

Г. Е. КАЗАРЯН, Р. Л. АРУТЮНЯН

О МЕТАСТАЗИРУЮЩЕЙ АДЕНОМЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Метастазирующая аденома щитовидной железы относится к казуистике тиреоидной патологии.

Своеобразие метастазирующей аденомы состоит в том, что как первичная опухоль, так и ее метастазы по своей гистоструктуре являются доброкачественными [3, 5, 7 и др.]. По мнению других авторов [4, 6, 8 и др.], метастазирующая аденома—это злокачественное перерождение доброкачественной аденомы, дающей преимущественно костные метастазы. А. Т. Лидский [2] считает, что в одних случаях метастазирующая аденома по своей гистоструктуре представляет обычную строму, которая дает метастазы по типу злокачественного новообразования. В других, наоборот, опухоль в железе по своему строению злокачественная, а метастазы ее по гистологической картине не отличаются от обычной доброкачественной стромы. А. И. Гнатышак [1] утверждает, что метастазирующей аденомы как самостоятельной формы доброкачественной опухоли на самом деле не существует. По его мнению, первичная опухоль всегда является морфологически злокачественной, однако подвергается различным регрессивным изменениям в виде фиброза, гиалиноза, обызвествления, или же в ней и метастазах происходит перерождение в зрелую ткань щитовидной железы. Однако, как справедливо замечает Р. М. Пропп [3], перерождение первичной злокачественной опухоли щитовидной железы в доброкачественную доказать нельзя, поэтому нет оснований отрицать существование метастазирующих аденом щитовидной железы, имеющих морфологическую структуру доброкачественной опухоли, но биологически проявляющихся как злокачественные.

Доминирующим в картине заболевания являются метастазы, которые преимущественно локализуются в костной системе. Вследствие усиленной васкуляризации костные метастазы часто пульсируют. Метастазы до известной степени обладают функцией щитовидной железы. Они способны поглощать радиоактивный йод. Как правило, опухоль в щитовидной железе чаще выявляется после выявления метастазов. Метастазирование во внутренние органы (легкие, мозг, печень и пр.) возникает в поздних стадиях заболевания.

Ввиду редкости данного заболевания и некоторого своеобразия наблюдаемого нами случая мы сочли нужным описать его.

Больная поступила в клинику 1/IV 1967 г. с жалобами на наличие опухоли в области шеи, головные боли, затрудненное дыхание, особенно в лежащем положении. Считает себя больной 25 лет. Отмечает постепенное увеличение опухоли. Не лечилась.

Объективно: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Пульс—72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. А/Д—150/80 мм ртутного столба. Сердце и легкие без изменений. ЭКГ—ритм синусовый, правильный с преобладанием левого желудочка. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен усиленный легочный рисунок. Кровь и моча без отклонений от нормы. Основной обмен +27%. На передней поверхности шеи, справа, имеется опухоль величиной с кулак, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, малоподвижная. Отмечается смещение трахеи влево. Клинический диагноз: эутиреоидная аденома V степени.

8/IV 1967 г. произведена субтотальная резекция правой доли щитовидной железы вместе с аденомой. Макроскопически препарат представляет собой узел диаметром 7 см, имеет хорошо выраженную капсулу, окружен тонким слоем ткани щитовидной железы; вес макропрепарата—95,0. Патогистологический диагноз: аденома щитовидной железы, смешанного паренхиматозно-коллоидного строения (рис. 1).

