Реферат

на тему: «Опухоли околоушной железы и клиническая картина околощитовидной железы»

Так называемые смешанные опухоли по опубликованным статистическим данным составляют от 70 до 90% всех эпителиальных новообразований околоушной железы. Эти своеобразные по своей морфологии новообразования в подавляющем большинстве случаев характеризуются доброкачественным клиническим течением, растут медленно, достигая иногда весьма значительных размеров. Однако Н. Н. Петров считает, что в любой момент развития опухоли возможна малигнизация. Обычно так называемые смешанные опухоли развиваются в виде одного узла; реже встречаются множественные опухоли в одной и той же железе, а иногда и двустороннее поражение желез. Макроскопически эти опухоли, как правило, представляют собой инкапсулированное округлой или неправильной формы образование с крупно- и мелкобугристой, реже гладкой поверхностью. На разрезе эти опухоли довольно однородны, плотны, серо-белого цвета или содержат различных размеров кистозные полости и слегка опалесцирующие участки ослизнения мягкой студневидной консистенции. Нередко встречаются вкрапления плотной на ощупь блестящей ткани, напоминающей хрящ. В единичных случаях в опухоли обнаруживаются очаги петрификации и островки костной ткани.

При микроскопическом исследовании выявляется сложное строение опухоли. Среди фиброзной стромы, то клеточной, то резко гиалинизированной, располагаются сплошные поля, тяжи и небольшие комплексы эпителиальных клеток, имеющих полигональную или вытянутую форму. Нередко уплощенные эпителиальные клетки складываются в своеобразные концентрические фигуры, в центре которых образуются роговые «жемчужины». Наряду с этим обнаруживаются железистоподобные опухолевые ходы и кисты, выстланные одним или несколькими слоями кубического или цилиндрического эпителия. В просветах опухолевых ходов и кист выявляется серозная жидкость, гиалиноподобное или слизистое содержимое, а также спущенные дегенерирующие эпителиальные клетки. Нередко вышеописанные эпителиальные структуры без резких границ переходят в участки, напоминающие по своему строению миксому. В этих участках эпителиальные признаки клеток постепенно теряются; клетки приобретают веретенообразную, звездчатую или треугольную форму, лежат рыхло, переплетаясь длинными протоплазматическими отростками, а между ними накапливается слизеподобная хромотропная субстанция (миксоподобные структуры). По мере уплотнения межклеточного вещества и гибели части клеток сохранившиеся клетки окончательно изолируются друг от друга. Ядра их резко деформированы или пикнотичны, а в протоплазме выявляются светлые вакуоли. Такие участки обнаруживают значительное сходство с гиалиновым хрящом (хондроподобные структуры). Хондроидные островки могут обьгзвествляться и в них иногда образуется костная ткань .

Затруднения, возникающие при определении происхождения разнообразных морфологических структур в так наз. смешанных опухолях, привели к возникновению ряда гипотез их происхождения и гистогенеза.

1. Согласно гипотезе о соединительнотканном происхождении, источником развития всех элементов опухоли является межуточная соединительная ткань [Бильрот, Вирхов]. К ней близка эндотелиальная теория, по которой эти опухоли являются эндотелиомами, развивающимися из эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов [В. Л. Боголюбов, Фолькман, Кютнер].

2. Согласно гипотезе о эпителиальном происхождении, все разнообразие структур в так наз. смешанных опухолях является следствием различных превращений исходной эпителиальной ткани [Вруне, Кромпехер, В. Е. Цымбал].

3. Сторонники гипотезы о происхождении так наз. смешанных опухолей из 2 зародышевых листков (эктодермы и мезодермы) считают, что эти опухоли являются смешанными в истинном значении этого слова, т. к. наряду с явно эпителиальным в них имеется и соединительнотканный компонент, представленный миксохондроидной тканью [Гинзберг, Рибберт, Мак-Фарленд].

В наст. время господствует эпителиальная теория происхождения так наз. смешанных опухолей. Вопрос о происхождения эпителиальных новообразований околоушной железы из эмбриональных дистопий или из дифференцированного эпителия железы остается до сих пор не решенным.

Мукоэпидермоидные опухоли микроскопически характеризуются способностью эпителия через промежуточные формы дифференцироваться как в слизистые, так и в обладающие эпидермоидными свойствами клетки. Эпидермоидные клетки в этих опухолях нередко образуют сплошные тяжи и пласты и в значительной степени напоминают клетки шиповидного слоя эпидермиса, отличаясь от них меньшими размерами. Слизистые клетки, обычно выстилающие кистозные полости, имеют то цилиндрическую, то бокаловидную форму. Они больше по размерам, чем эпидермоидные клетки, содержат в протоплазме гранулы карминофильного вещества и пикнотичные, как бы с изъеденными краями, расположенные базально ядра. Чаще мукоэпидермоидные опухоли неинкапсулированы и почти в половине случаев клинически протекают как злокачественные опухоли.

