

УДК 616.44—006.44—006.6—033.2—07

Н. В. КАРАПЕТЯН, М. И. БАРСЕГЯН

## СВЕРЛО-ТРЕПАНО-ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КОСТНЫХ МЕТАСТАЗОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Окультные, т. е. скрытые формы рака различных локализаций, когда первичная опухоль ввиду малых размеров не выявляется, а метастазы предопределяют клиническую картину заболевания, встречаются редко. В этом отношении щитовидная железа представляет исключение. Многие авторы [4, 9, 11, 14 и др.] особо выделяют метастазирующие формы тиреоидных бластом, при которых первичный очаг в железе не пальпируется, а клинически определяются метастазы. Это папиллярные карциномы, которые поражают исключительно регионарные шейные лимфатические железы, фолликулярные карциномы и метастазирующие аденомы, склонные к образованию дистантных метастазов, особенно в легких и костной системе. Понятно, что диагностика при костных поражениях представляет большие трудности.

Ведущая роль в распознавании костных метастазов, когда характер первичной опухоли не установлен, принадлежит рентгенологическому исследованию. Однако, установив факт метастатического поражения, рентгенография ввиду отсутствия патогномоничных рентгенологических симптомов [15] мало говорит об интимном строении и происхождении опухоли. И. Г. Лагунова [7] считает, что клинические и рентгенологические симптомы зачастую не могут дать опорных данных для дифференциальной диагностики метастатических костных опухолей.

Ряд авторов указывает на эффективность использования радиоактивного йода, в частности радиоизотопного скеннирования при распознавании костных метастазов тиреоидных карцином [1, 12, 18 и др]. Однако при наличии функционирующей щитовидной железы редко удастся добиться визуализации метастатических очагов [2]. Первично функционирующие метастазы тиреоидных опухолей встречаются редко. Способность к аккумуляции радиоioda наступает в результате гипофизарной стимуляции через несколько месяцев после хирургической или лучевой абляции щитовидной железы, что создает определенные трудности для раннего диагностического применения этого метода.

Достоверные данные были получены при морфологическом исследовании метастатических костных опухолей. Фетцер [16], Пронне и Готц [17] считают, что в выявлении метастазов аденомы щитовидной железы



наиболее ценным является микроскопическое исследование кусочков опухоли. Для этого Р. И. Житнюк и М. В. Цывкин [5] применяют операционную биопсию. Несмотря на достоверность, этот метод имеет некоторые недостатки—травматичность и опасность кровотечения из опухоли.

В литературе имеются сообщения о диагностическом применении пункционной аспирационной биопсии при тиреогенных костных метастазах, в частности при метастазирующей аденоме щитовидной железы [6, 8, 11, 18 и др.].

Для морфологической диагностики нами применялась сверло-трепано-пункционная биопсия, которая объединяет положительные качества аспирационной пункции (минимальная травматичность) и операционной биопсии (получение кусочка опухолевой ткани для гистологического исследования). Пункция производилась иглой конструкции М. И. Барсебяна [3].

Из 139 больных с злокачественными новообразованиями щитовидной железы, находившихся на обследовании и лечении в хирургическом отделении Армянского института рентгенологии и онкологии с 1954 до середины 1969 гг., метастазы в костную систему обнаружены у 15 больных—10,8%, что соответствует литературным данным. Больные были в возрасте 20—70 лет; мужчин было 5, женщин—10; давность заболевания: от 4 мес. до 6 лет; 8 больных начало заболевания связывали с опухолью в щитовидной железе, 7—с костными поражениями. Метастазы в большинстве случаев были моноссальные (у 10 из 15 больных) и локализовались в следующих отделах костной системы: поражение черепа наблюдалось в 3 случаях, челюсти—в 1, ребер—в 6, грудины—в 2, позвоночника—в 3, костей таза—в 2, бедра—в 3, голени—в 1. У 5 больных одновременно имелись метастазы в легких. Патологические переломы отмечены у 2 больных с поражением бедренной кости.

Рентгенологическая картина при тиреогенном метастатическом поражении костей разнообразна—от мелких очагов деструкции до значительных нарушений костной структуры с повреждением и без нарушения кортикального слоя. Поражение костей носило преимущественно остеолитический характер. Морфологическое исследование проведено у 13 больных, основным структурным типом были опухоли с преобладанием фолликулярного компонента.

Диагностика и интерпретация костных поражений при наличии опухоли в щитовидной железе не представляла особых затруднений. Наибольшие трудности представляла диагностика костных метастазов при оккультных формах бластом щитовидной железы. Подобная форма заболевания наблюдалась у 5 больных (мужчин—2, женщин—3) в возрасте 25—70 (средний возраст 57,2 года). Все больные поступили с диагнозом костных опухолей: опухоль Юинга левой голени, опухоль Юинга левого бедра, метастатическая опухоль нижней челюсти, метастатическая опухоль правого бедра, саркома ребер.



