

С. О. НИКОГОСОВА, А. М. ИГИТХАНЯН

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАЗА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В МЯГКИЕ ТКАНИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

По имеющимся статистическим данным, опухоли челюстей занимают немалое место в онкологической практике, составляя около 3,2% общего числа опухолей других локализаций [4].

Практически все опухоли челюстей можно подразделить на 2 большие группы: 1. Одонтогенные—опухоль зубного происхождения и 2. Неодонтогенные—опухоль, исходящие из кости или окружающих челюсти мягких тканей. Одонтогенные опухоли, как правило, доброкачественные, хотя некоторые из них при нерадикальном удалении рецидивируют, изредка даже злокачественно перерождаются, как, например, адамантинномы. Неодонтогенные опухоли бывают как добро-, так и злокачественные. По отношению ко всем злокачественным опухолям опухоли челюстей составляют 1—2%.

Кроме вышеотмеченных опухолей в челюстных костях (больше в нижнечелюстной кости) встречаются также и метастатические опухоли, преимущественно метастазы аденомы предстательной, щитовидной и грудных желез, но такие случаи сравнительно редки: так, по данным Института онкологии АМН СССР, они равны 0,99% по отношению ко всем злокачественным опухолям. Как первичный рак среди больных у одного был рак щитовидной железы, у другого больного—рак молочной железы, а у третьего—забрюшинная цистобластома.

Диагностировать как клинически, так и рентгенологически эти случаи метастазирования трудно. Решающую роль в этом играет патогистологическое исследование.

В Институте травматологии и ортопедии Министерства здравоохранения Арм. ССР за период с 1946 г. по январь 1963 г. через отделение челюстно-лицевой хирургии прошли 340 больных с опухолями челюстей, из них 26 больных были со злокачественными опухолями и 314—с доброкачественными, причем из числа доброкачественных опухолей у 136 больных опухоли были одонтогенного происхождения, а 178—неодонтогенного.

Из вышеотмеченных 26 больных со злокачественными опухолями челюстей мы имели 3 случая метастатических опухолей, б-ой Б. Г. 68 лет—с метастазом аденомы предстательной железы в правую половину нижней челюсти, б-ная А. В. 54 лет—с метастазом аденомы малигнум щитовидной железы в нижнюю челюсть слева, б-ная С. А. 36 лет—с метастазом рака щитовидной железы в мягкие ткани нижней челюсти справа).

Опухоли щитовидной железы могут быть эпителиального и соединительнотканного происхождения. Злокачественные новообразования щитовидной железы встречаются редко. По данным С. А. Хольдина [3], они составляют 1,03—1,78%. Рак щитовидной железы возникает или в виде изолированных узлов или охватывает целую долю, а иногда и весь орган. Метастазы их появляются в легких, в костях и других органах. Опубликованы единичные случаи метастаза в челюстную кость [2 и др.].

В доступной литературе мы не встретили описания метастатической опухоли щитовидной железы в мягкие ткани челюсти. С этой точки зрения большой интерес представляет одна из наших 3 больных:

Больная С. А., 36 лет. Поступила 2/VI 63 г. с жалобами на опухоль на уровне тела нижней челюсти справа. В марте 1963 г. почувствовала боли в области нижней челюсти, после чего заметила маленькую опухоль на уровне коренных зубов. Опухоль постепенно увеличивалась в размере. 8 декабря 1962 г. была произведена струмектомия. Микроскопически установлен паренхиматозный зоб с выраженной пролиферацией эпителия. За 2 мес. до поступления над яремной вырезкой развилась припухлость, а через $1/2$ мес. после этого появились мышечные боли грудной клетки и на плече.

При осмотре на уровне нижнего края нижней челюсти, в области 7, 6, 5 зубов имелась округлая опухоль величиной в крупный грецкий орех, подвижная, плотной консистенции, безболезненная на ощупь. В области яремной вырезки, ниже послеоперационного рубца, имелась припухлость величиной в яйцо, мягко-эластичной консистенции; при пальпации отмечалась пульсация.

На рентгенограмме области правой половины нижней челюсти костных изменений не обнаружено. Кариес коронки 6 зуба. Прощупываемое плотное образование в области тела челюсти не связано с костью.

4/VII 1963 г. больная оперирована. Опухоль удалена из мышечного слоя.