Цилиндромы характеризуются альвеолярным расположением мелких кубовидных эпителиальных клеток с образованием в альвеолах множества округлых полостей, заполненных массами слизистого или гиалинового характера. Местами фиброзная строма цилиндромы подвергается гиалинозу и бывает представлена широкими пластами, среди которых как бы замурованы небольшие комплексы эпителиальных клеток. Такие участки цилиндромы в значительной степени напоминают по своему строению так наз. смешанную опухоль типа фиброэпителиомы,что затрудняет микроскопическую дифференцировку этих опухолей. Как правило, цилиндромы неинкапсулированы и почти в 90% случаев протекают клинически как злокачественные опухоли.

Раки, сохраняющие однотипную структуру во всех участках опухоли, встречаются редко. Микроскопически в аденокарциноме, состоящей из атипических железистоподобных ходов, часто наблюдается значительное расширение просветов последних и образование крупных кист (ци-стокарцинома). В просвет кист могут выступать ветвящиеся сосочковые выросты, состоящие из соединительнотканной основы и покрытые по поверхности цилиндрическим или кубическим эпителием (папиллярная цистокарцинома). Большинство раков околоушной железы имеет преимущественно солидное строение. Как правило, в солидном раке полиморфизм эпителиальных клеток более выражен, чем в собственно аденокарциноме, а в отдельных эпителиальных комплексах обнаруживаются фокусы некроза. Существует представление, что ороговевающие и неороговевающие плоскоклеточные раки околоушной железы исходят из подвергшегося метаплазии цилиндрического эпителия выводных протоков слюнной железы. Раки, снабженные хорошо развитой стромой, называются скиррами слюнных желез.

Клиническая картина. Доброкачественные эпителиальные опухоли околоушной железы встречаются у больных всех возрастов, но чаще всего поражаются лица в возрасте 30—40 лет. Они обладают медленным экспансивным типом роста.

При так называемых смешанных опухолях иногда наблюдаются временное ускорение роста, а также легкие болевые ощущения в области опухоли. Отсутствие субъективных расстройств и выраженных функциональных и анатомических нарушений объясняет позднюю обращаемость большинства больных за врачебной помощью.

По данным В. Е. Цымбала, средний срок от момента обнаружения опухоли до поступления больного в лечебное учреждение приближается к 7 годам. Обычно в области околоушной железы определяется безболезненная опухоль, четко отграниченная от окружающих тканей, подвижная (в той или иной степени), плотной или плотно-эластической консистенции, с гладкой или бугристой поверхностью. Кожа над опухолью не изменена и лишь при опухолях больших размеров натянута и вследствие этого несколько атрофична. Выраженного нарушения функции выделения слюны не наблюдается. При осмотре области устья стенонова протока отмечается выделение прозрачного водянистого секрета околоушной железы в обычном количестве.

Смешанные опухоли в результате долголетнего медленного роста могут достигать значительной величины, оставаясь доброкачественными даже в тех случаях, когда они повторно рецидивируют после оперативного удаления.

Однако в части случаев они без видимых причин малигнизируются. При этом опухоль начинает быстро расти, утрачивает подвижность, спаивается с окружающими тканями; в области опухоли появляются боли. Позднее к этим симптомам обычно присоединяется также паралич лицевого нерва.

Злокачественные опухоли околоушной железы чаще всего наблюдаются у больных старше 40 лет. Время с момента обнаружения опухоли до обращения больного в лечебное учреждение в общем значительно короче, чем при доброкачественных (чаще несколько месяцев). По данным различных авторов, в 30—50% случаев больные жалуются на боли в области околоушной железы, носящие вначале умеренный характер. В запущенных случаях боли наблюдаются всегда, нередко носят жестокий характер; при этом довольно часто они иррадиируют в область лба, виска, уха, нижней челюсти, шеи и затылка. Вследствие инфильтрирующего роста опухоли парез, а затем и паралич лицевого нерва являются частым и нередко довольно ранним симптомом.

Вначале опухоль представляет собой расположенный в области околоушной железы ограниченный инфильтрат или не имеющий четких границ твердый узел с мелкобугристой поверхностью, неподвижный или незначительно подвижный. В дальнейшем опухоль инфильтрирует окружающие ткани, в т. ч. и кожу. Кожные покровы над опухолью изъязвляются, и к опухолевому процессу присоединяется инфекция. При скиррозном раке нередко в области околоушной железы отмечается втягивание кожи; при этом кожа собирается в радиально расположенные складки, будучи фиксирована к подлежащим тканям.

