

М. Х. АЙРАПЕТЯН

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕЙ
И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ

Шейная область подвержена частым поражениям новообразованиями, имеющими различное происхождение, морфологическое строение и клиническое течение.

Причины возникновения опухолей шеи пока еще далеко не выяснены. Известны лишь отдельные внутренние и внешние факторы, способствующие развитию некоторых опухолей и опухолевидных образований шеи.

Из внутренних факторов в этиологии опухолей шеи определенная роль принадлежит различного рода эмбриональным и постэмбриональным нарушениям развития.

Некоторые опухоли могут происходить из сохранившихся в шейной области эмбриональных зачатков, например, из остатков жаберных дуг и щелей, добавочных зачатков щитовидной железы и др.

Эти зачатки могут пребывать в недейтельном состоянии многие годы и лишь под влиянием внутренних нарушений и внешних влияний могут активизироваться и служить причиной опухолевого роста.

Диагностика опухолей шеи является одной из сложных задач клинической онкологии. Трудности связаны с распознаванием первичных опухолей.

Большей частью шейные опухоли в начальной стадии развития принимаются как воспалительные лимфадениты.

Необходимо подчеркнуть, что клиническая картина опухолей шеи довольно бедна и однообразна, в связи с чем дифференциальная диагностика чрезвычайно трудна, особенно в ранних стадиях.

Ввиду трудности диагностики опухолей шеи и отсутствия классификации их, мы задались целью на основании наших исследований составить клиническую классификацию опухолей и опухолевидных заболеваний.

В Ереванском институте рентгенологии и онкологии за период с 1956 по 1967 г. наблюдалось более 1000 больных с классифицированными опухолями и опухолевидными образованиями шеи. Наш материал мы изучали как пункционно-цитологическим и рентгенологическим, так и гистологическим методами. Необходимо отметить, что при применении

пункции с цитологическим исследованием в большинстве случаев диагноз удастся установить еще при поликлинических условиях.

Мы установили следующие 5 групп клинической классификации опухолей и опухолевидных образований шеи.

I. Метастатический рак шейных лимфатических узлов.

II. Опухоли шеи системного характера:

- 1) лимфогрануломатоз,
- 2) лимфоретикулосаркома,
- 3) изменение лимфатических узлов при лейкозе.

III. Первичные опухоли шеи:

- 1) невриномы,
- 2) опухоли каротидной железы.
- 3) зоб добавочной щитовидной железы,
- 4) опухоли слюнных желез,
- 5) кистозные опухоли.

IV. Опухолевидные образования воспалительного характера:

- 1) туберкулезный лимфаденит,
- 2) хронический лимфаденит.

V. Лимфаденопатия (реактивное увеличение шейных лимфатических узлов).

Данная классификация построена на гистологической и гистогенетической основе.

Краткая характеристика нашей классификации опухолей шеи в основном сводится к следующему. Вся обширная и многообразная группа опухолей и опухолевых образований шеи в соответствии с их происхождением разделяется нами на первичные опухоли шеи, опухоли системного характера, метастатические опухоли и опухолевидные образования воспалительного характера.

При своевременно установленном правильном диагнозе первичного очага облегчается диагностика опухолей шеи метастатического характера. Однако и при наличии метастатической опухоли обнаружить первичный очаг очень часто не удастся.

Метастатическими мы называем злокачественные новообразования в шейных лимфатических узлах, возникающие вне шеи и поражающие лимфатические узлы шеи вторично. Одни из них развиваются в шейных лимфатических узлах из занесенных током лимфы клеток метастазирующих новообразований других органов, например, рака языка, слизистой оболочки рта, губы, гортани, щитовидной железы. В процессе роста метастазы могут прорасти в соседние органы и вызывать их разрушение.

В группу опухолей системного характера нами включены локальные увеличения лимфатических узлов шеи: 1) при лимфогрануломатозе, 2) лимфоретикулосаркоме, 3) изменении лимфатических узлов при лейкозе.

