

АПУДОМИ ЩИТОВИДНОЇ І ПАРАЩИТОВИДНИХ ЗАЛОЗ

Бойко Н.І., Павловський М.П., Павловський І.М., Маркевич Ю.О.

Каедра факультетської та загальної хірургії, Львівський державний медичний університет ім. Д. Галицького

Концепцію про існування в організмі спеціалізованої високоорганізованої клітинної системи, основними властивостями якої є здатність її клітин виробляти біогенні аміни і пептидні гормони, запропонував у 1968 році А. Пірс і назвав її APUD-системою. Клітини APUD-системи називаються апудоцитами. Вони розміщені у життєво важливих органах людини.

Нараховується біля 40 типів апудоцитів, які розташовуються, як в ендокринних, так і не в ендокринних органах. Відомо, що вони синтезують більше 60-ти типів пептидних гормонів і біогенних амінів [5, 7, 9].

На протязі 20 років ми спостерігали 39 хворих із апудоцитомами щитовидної і парашитовидної залоз.

Результати власних спостережень хворих із апудомами щитовидної і парашитовидних залоз

Орган	Тип клітини	Пухлина	Кількість хворих
Щитовидна залоза	C	Медулярний рак	26
Парашитовидні залози	C, оксифільні	Апудома	13
Всього			39

Медулярний рак розвивається із C-клітин або парафолікулярних клітин щитовидної залози. Пухлина секретує кальцитонін (який за даними електронної мікроскопії знаходиться в осмофільних гранулах), серотонін, гістамін, кортикотропін, соматостатин, простагландини. Медулярний рак називають ще солідним раком з амілоїдозом строми. Він буває сімейний, або генетично обумовлений, і спорадичний. Сімейний медулярний рак спостерігали у одного хворого, який був складовою частиною синдрому Сіппла (медулярний рак і двобічна феохромоцитома наднирників). При медулярному раку щитовидної залози спостерігали приливи, водянисту діарею, в тканині пухлини можна виявити гістаміназу, декарбоксілазу ароматичних α -амінокислот. Для сімейного раку характерна дифузна гіперплазія C-клітин. Частота носійства складає 55% [1, 5, 8].

Для спорадичного медулярного раку була характерна наявність пухлин в одній частці щитовидної залози.

Медулярний рак не поглинає I^{131} і не залежить від дії тиротропіну, метастазує у шийні, медіастинальні лімфатичні вузли, легені, печінку, кістки, наднирники. Визначення рівня кальцитоніну - важливий діагностичний показник медулярного раку. Даний метод цінний для обстеження членів сім'ї з множинною ендокринною неоплазією другого типу (МЕН II). Для діагностики медулярного раку застосовували: ультрасонографію (УСГ) ший і визначали рівень кальцитоніну в крові, комп'ютерну томографію (КТ) ший, середостіння, легень; рентгенграфію органів грудної клітки; тонкоголкову пункцію ЩЗ із цитологічним дослідженням пунктату; визначали рівень гормонів T_3 , T_4 , ТТГ у сироватці крові.

Методом вибору лікування медулярного раку була тироїдектомія і усунення збільшених лімфатичних вузлів. Проводили ретельне спостереження хворих після операції: систематичний УСГ контроль, визначали рівень кальцитоніну в крові, рентгеноскопію органів грудної клітки, КТ. Іноді

доводилося систематично усувати збільшені лімфатичні вузли, як тільки вони виявлялися.

Апудоми парашитовидних залоз (ПЩЗ). ПЩЗ - невеликі епітеліальні залози вагою 0,05 - 0,3г., розташовані в середині тканин, під її капсулою або поза ЩЗ.

Апудоми ПЩЗ утворюються із C-клітин та оксифільних клітин, в яких продукуються кальцитонін і паратгормон. Вони відносяться до пептидних гормонів [2, 3, 6]. Клінічними виявами апудом ПЩЗ був гіперпаратироз (ГПТ), а гістологічною будовою - аденома або рак ПЩЗ. Спостерігали 13 хворих. Розрізняли слідуєчі форми ГПТ: кісткову (хвороба Енгеля-Реклінгаузена) - 6 хворих, ниркову - 3 хворих, вісцеральну - 2 хворих і змішану - 4 хворих.