Часто довольно рано появляются метастазы в регионарных лимф, узлах (подчелюстных, шейных). По мере разрушения паренхимы околоушной железы отмечается уменьшение слюноотделения из стенонова протока, вплоть до полного прекращения слюноотделения при обширном распространении опухоли.

Диагноз. В типичных случаях диагноз опухоли околоушной железы не представляет затруднений. В первую очередь их следует дифференцировать с целым рядом заболеваний, локализующихся в самой железе (паротит, слюннокаменная болезнь, болезнь Микулича, туберкулез, сифилис, актиномикоз, кисты) или вне железы в непосредственной к ней близости (рак кожи, гумма, хронический остеомиелит нижней челюсти, бранхиогенные опухоли, хронические лимфадениты, метастазы в шейных лимф, узлах).

Наиболее часто опухоли околоушной железы приходится дифференцировать с хроническими паротитами. Ограниченные и подвижные доброкачественные опухоли сравнительно легко отличить от хронического паротита, сопровождающегося с самого начала разлитым уплотнением железы. Труднее отличить злокачественные опухоли от хронического паротита. Локализация припухлости, ее плотность и длительность течения процесса являются общими признаками обоих заболеваний. Но при хроническом паротите поражение часто бывает двусторонним, больные не предъявляют жалоб на боли, железа поражается равномерно во всех своих отделах, поверхность припухлости мелкодольчатая, вся железа несколько подвижна, не спаяна с нижней челюстью и сосцевидным отростком, кожа над ней обычного вида. Увеличения регионарных лимф, узлов, как правило, не наблюдается. Для хронического паротита характерны периоды обострений, сопровождающихся выделением гнойного или слизеподобного отделяемого из устья стенонова протока.

Весьма ценным дополнительным методом в клинической диагностике заболеваний околоушной железы является сиалография. Диагностические пункции не получили широкого распространения. По мнению Редона (Н. Вейоп), ценность цитологического исследования пунктата из опухолей околоушной железы весьма сомнительна.

Лечение доброкачественных эпителиальных новообразований околоушной железы (аденом, аденолимфом) состоит в оперативном вмешательстве, заключающемся в удалении опухоли вместе с капсулой. Частые рецидивы после такого рода операции при смешанных опухолях, объясняемые первичной множественностью их зачатков, побудили некоторых авторов предпринимать полную экстирпацию околоушной железы с сохранением основных ветвей лицевого нерва. Применение полной экстирпации околоушной железы привело к значительному сокращению рецидивов, но эта операция технически сложна и чревата большим риском повреждения лицевого нерва. А. В. Козлова считает более рациональным методом лечения, обеспечивающим безрецидивное течение у большинства больных, комбинированный метод, при котором в ложе удаленной опухоли вводят радиоактивные препараты.

Н. Н. Петров, Альбом и др. считают необходимым начинать лечение с подготовительной лучевой терапии. Первым этапом лечения злокачественных эпителиальных опухолей околоушной железы (озлокаче-ствленная смешанная опухоль, мукоэпидермоидная опухоль, цилиндрома, рак) является телегамматерапия. Через 3—4 недели после облучения, по исчезновении реактивных изменений на коже, больной подлежит хирургическому лечению, заключающемуся в удалении новообразования с прилежащими участками околоушной железы. В некоторых случаях приходится прибегнуть к полной экстирпации околоушной железы с пораженными опухолью окружающими тканями. При этом может потребоваться резекция восходящей ветви нижней челюсти и иссечение участков черепно-мозговых нервов (VII, IX, XII), если они спаяны с опухолью. Нередко приходится предварительно перевязывать наружную, а иногда и общую сонную артерию.

В сомнительных случаях во время операции рационально производить срочное гистологическое исследование кусочка опухоли. В зависимости от микроскопического диагноза решают вопрос об объеме хирургического вмешательства. При злокачественных опухолях, как правило, проводят послеоперационную лучевую терапию и радикальную операцию на шее типа операции Крайла.

При противопоказаниях к оперативному печению вследствие общего состояния больного или неоперабильности опухоли применяют лучевую терапию (несколько курсов; повторный курс не раньше чем через 2,5—3 месяца после первого). Однако это лечение малоэффективно, в. Паникаровский.

Околощитовидные железы (нередко встречающийся термин «паращитовидные железы» лингвистически неправилен)— железы внутренней секреции, выделяющие специальный гормон (паратиреоидный гормон, паратгормон), основным физиологическим значением которого является регуляция обмена кальция. Околощитовидные железы тесно прилегают к задней поверхности щитовидной железы, почему до выяснения их физиологического значения нередко рассматривались как добавочные щитовидные железы. Околощитовидные железы имеются у всех позвоночных, начиная с амфибий; у рыб они не найдены. Особенно крупными размерами отличаются околощитовидные железы у птиц, что, вероятно, обусловливается интенсивным метаболизмом кальция в связи с образованием известковых скорлуп откладываемых яиц.

Впервые в качестве самостоятельного образования околощитовидных желез были описаны в 1880 г. Сандстремом, давшим им наименование. Внешнее сходство строения паренхимы околощитовидных желез с так называемым интерфолликулярным эпителием щитовидной железы, а также встречающиеся иногда в околощитовидных железах структуры, напоминающие фолликулы щитовидной железы и заполненные, подобно последним, коллоидоподобной массой, побуждали ранних исследователей рассматривать околощитовидные железы как участки мало дифференцированной тиреоидной паренхимы, сохранившиеся со времени зародышевого развития. Своеобразным отзвуком этих начальных представлений явилась гипотеза С. Г.Часовникова (1915); автор, допуская единство тиреоидной и паратиреоидной паренхимы, считал, что интерфолликулярные эпителиальные островки щитовидной железы превращаются в околощитовидных железах. В наст, время эти представления потеряли всякое значение, т. к. околощитовидные железы не только имеют самостоятельное функциональное значение, в корне отличающееся от функций щитовидной железы, но и эмбриологически закладываются и развиваются из совершенно иных источников, чем последняя.

Хотя Глей еще в 1891 г. отнес околощитовидные железы к железам внутренней секреции, независимость их от щитовидной железы впервые была установлена в 1895 г. Коном, показавшим На основании анатомических данных, что околощитовидные железы («эпителиальные тельца», по его терминологии) лишь вторично вступают в связь со щитовидной железой. Несмотря на это, представление о том, что щитовидная железа и околощитовидная железа составляют некий комплекс («тиреопаратиреоидный аппарат») сохранялось еще в течение сравнительно длительного периода [Бидль, 1913].

Пока функциональное значение околощитовидной железы не было установлено и их рассматривали как часть тиреоидной паренхимы, при струмэктомии по поводу зобной болезни нередко удаляли вместе со щитовидной железой и околощитовидной железой; это приводило к тяжелым осложнениям и, в первую очередь, к тетании. Эти осложнения первоначально приписывались удалению щитовидной железы. Однако после того, как Глейв 1891 г.показал, что тотальнаятиреоидэктомия, произведенная с оставлением интактных околощитовидных желез (например, у кролика, где нижняя пара околощитовидная железа лежит свободно от щитовидной железы), не сопровождается тетанией, стало ясно, что физиологическое значение щитовидной и околощитовидная железа различно. Позже Вассале и Дженера 1901 ] вызвали в эксперименте на собаках симптомы тетании изолированным удалением околощитовидной железы. Окончательно связь паратиреопривной тетании с околощитовидной железой была установлена рядом дальнейших исследований [Эрдгейм, 1903, 1904; Мараньон, 1911] и особенно работами Глея, Эйзельберг и Бидль (1911) показали, что развитие тетании можно предотвратить пересадкой околощитовидной железы. С другой стороны, было найдено, что тетания не наступает, если при операции оставлена хотя бы одна интактная околощитовидная железа. Изложенные наблюдения и эксперименты сделали очевидным, что околощитовидная железа обязательны для жизни, хотя конкретное функциональное значение их еще оставалось неясным.

Сходство клинической картины паратиреопривной тетании с симптомами тяжелого отравления привело к мысли, что роль околощитовидной железы заключается в обезвреживании ядовитых продуктов, возникающих в организме в ходе обмена веществ. Если же вследствие недостаточности околощитовидных желез эти ядовитые продукты не разрушаются, то их накопление в организме приводит к отравлению последнего, проявляющемуся тетанией. В лаборатории И. П. Павлова было сделано наблюдение (В.Гейнац), что у голодающих собак тетания развивается через 5—6 дней после удаления околощитовидной железы, но если такую собаку кормить мясом, то тетанические судороги наблюдаются уже на 2-й день после операции. При образовании перекрестного кровообращения между голодающей и накормленной паратиреоидэктомированными собаками у первой развиваются судороги, а у второй наблюдается ослабление симптомов тетании.

Результаты данных опытов можно было бы расценивать как свидетельство наличия токсических веществ в крови паратиреоидэктомированного животного и искать предполагаемое токсическое действие в продуктах распада белка. В этом отношении Кох обратил внимание на гуанидин, т. к., во-первых, еще с 70-х годов 19 в. было известно, что отравление гуанидином сопровождается судорогами, напоминающими тетанию, а во-вторых, после удаления околощитовидной железы наступает значительное увеличение содержания гуанидина и его производных (в т. ч. метилгуанидина и диметилгуанидина) в моче оперированных животных. Аналогичное повышение экскреции указанных продуктов наблюдается также и при клинической тетании у человека. Теория гуанидинового отравления как причины паратиреопривной тетании была особенно развита Пейтоном и его сотрудниками.