1) Лимфогрануломатоз является системным заболеванием, однако в начальных стадиях оно протекает местно, без признаков генерализации, особенно на шее.

В начале заболевания при наличии только одного или нескольких лимфатических узлов возникают диагностические трудности. Очень часто заболевание начинается незаметно, затем больной случайно обнаруживает один или несколько увеличенных лимфатических узлов. Это местное проявление может длиться от 6 до 3—5 и более лет. Окончательный диагноз устанавливается пункцией с цитологическим исследованием.

2) Лимфоретикулосаркома также относится к системным заболеваниям лимфатического аппарата. Клиническое течение имеет сходство с лимфогрануломатозом, особенно в начальной стадии заболевания. В противоположность лимфогрануломатозу при лимфоретикулосаркоме сравнительно быстро наступает интоксикация. Лимфосаркома обладает инфильтративным ростом и вскоре прорастает в окружающие ткани, что вызывает заметные болевые ощущения. Диагностика чрезвычайно трудна, даже пункция с цитологическим исследованием не всегда выясняет правильный диагноз.

3) Хронические лейкозы. Лейкемические формы хронических лейкозов не вызывают диагностических затруднений. При наличии тестовидных лимфоузлов и картины периферической крови диагноз становится бесспорным. Диагностические трудности могут возникнуть при алейкемических формах хронического лейкоза. В подобных случаях увеличение шейных лимфатических узлов может служить поводом для ошибочного диагноза. В сомнительных случаях исследование костного мозга выясняет диагноз.

Первичными мы называем те опухоли, которые возникают непосредственно в шейной области из различных клеточных и тканевых зачатков. Эти опухоли отличаются друг от друга по тканевой принадлежности и гистологическому строению.

В большинстве случаев они доброкачественны, но нередко подвергаются перерождению. Группа первичных опухолей нами распределена по подгруппам.

В эти подгруппы нами включены только основные первичные опухоли шеи: 1) невриномы, 2) опухоли каротидной железы, 3) зоб добавочной железы, 4) опухоли слюнной железы, 5) кистозные опухоли.

В эту группировку не включены такие опухоли, как доброкачественные фибромы, глубокие липомы, атеромы, опухоли мышечного происхождения, фибросаркомы и образования, симулирующие опухоли шеи, которые встречаются крайне редко.

1) Невриномы, по нашим данным, встречаются в 0,8% случаев всех опухолей шеи. Они не обладают инфильтративным ростом и не срастаются с соседними тканями. Опухоли бывают шаровидные или несколько продолговатые с гладкой поверхностью, независимо от величины они всегда подвижны в горизонтальном направлении и безболезненны, лишь иногда ощущаются боли иррадирующего характера. Такая характерная малочисленность симптомов способствует быстрому их распознаванию.

2) Опухоли каротидной железы встречаются редко—в 0,7% случаев. Они небольших размеров, располагаются в области бифуркации сонных

артерий, прощупываются в области угла нижней челюсти. Одним из основных симптомов опухолей каротидной железы является ограниченность в подвижности в вертикальном направлении и болезненность, особенно при пункции. При пальпации передается пульсация сонной артерии. Консистенция плотная или плотно-эластическая. При озлокачествлении поверхность бугристая. Диагностика чрезвычайно трудна. Правильный диагноз большей частью устанавливается лишь на операционном столе.

3) Зоб добавочной щитовидной железы встречается значительно чаще, чем об этом упоминается в литературе. Проявляется в виде опухолевого заболевания, большей частью на боковой поверхности шеи в виде одной или нескольких опухолей по ходу яремной вены. При отсутствии малигнизации он эластический или плотно-эластический. При озлокачествлении консистенция становится более плотной, и в связи с инфильтративным ростом опухоль срастается с соседними тканями. Окончательный диагноз устанавливается либо пункцией с цитологическим исследованием, либо гистологическим исследованием удаленных опухолевых образований.