Патогистологическое исследование: макроскопически опухоль размерами в $3 \times 2,5$ см плотной консистенции, поверхность бугристая, одета в тонкую капсулу, в которой много полнокровных сосудов. На разрезе опухолевая ткань белесоватого вида, почти однородной структуры.

Микроскопическое исследование показало, что опухоль представляет собой типичную картину метастаза опухоли щитовидной железы. В основном опухолевая ткань солидного строения, состоит из клеточной массы, которая распадается на большие и малые поля и тяжи с тончайшими прослойками соединительной ткани и капилляры. Клетки, преимущественно круглой формы, располагаются густо, границы между ними нечеткие. Ядра представляют большое разнообразие по форме и величине, некоторые находятся в состоянии митоза. Лишь в отдельных местах отмечается формирование фолликулов, единичные из которых содержат гомогенную массу бледно-розового цвета. Стенка этих фолликулов выстлана кубическим эпителием. В участке препарата, в довольно широкой прослойке соединительной ткани, обнаружен небольшой опухолевый узел, расположенный в тесном контакте с кровеносным сосудом (рис. 1).

Картина метастаза солидного рака щитовидной железы.

Основываясь на данных биопсии и учитывая жалобы больной на боли в грудной клетке и в плече, было произведено рентгенологическое обследование грудной клетки (11.VII 63 г.), в результате чего справа, парамедиастенально обнаружено полусферическое затемнение на уровне IV—VI ребер (счет ребер сзади), не отделяющееся от средостения. Другое округлое затемнение в области корня правого легкого с четкими контурами в диаметре 5,5 см. Остальные легочные поля в норме.

Рентгенологическое заключение: метастазы опухоли.

Больная выписана 12/VII 63 г. и направлена для дальнейшего лечения в Институт рентгено-радиологии и онкологии.

С 19/VII по 1/XI 1963 г. больная находилась на амбулаторном лечении в Онкологическом диспансере, где принимала радиоактивный йод—131, фосфор—32, комплекс витаминов группы «В» и пр.



Рис. 1.

Выписана в удовлетворительном состоянии, однако в дальнейшем состояние ухудшилось, и она вновь поступила в Институт рентгено-радиологии и онкологии (ноябрь 1963—январь 1964 г.), где подверглась круцинотерапии—I курс, рентгенотерапии—60000 р. Была выписана в удовлетворительном состоянии, но в середине февраля вновь стационарирована с жалобами на головокружение и общую слабость. Консультацией врачей рентгенологов, эндокринологов рекомендовано лечение тиофосфамином, эндоксином, переливанием крови, витаминами и общеукрепляющими средствами.

В данном случае следует еще раз отметить некоторое несоответствие гистологических данных первичной опухоли с клиническим проявлением заболевания, выражающегося в быстром (спустя 3—4 мес. после струмектомии) прогрессировании процесса с появлением метастазов в мягкие ткани челюсти, в легких и, возможно, уже в мозг.

Институт травматологии и ортопедии
Министерства здравоохранения АрмССР

Поступило 11/III 1965 г.

Ս. Օ. ՆԻԿՈՂՈՍՈՎԱ, Ա. Մ. ԻԳԻԹԻԱՆՅԱՆ

ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ՉԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔԻ ՄԵՏԱՍՏԱԶ ՍՏՈՐԻՆ ԾՆՈՏԻ
ՓԱՓՈՒԿ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հողվածում նկարագրված է վահանագեղձի շարորակ ուռուցքի մետաստազի մի դեպք ստորին ծնոտի փափուկ հյուսվածքներում:

Վահանազեղծի ուսուցիչը հեռացվել է 1962 թվի դեկտեմբեր ամսին, իսկ ստորին ծնոտի փափուկ հյուսվածքներում նորագոյացումը հայտնաբերվել է երեք ամսից հետո, որը և հեռացվել է 1963 թվականի հուլիսին:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Афанасьева А. В. Злокачественные опухоли. Клиническое руководство, т. 2. М., 1952.
2. Сеньютович В. М. Врачебное дело, 1954, 10, стр. 27.
3. Холдин С. А. Вестник хирургии, 1939, т. 57, 6, стр. 153.
4. Тахчи Л. Д. Диссертация. Киев, 1957.