На основании рентгенологического исследования у 3 больных была установлена метастатическая опухоль костей, у 1—ретикулосаркома ребер, у 1—подозрение на опухоль Юинга левой голени. Характер рентгенологической картины разнообразный, опухоли имели в основном остеолитический и смешанный характер. Поражение было моно- и полиоссальным. Во всех случаях точный диагноз был установлен благодаря сверло-трепано-пункции. Полученный материал был достаточен для цитологического исследования и приготовления гистологических препаратов. В одном случае отмечено несовпадение данных гистологического и цитологического исследований. Осложнений в связи с применением этого метода не отмечалось. Основой для морфологического диагноза являлось обнаружение при микроскопическом исследовании тканей, напоминающих по своей структуре строение щитовидной железы. Для иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной С. С., 68 лет. Поступил в хирургическое отделение Армянского института рентгенологии и онкологии с жалобами на боли в области левого тазобедренного сустава и нарушение функции левой нижней конечности. Заболевание началось за 6 мес. до поступления в клинику болями в области левого бедра. А непосредственно перед поступлением в результате падения произошел латеральный перелом шейки левого бедра. С предположительным диагнозом опухоль Юинга левой бедренной кости больной направлен в стационар.

Объективно: больной несколько пониженного питания. Внутренние органы в пределах возрастных изменений. Пальпация области левого тазобедренного сустава резко болезненна, активные движения невозможны, умеренная атрофия мышц. В средней  $1/3$  левого бедра определяется болезненность. Опухоль клинически не определяется.

Рентгенография левого бедра. Определяется чрезвертельный вколоченный перелом левого бедра. В средне диафизарном отделе имеется очаг деструкции с относительно четкими контурами, размерами  $9 \times 3$  см. Заключение: метастатическое поражение левой бедренной кости (рис. 1).

Для уточнения диагноза произведена сверло-трепано-пункция с последующим морфологическим исследованием полученного материала.

Цитологическое исследование показало обилие комплексов, группировок в виде розеток и разрозненных экземпляров кубических, цилиндрических эпителиальных клеток. В некоторых из них отмечается дискариоз и некоторая атипия. В центре отдельных клеточных групп отмечается гомогенная розоватая масса. Заключение: метастаз аденомы щитовидной железы (рис. 2).

Гистологическим исследованием обнаружено, что ткань состоит из эпителиальных клеток, образующих фолликулы, не содержащих коллоида, местами имеются структуры тубулярного типа. Отмечается значительное разрастание эпителиальных клеток в межфолликулярном пространстве. Клеточный атипизм выражен слабо, определяются редкие митозы. Опухоль богата сосудами капиллярного типа. Заключение: метастазирующая аденома щитовидной железы (рис. 3).

Проведено специальное обследование больного. Клинически щитовидная железа не увеличена, очаговых уплотнений, узлов в ней и областях регионарного метастазирования на шее не обнаружено. Связанный с белками йод плазмы равен 7,87%. Радиоизотопное скеннирование всего тела: силуэт щитовидной железы обычной configura-





Рис. 1. Рентгенограмма левого бедра. Очаг деструкции в области диафиза. Поражение по остеолитическому типу.

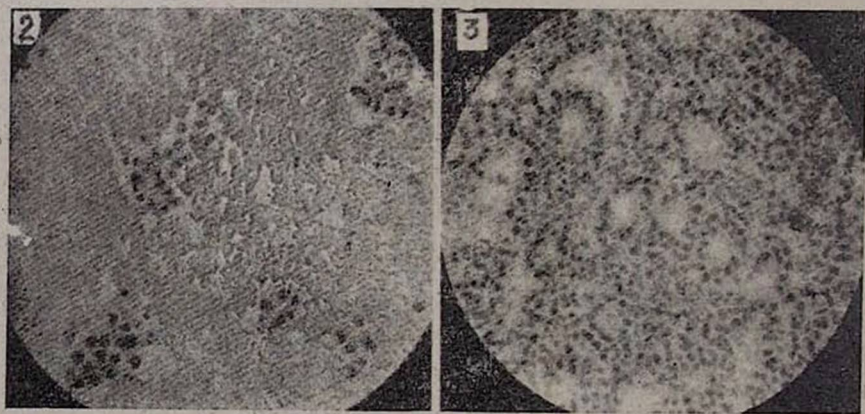


Рис. 2. Сверло-трепано-пункция. Цитологическая картина метастазирующей аденомы. В препарате эпителиальные клетки, напоминающие тиреоидный эпителий. Окраска по Крюкову-Паппенгейму. Увелич.  $7\times 40$ .

Рис. 3. Сверло-трепано-пункция. Метастазирующая аденома щитовидной железы. Ткань имеет микрофолликулярный тип строения. Окраска гематоксилин-эозином. Увелич.  $7\times 40$ .



ции, без дефектов заштриховки; по проекции мочевого пузыря наблюдается очаг плотной заштриховки (выведение изотопа с мочой). В области средней трети левого бедра, непосредственно по проекции опухоли, накопления изотопа не определяется. Рентгенологическое исследование всего костного скелета за исключением вышеописанных других патологических изменений не обнаружило.

На основании данных комплексного обследования установлена метастазирующая аденома щитовидной железы с нефункционирующим солитарным метастазом в левой бедренной кости.

Ввиду отсутствия аккумуляции йода-131 метастазом лечение радиойодом не проведено. Проведен курс телегамматерапии на область средней  $1/3$  левого бедра. Большой выписан с улучшением. Амбулаторно назначен тиреондин и триодтиронин.

Вышеописанное наблюдение свидетельствует о большой ценности сверло-трепано-пункции в диагностике костных поражений злокачественных новообразований щитовидной железы.

Резюмируя, необходимо отметить следующее. По нашим данным в  $1/3$  случаев тиреогенных костных метастазов первичная опухоль в щитовидной железе клинически не определяется, что вызывает большие трудности для диагностики. Сверло-трепано-пункционная биопсия с последующим цитологическим и гистологическим исследованием является малотравматичным, достоверным и доступным методом для уточнения диагноза при костных метастазах тиреоидных blastom и, в частности, оккультных.

Армянский институт рентгенологии  
и онкологии

Поступило 27/XI 1969 г.

Ն. Վ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Մ. Ի. ԲԱՐՍԵՂՅԱՆ

ՍՎԵՐԼՈ-ՏՐԵՊԱՆՈ-ԲԻՈՊՍԻԱՆ ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ԹԱՔԵՎԱՄ  
ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐԻ ՈՍԿՐԱՅԻՆ ՄԵՏԱՍՏՈՋՆԵՐԻ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ  
ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Վահանագեղձի թաքնված ուռուցքները՝ ոսկրային սխտեմի մետաստազներով, բավական դժվարութիւններ են ներկայացնում ախտորոշման ժամանակ: Արդյունավետ ախտորոշման տեսակ է հանդիսանում սվերլո-տրեպանոպունկցիոն բիոպսիան, որն ապահովում է ուռուցքի կտորի հյուսվածաբանական հետազոտութիւնը:

Իերված դեպքը հաստատում է նշված դրույթը:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агранат В. З. Радиоизотопная диагностика злокачественных опухолей. М., 1967.
2. Бауер Ф. Медицинское радиоизотопное скенирование. М., 1962, стр. 211.
3. Барсегян М. И. Труды III Всесоюзной конференции онкологов. М., 1967, стр. 215.
4. Драчинская Е. С., Брейдо И. С. Хирургия щитовидной железы. Л., 1963.
5. Житнюк Р. И., Цывкин М. З. Вестник хирургии, 1966, 12, стр. 22.
6. Кузнецова Т. Т. Вопросы клинической онкологии, М., 1963, стр. 28.
7. Лагунова И. Г. Опухоль скелета, М., 1962.

8. Локшина Ф. И. Вестник хирургии, 1964, 6, стр. 616.
9. Лумпова В. М. Материалы к патологии щитовидной железы на Урале. Свердловск, 1965, стр. 29.
10. Мечева И. С., Тодор И. Л. Хирургия, 1961, 5, стр. 93.
11. Пропп Р. М. Клиника и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы. М., 1966.
12. Сантоцкий М. И., Бухма А. И. Основы рентгенодиагностики и рентгенотерапии эндокринных болезней. М., 1965.
13. Соболев А. А., Сухарев В. Ф., Маркачев А. Б. Вопросы онкологии, 1967, 11, стр. 123.
14. Холдин С. А., Шемякина Т. В. Злокачественные опухоли, т. III, ч. I. Л., 1962, стр. 229.
15. Шевченко И. Т., Даштаянц Г. А. Метастатические опухоли костей. Киев, 1967.
16. Fetzer H. Fortschr. Roentgenstr., 1951, 74, 4, 426.
17. Pronnet A., Goetz Y. Münch. med. Wochensshr., 1968, 110, 5, 273.
18. Shahani S. N., Sharma S. M., Ganatra R. D., Antia F. P. Arch. Surg., 1967, 95, 4, 689.
19. Wegelin C. Intern. Kropfkongferenz, 1928.