Захворювання починалось із загальної слабості, спраги, поліурії, зниження апетиту. Пізніше виникали болі в кістках, м'язева слабкість, призупинявся ріст, випадали здорові зуби, розвивались патологічні переломи. На рентгенограмах кісток відзначався системний мієлоостеопороз, вогнища остеоклазії з формуванням пухлиноподібних розростань та кист, пізніше на їх місці утворювались щільні структури.

При ураженні нирок, у хворих виникали ниркові коліки, відходили дрібні конкременти, утворювалися кораловидні камені, виникав уремічний синдром.

Для вісцеральної форми характерні були виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, які мали схильність до перфорації. В судинах, особливо в аорті, спостерігались відкладення солей кальцію.

Для встановлення діагнозу ГПТ визначали рівень кальцію і фосфору в крові і екскрецію їх з сечею. При наявності патології в ПЩЗ спостерігались гіперкальціємія і гіперкальціурія, гіпофосфатемія, збільшувався рівень лужної фосфатази при кістковій формі.

Для топічної діагностики аденоми ПЩЗ застосовували УСГ, визначали в сироватці крові рівень паратгормону.

Лікування апудом ПЩЗ хірургічне. При аденомах ПЩЗ (9 хворих) проводили резекцію щитовидної залози, при раку - тироїдектомію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Валдина Е.А., Пучков Ю.Г. Медулярний рак щитовидної залози // Вестник хир.-№4.-С.16-21.
2. Голохвастов Д.И., Павловский А.В., Дундухов Н.Н. и др. Методы топической диагностики при первичном гиперпаратирозе // Вести. Хир. им. Грекова.- 1992.-т. 148.-№1-3.-С.142-148.
3. Джаубаев М.О., Выродов Н.С. Диагностика и лечение паратиреоаденом // Хирургия. - 1991.-№4.-С.16-17.
4. Комисаренко И.В., Рыбаков С.И., Коваленко А.Е. и др., Современные подходы и перспективы лечения рака поджелудочной железы // Лік. справа. - 1995.-№ 9/10 - С.23-26.

5. Кондратьева Т.Г., Волков Ю.М. Клинико-цитологические аспекты диагностики медулярного рака ЩЗ // Вопросы онкологии. -1989.- №5.-С.573-579.
6. Марков И.Н. Диагностика гиперпаратиреоза. // Хирургия.-1981.-№9.-С.120-121.
7. Jeffrey A., Norton G. Neuroendocrine tumor of the pancreas and duodenum // Curr. Prob. Surg.-1994.-Vol.81, №2.-P.79-87.
8. Hazzard J., Hawk W., Crile G. Medullare (Solid) carcinoma of the thyroid. A clinico-pathologic entity // J. Clin. Endocrin.-1959.-19.-N4.-P.152-161.
9. Marshal J.B., Bodnarchuk V.J. Carcinoid tumors. // Clin. Gastroenterol.-1993.-Vo1.16-№2.-P. 123-129.

РЕЗЮМЕ

Омь щитовидной и парашитовидных желез

Н.И., Павловский М.П., Паеловский И.М., Маркевич Ю.О.

На протяжении 20 лет мы наблюдали 39 больных с апудомами щитовидной и парашитовидной желез. Методом вылечения медулярного рака была тироедэктомия и устрание увеличенных лимфатических узлов. Лечение апудом хирургическое.

SUMMARY

Apudomas of the thyroid and parathyroid glands

Boiko, M.P. Pavlovsky, I.M. Pavlovsky, Yu.O. Markevych

The results of the observation during 20 years of 39 patients with apudomas of thyroid and parathyroid glands are presented. The method of choice of treatment of the modular cancer was thyroidectomy and the removal of the enlarged lymph nodes. The treatment of apudomas and parathyroid gland was surgical.