4) Среди опухолей шеи, опухоли слюнных желез занимают особое место. Они развиваются часто в околоушной слюнной железе. В начальном периоде диагностика довольно трудна, ибо в этой стадии в клинической картине нет каких-либо отличительных черт. Медленный рост этих опухолей может служить диагностическим признаком для смешанных опухолей. Плотная консистенция, быстрый рост, бугристая поверхность являются признаками малигнизации. Пункция с цитологическим исследованием в большинстве случаев разрешает установить правильный диагноз.

5) Кисты шеи часто встречаются врожденные, боковые или срединные, редко—паразитарные и ретенционные.

Врожденные кисты представляют собой остатки жаберных дуг и щелей. Они большей частью располагаются вблизи от подъязычной кости. Наличие признака флуктуации и очерченные контуры дают основание для диагностики кист шеи. В диагностике кистозных образований шеи играет решающую роль пункция и контрастная рентгенография.

К группе опухолевидных образований воспалительного характера мы относим: 1) туберкулезный лимфаденит шеи, хронический лимфаденит и реактивную гиперплазию шейных лимфатических узлов.

В патологии лимфатических узлов шеи туберкулез занимает ведущее место. Об этом свидетельствуют как наши, так и литературные данные. Локальные формы туберкулеза шейных лимфоузлов по своему клиническому течению сходны с клиникой опухолей лимфоузлов шеи и приводят к частным диагностическим ошибкам. Увеличенные лимфатические узлы туберкулезного характера вследствие перифокальных явлений образуют конгломераты и нередко трактуются как опухоли. Пункция казеозного гноя легко устанавливает правильный диагноз. Цитологически характерны эпителиоидные и гигантские клетки Лангханса.

2) Хронические неспецифические лимфадениты по своей клинике сходны как с туберкулезным лимфаденитом, так и с опухолями лимфатических узлов. Они часто проявляются в виде отдельных лимфоузлов и их пакетов. Заболевание может длиться долго и нередко не поддается противовоспалительному лечению. Чаще они симулируют опухоли. Пункция с цитологическим исследованием иногда даже цитологическое исследование не выясняет диагноза.

Реактивная гиперплазия лимфоузлов шеи является важным разделом в патологии шеи.

Каждый специфический патологический процесс начинается реактивным процессом в лимфатическом узле. Исходя из этого, становится понятным, что без изучения особенности реакции лимфатических узлов невозможно диагностирование самых ранних патологических процессов в лимфатических узлах. Нередко при исследовании больного с локально увеличенными лимфоузлами на шее морфологически устанавливается гиперплазия лимфатических узлов. В этих случаях внешние признаки увеличенных лимфоузлов заставляют думать об опухолях лимфоузлов шеи, однако клинический диагноз подтверждается значительно позже с помощью динамических исследований пунктатов.

Реактивно-гиперпластические, локально увеличенные лимфатические узлы должны рассматриваться как предопухолевые состояния.

Приведенная нами классификация основана на клиническом материале, она не претендует на оригинальность и не лишена недостатков. Одним из них является чрезвычайный полиморфизм гистологического строения опухолей системного характера. Структура их нередко неодинакова, даже при одних и тех же новообразованиях, и может существенно изменяться на разных этапах их развития. В результате этого при микроскопическом исследовании опухолей и опухолевидных образований шеи далеко не всегда четко выражены опознавательные признаки между их отдельными разновидностями. Например, гиперплазия лимфатических узлов и опухоли лимфатических узлов имеют системный характер. Их строение, как и строение других различных по своей тканевой принадлежности новообразований, благодаря ряду переходных форм нередко настолько сближается, что отличить их друг от друга невозможно. Тем не менее особенности микроскопической картины и уровень дифференцировки опухолевой ткани не всегда отражают то основное, в чем заинтересован врач онколог, а именно: степень злокачественности опухоли—ее способность разрушать окружающие ткани и давать метастазы в другие органы и ткани. Примером этого могут служить многие новообразования, например, опухоли слюнных желез и каротидной железы, фибромы, срединные и боковые кисты шеи. Так, опухоли слюнной железы по микроскопическому строению в большинстве случаев носят характер вполне доброкачественный. То же самое относится к опухолям каротидной железы. Неврогенные опухоли, исходящие из ветвей или стволов шейных нервов, иногда ослизняются и морфологическое исследование в этом случае может дать картину злокачественной опухоли.

