются множественные шаровидные метастазы рака щитовидной железы размером от 2 до 3,5 см в диаметре.

железы через 1 час составило 2%, через 2 ч — 3%, через 4 ч — 8%, через 6 ч — 6%, через 24 ч — 15%; в левой доле — соответственно 2%, 3%, 5%, 4%, 4%.

Произведена гемитиреоидэктомия слева и резекция правой доли с удалением в одном блоке лимфатических узлов, кивательной мышцы, внутренней яремной вены и клетчатки.

Гистологический диагноз: солидная форма рака левой доли щитовидной железы, метастазы в лимфатических узлах. Назначены послеоперационная телегамматерапия в суммарной дозе 4500 рад, тиреоидин. Через два года М. поступила в стационар на обследование. Анализ крови: эр. $3,95 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb 1,8 ммоль/л, л. $10 \cdot 10^9$ в 1 л, э. — 1%, п. — 6%, с. — 70%, лимф. — 20%, мон. — 3%; СОЭ 31 мм/ч. На шее в области бывшего операционного поля рецидива опухоли и метастазов не обнаружено.

При рентгенологическом исследовании легких выявлены множественные округлые, размером от 2 до 3,5 см в диаметре, четко очерченные тени метастазов на всем протяжении легкого справа и одиночные слева (рис. 3).

У 11 наблюдаемых больных метастазы рака щитовидной железы в легкие протекали бессимптомно и были обнаружены при контрольном рентгенологическом исследовании. Эти наблюдения свидетельствуют о необходимости регулярного клинкорентгенологического обследования лиц, оперированных по поводу рака щитовидной железы.

В зависимости от рентгенологического проявления метастазов рака щитовидной железы в легкие мы сочли целесообразным различать следующие их формы: 1) шаровидные метастазы, 2) узелковые метастазы, 3) раковый лимфангоит.

Шаровидные метастазы выявлены у 26 больных, они достигают 2—5 см в диаметре, бывают солитарными и множественными (рис. 2).

Узелковые метастазы (31 больной) характеризуются наличием узелковых диссеминаций различной величины: мелкоузловая, среднеузловая и крупноузловая диссеминации. При мелкоузловой диссеминации величина узелков не превышает

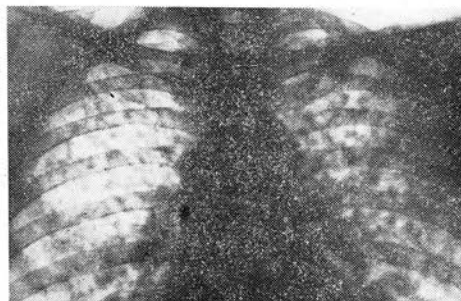


Рис. 3. Обзорная рентгенограмма легких. На всем протяжении легких с обеих сторон определяется среднеузловая диссеминация метастазов рака щитовидной железы.



Рис. 4. Обзорная рентгенограмма легких. Преимущественно в средне-нижних отделах легких раковый лимфангоит (метастазы рака щитовидной железы).

2—5 мм в диаметре (рис. 1). Они четко очерчены, располагаются обычно симметрично по легочным полям на фоне сетчатого рисунка. Наибольшая частота высываний — в средне-нижних отделах легких. При среднеузелковой диссеминации (рис. 3) диаметр узелков достигает 6—10 мм, они имеют округлую форму и четкие очертания. При крупноузелковой диссеминации величина узелков — от 14 до 20 мм в диаметре. Отмечено, что среднеузелковая и крупноузелковая диссеминации выявляются на более спокойном фоне легочных полей, без сетчатого рисунка.

Раковый лимфангоит (11 больных) проявляется в виде тяжисто-сетчатой деформации сосудисто-интерстициального рисунка (рис. 4) преимущественно в средне-нижних отделах легких, симметрично с обеих сторон. Эта форма метастазов рака щитовидной железы встречается редко и является как бы предстадией мелкоузелковой диссеминации, когда в последующем на фоне сетчато-петлистого рисунка выявляются мелкие узелковые тени.

Множественные метастазы рака щитовидной железы в легкие наблюдаются чаще, чем одиночные, и темпы роста их весьма различны. Обычно при метастатических опухолях легких прогрессирование клинической и рентгенологической картины происходит быстро и изменение рентгенологических данных отмечается примерно через 2 нед — 2 мес. Метастазы рака щитовидной железы в легкие в этом отношении составляют исключение. Когда метастатическое поражение легких является единственным проявлением рака щитовидной железы, клиническое и рентгенологическое течение может быть весьма длительным. В случаях выраженной диссеминации, когда имеются множественные метастазы в другие органы, усугубляется общее состояние больного и ускоряются темпы развития метастазов в легких.

В заключение следует отметить, что изучение особенностей клинико-рентгенологического течения метастазов рака щитовидной железы в легкие будет способствовать правильной диагностике их, а следовательно — и рациональной терапии.

Поступила 28 апреля 1979 г.

УДК 618.146—006.6—089.168

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Доц. М. И. Слепов, З. Т. Крылова, Л. М. Ларионова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и Республиканский онкологический диспансер (главврач—заслуж. врач РСФСР и ТАССР А. К. Мухамедьярова)

Реферат. Анализ результатов лечения 124 больных раком шейки матки 1 стадии показал, что при глубине инвазии до 3 мм объем хирургического вмешательства можно без риска для здоровья и жизни больной сократить до простой экстирпации матки.

Ключевые слова: преklinическая форма рака, глубина инвазии, 1а и 1б стадии.

1 таблица. Библиография: 1 название.

В последние годы обсуждается вопрос о возможности сокращения объема лечебных мероприятий у больных с начальным инвазивным раком шейки матки (Кр. Юрков, Т. М. Григорова, 1980). В настоящей работе обобщен наш опыт лечения больных раком шейки матки 1 ст. Из 124 таких больных, поступивших в онкогинекологическое отделение диспансера в течение 1972—1977 гг., у 59 прослежены результаты лечения на сроках от 5 до 7 лет и у 65 — от 3 до 4 лет. Преklinическая стадия (1а с инвазией до 5 мм) была у 59 больных, клинически выраженная (1б) — у 65. Средний возраст больных — 44,5 лет. Диагноз преklinического рака основывался на данных цитологического и кольпоскопического исследований, а также гистологического изучения ткани, удаленной при электроконизации шейки матки, либо его ставили ретроспективно, на основании гистологического исследования препаратов удаленной матки после операции. У 47 больных с 1а стадией глубина инвазии была до 3 мм и у 12 — от 3 до 5 мм.

Согласно международной классификации, преklinическая инвазивная карцинома не может быть выявлена при обычном гинекологическом исследовании. Однако проведенный нами тщательный анализ показал, что из 47 больных с инвазией до 3 мм