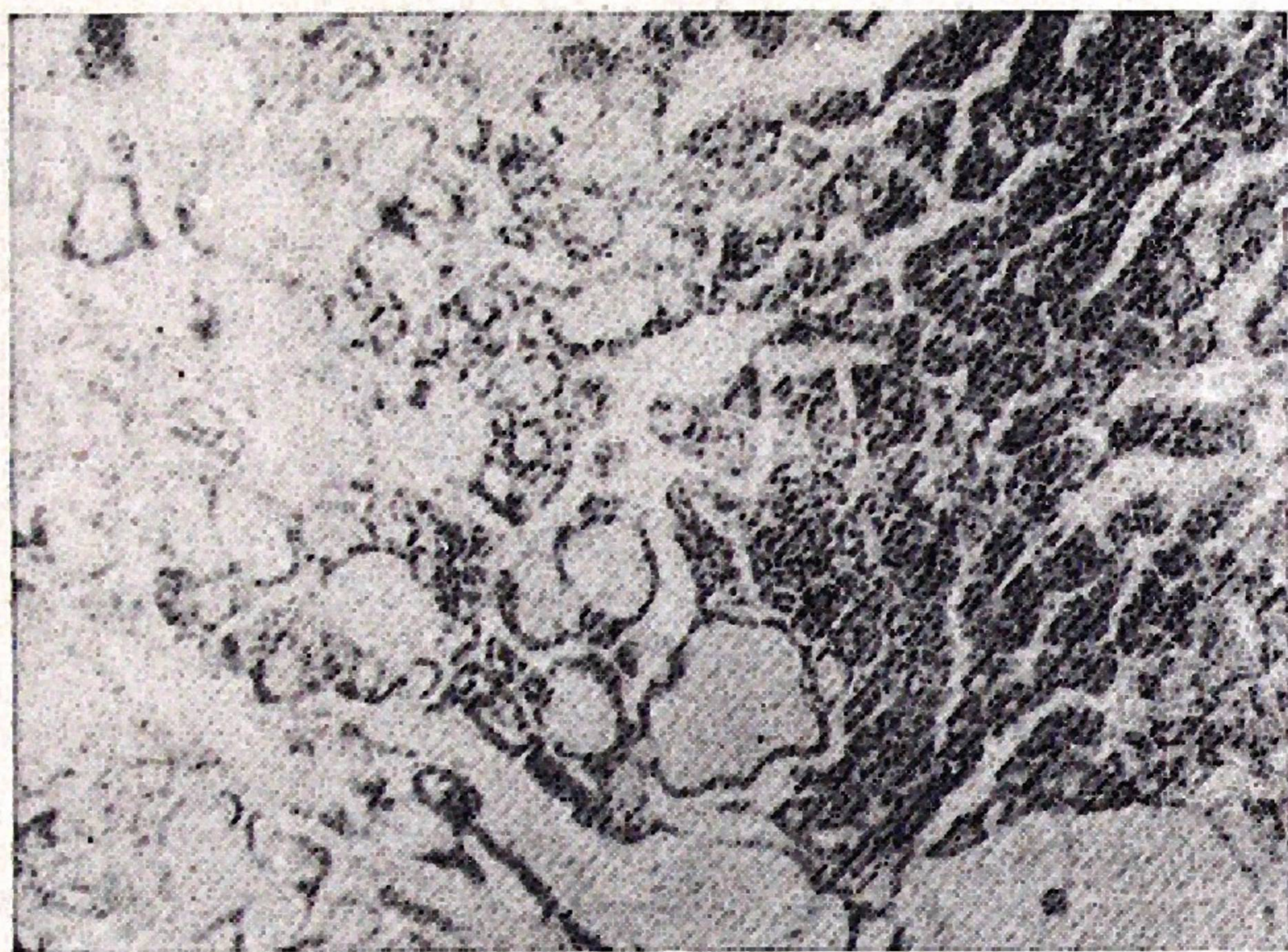


Рис. 1.

25/VII 1967 г. больная обратилась повторно с жалобой на наличие опухоли в области грудины. В области рукоятки грудины обнаружена опухоль диаметром около 3 см, которая заметно пульсировала. На рентгенограмме имеется очаг деструкции костной ткани диаметром 3 см (рис. 2).

Больная была направлена на рентгентерапию, однако, как выяснилось позже, она отказалась от лучевой терапии. В феврале 1968 г. боль-

ная повторно явилась в клинику. Произведены дополнительные исследования. На скеннограмме выявлено поглощение J^{131} левой долей



Рис. 2.

щитовидной железы и особенно у рукоятки грудины (рис. 3). Полученный пунктат из метастатического очага содержал много крови; при ми-

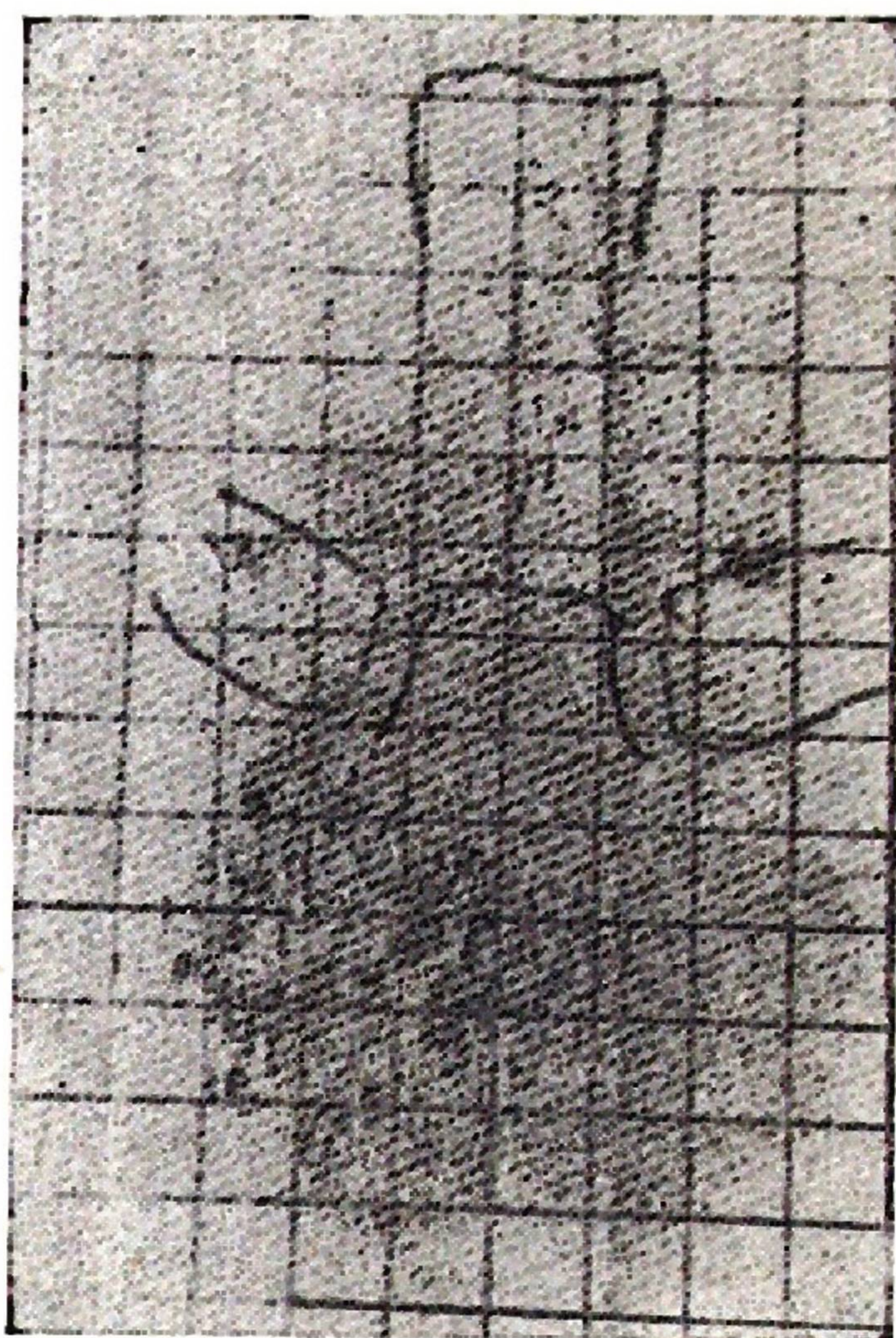


Рис. 3.

кроскопии найдены только элементы нормальной тиреоидной ткани. На рентгенограмме грудной клетки выявлено милиарное метастазирование легких.

Таким образом, наше наблюдение имело ту особенность, что сначала мы встретились с аденомой щитовидной железы, спустя же несколько месяцев после операции—с метастазом. Милиарное метастазирование внутренних органов произошло в относительно короткий срок.

Кафедра общей хирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 7/V 1969

Գ. Ե. ՂԱԶԱՐՅԱՆ, Ռ. Լ. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ

ՎԱՀԱՆԱԶԵՎ ԳԵՂԶԻ ՄԵՏԱՍՏԱԶՈՂ ԱԴԵՆՈՄԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հոդվածում տրվում է վահանագեղձի համեմատաբար հազվագեղ պատահող մետաստազոզ ադենոմայի մի դեպքի համառոտ նկարագրությունը:

Հիվանդը 25 տարի տառապել է էութիրեոիդ խպիպով: 1967 թ. կատարվել է վահանագեղձի աջ բլթի սուբտոտալ մասնահատում: Հիստոլոգիորեն ախտորոշված է պարենխիմատոզ կոլլոիդ ադենոմա: 3 ամիս անց հիվանդի կրծոսկրի շրջանում հայտնաբերվել է պուլսացող մետաստազ: Հիվանդը հրաժարվել է առաջարկված ճառագայթային բուժումից: 1968 թ. փետրվարին ընդհանուր վիճակի վատացման պատճառով հիվանդը կրկին դիմել է բժշկի:

Կատարվել են լրացուցիչ քննություններ: Սկենոգրամայով հայտնաբերվել է վահանագեղձի ձախ բլթի կողմից ռադիոակտիվ յոդի շնչին կլանում և նշանակալից կուտակում կրծոսկրի մետաստատիկ ուռուցքի կողմից: Կրծքի վանդակի ռենտգենոգրաֆիայով հայտնաբերվել է մետաստազների միլիար տարածում թոքերում:

Այս դեպքի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ երկարատև բարորակ ընթացքից հետո վահանագեղձի ադենոման վիրահատությունից 3 ամիս անց տվել է մետաստազներ, բացի այդ, ներքին օրգանները ախտահարվել են համեմատաբար վաղ շրջանում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гнатышак А. И. Клиническая медицина, 1959, 4, стр. 144.
2. Лидский А. Т. Вестник хирургии, 1959, 82, 6, стр. 11.
3. Пропп Р. М. Клиника и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы. М., 1966.
4. Рубашов С. М. Вестник хирургии, 1934, 36, 103, стр. 9.
5. Холдин С. А. Вестник хирургии, 1939, 57, I, стр. 153.
6. Шамов Н. Н. Злокачественные опухоли щитовидной железы, XII. Л., стр. 83.
7. Cohnhelm. Virchows Arch. pathol. Anat., 1876, 86, 547.
8. Warren S. a. Meissner W. Surg. Clin. North. America, 1953, 33, 3, 739.