В действительности невриномы представляют собой совершенно спокойные доброкачественные новообразования, поэтому значение гистологической классификации для практики не следует переоценивать.

Кратко изложенная нами классификация опухолей и опухолевидных образований шеи не лишена недостатков. Подразделение опухолей по их морфологическим и клиническим проявлениям на доброкачественные и злокачественные условное, так как между некоторыми новообразованиями имеется ряд промежуточных форм. Нередко не совпадает клиническая и гистологическая оценка основанных биологических свойств опухоли с ее фактическим развитием. Примером могут служить длительно существующие хронические воспалительные лимфадениты, порой маскирующие лимфогрануломатоз или лимфосаркому, и наоборот, уменьшение опухолей лимфатических узлов в результате противовоспалительного лечения.

Злокачественность опухоли шеи, помимо ее биологических свойств, с клинической точки зрения зависит также от ее локализации, длительности существования и многих других факторов. Так, например, гиперплазия лимфатических узлов, представляющая собой один или группу увеличенных лимфатических узлов на шее, незаметно может перейти в опухоли системного характера.

При учете этих недостатков использование предложенной нами простой, удобной для практических целей клинико-морфологической классификации опухолей и опухолевидных образований шеи облегчает диагностику, способствует правильному выбору способа лечения и суждению о прогнозе болезни.

Институт рентгенологии и онкологии
Министерства здравоохранения
Арм. ССР

Поступило 21/VI 1967 г.

Մ. Խ. ՀԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ

**ՊԱՐԱՆՈՅԻ ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐԻ ԵՎ ՈՒՌՈՒՅՔԱՆՄԱՆ ԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ**

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակը ուսումնասիրել է հիվանդության 100-ից ավելի նկարագրեր: Այդ հիվանդները բուժվել են Ռենտգենոլոգիայի և Օնկոլոգիայի ինստիտուտի վիրաբուժական բաժնում: Կլինիկական, լաբորատոր և ռենտգենաբանական հետազոտությունները հնարավորություն են տվել հեղինակին կատարել պարանոցի ուռուցքների և ուռուցքանման գոյացությունների դասակարգում: Նման դասակարգում մինչև մեր ուսումնասիրությունները եղել է առանձին հիվանդությունների վերաբերյալ:

10-ից ավելի տարիների ընթացքում հեղինակը, զբաղվելով վերոհիշյալ հիվանդությունների ախտորոշման ու բուժման հարցերով, գտնում է, որ նման

դասակարգումը շափազանց կարևոր նշանակություն կունենա ժամանակակից կլինիկական օնկոլոգիայի համար:

Պարանոցի շրջանի բոլոր ուռուցքային և ուռուցքանման հիվանդությունները հեղինակը բաժանում է 5 խմբի, և ամեն խմբում մտնում են տվյալ խմբին նման հիվանդությունները.

1. Պարանոցի ավշահանգույցների մետաստատիկ քաղցկեղ
2. Պարանոցի սիստեմային բնույթի ուռուցքներ
3. Պարանոցի առաջնային ուռուցքներ
4. Բորբոքային բնույթի ուռուցքանման գոյացություններ
5. Լիմֆադենոպատիա (ավշային հանգույցների մեծացումը):

Հեղինակը գտնում է, որ վերոհիշյալ դասակարգումը շափազանց կարևոր է պարանոցի ուռուցքների տարբերական ախտորոշման համար: