

АБЕРРАНТНЫЕ СТРУМЫ И МЕТАСТАЗИРУЮЩИЕ ПАПИЛЛЯРНЫЕ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*

Х. ТИВЕЛЬ

В последнее время внимание многих исследователей — хирургов и онкологов — привлекает особая категория опухолей, так называемые аберрантные струмы, развивающиеся в области боковых отделов шеи. До недавнего времени аберрантные струмы расценивались как опухоли, развившиеся из дистопических закладок щитовидного эпителия. Однако изучение их морфологических особенностей и клинического течения позволили ряду исследователей допустить возможность метастатического характера их происхождения и усомниться в едином механизме их гистогенеза. Хотя многими и признается возможность развития злокачественных опухолей (особенно папиллярных) из боковых аберрантных тканей щитовидной железы, большинство все же утверждает, что аберрантные струмы представляют собой метастазы папиллярного рака, первичный опухолевый очаг которого располагается в ткани щитовидной железы, имея длительное, вначале относительно доброкачественное течение. Последнее подтверждается многочисленными находками опухолей в веществе щитовидной железы при наличии так называемых аберрантных струм в боковых треугольниках шеи.

Естественно, что наличие различных мнений о генезе аберрантных струм привело к многочисленным диагностическим ошибкам и предложению разных лечебных методик, иногда противоречащих друг другу. Последнее объясняет появление в литературе разноречивых сообщений о непосредственных и отдаленных результатах лечения подобных опухолей.

Халлер в 1779 г. впервые обнаружил наличие дистопических участков ткани щитовидной железы далеко за пределами этого органа. В России первое подобное описание боковых добавочных зобов сделал в 1891 г. Э. Г. Салищев [15]. Более известными становятся аберрантные струмы после обзорной работы Кэттел [23] в 1931 г. и Франца и др. [33] в 1942 г., опубликовавших сборную статистику, основанную на изучении описанных в литературе 215 больных с аберрантными струмами. По данным Р. М. Пропп [14], в отечественной литературе до 1959 г. опубликовано 100 наблюдений аберрирующего зоба, в том числе 45 ее собственных.

Изучением диагностики и клиники аберрантных струм и рака аберрирующих щитовидных желез много занимались также С. А. Холдин [17, 18], Ф. М. Ламперт [11], В. А. Картавин [9], А. И. Лобаева [13], А. К. Горчаков [5], С. Ф. Серов [16], Н. Г. Цариковская [20], А. И. Гнамышак [3, 4], Е. В. Литвинова, Г. А. Блинова [12], Е. А. Жуков [6] и др.

* Работа выполнена в Институте онкологии АМН СССР под руководством проф. А. Холдина.

Как указывалось выше, правильное представление о генезе аберрантных опухолей щитовидной железы позволяет не только своевременно диагностировать их, но и определять рациональную лечебную тактику, которая существенно влияет на отдаленные результаты лечения. Как правильно подчеркнул Ф. М. Ламперт [11], злокачественные новообразования боковых аберрантных щитовидных желез нельзя рассматривать без изучения эмбриогенеза самой щитовидной железы. Последняя, образуясь из центральной закладки, спускающейся со дна глотки, а также из двух боковых, происходящих из пятых жаберных карманов, заканчивает свое формирование на 10-й неделе внутриутробного развития плода. В ряде случаев боковые закладки задерживаются в своем присоединении к центральной, образуя аберрантные участки щитовидной железы. В других случаях участки щитовидной железы, отшнуровавшись от жаберного кармана, могут спуститься до наружных отделов надключичной области. Эти положения лежат в основе эмбриогенетической гипотезы происхождения аберрантных щитовидных желез, в которых впоследствии развиваются доброкачественные и злокачественные опухоли [11, 14, 42].

Механизм образования дистопических закладок некоторыми исследователями объясняется и другими отклонениями. Так, Хенке полагает, что отдельные участки щитовидной железы могут изолироваться от основной массы ткани благодаря аномалии развития сосудов. Парселье, Вено и Бонин, Дабре (цит. по [42]) полагают, что большие сосуды и мышцы шеи в своем развитии могут механически раздвигать рыхлую ткань щитовидной железы, создавая островки ткани, располагающиеся на боковых поверхностях шеи. Форти указывает, что особенности крово- и лимфоснабжения щитовидной железы в некоторых случаях создают условия для формирования изолированных участков этого органа, располагающихся на боковых поверхностях шеи. Сравнительно-анатомические данные, указывающие на происхождение боковых долей щитовидной железы из ультиможаберных телец, возникающих из пятого энтодермального кармана, позволили Пелюшону [42] предположить возможность формирования из них всего лимфо-эпителиального комплекса щитовидной железы. Наличие в ультиможаберном теле многочисленных железистых и лимфоидных образований позволили этому же автору высказать также предположение о возможности рассеяния и отделения этих элементов по боковой поверхности шеи в ходе эмбриогенеза щитовидной железы.

Однако в результате клинических наблюдений и тщательного морфологического анализа удаленных аберрантных опухолей была выдвинута другая точка зрения их происхождения, прямо противоположная эмбриогенетической концепции. Так, Франц и сотрудники [33] считают, что аберрантные струмы — это метастазы рака щитовидной железы, локализирующиеся в лимфоузлах. Такой же точки зрения придерживаются многие отечественные и зарубежные авторы [1, 6, 7, 12, 17, 18, 19, 21, 23, 31, 42, 43, 44, 46, 48].

Присутствие лимфоидных тканей в аберрантных щитовидных железах рассматривается защитниками метастатической теории как доказательство наличия остатков лимфоузла, в котором развивался метастаз опухоли щитовидной железы. Отсутствие же остатков лимфатической ткани и синусов означает, что неоплазма захватила лимфоузел целиком. Место этих формаций обычно точно соответствует положению шейных лимфоузлов. При этом анализ основной щитовидной железы у большинства больных позволяет обнаружить опухоль, располагающуюся в ткани железы. Таким образом, основные положения этой кон-

цепции заключаются в том, что раки аберрантных щитовидных желез являются лимфогенными метастазами клинически невыявленного рака в ткани щитовидной железы. Правильность данной гипотезы происхождения аберрантных опухолей подтверждается прежде всего изучением морфологии удаленных аберрантных опухолей и щитовидных желез, отдаленными результатами лечения и статистическими данными [27, 33, 48]. Примерами, свидетельствующими в пользу метастатической концепции, являются наблюдения Уоррена и Фельдмана [48] над 49 больными, которым, наряду с изучением аберрантных опухолей, произведен гистологический анализ одновременно удаленного участка ткани щитовидной железы; у 48 из этих больных установлено наличие новообразования щитовидной железы.

Наблюдения Е. В. Литвиновой и Г. А. Блиновой [12] также показали, что у 8 из 11 больных метастазы в шейные лимфатические узлы исходили из нераспознанной папиллярной струмы, возникшей в обычно расположенной щитовидной железе. При этом метастазы в лимфатических узлах имели такое же строение железисто-сосочковой струмы, что позволило авторам рассматривать щитовидную железу как источник первичной опухоли, а аберрантные железы — как метастазы.

При морфологической характеристике аберрантных струм и опухолей щитовидной железы возникают трудности, связанные с большим разнообразием гистопатологических структур опухолей щитовидной железы, что в свою очередь затрудняет возможность отличить зрелые опухоли от незрелых. Обычно морфологически трудно дифференцировать простую гиперплазию от опухолевого роста, хотя гиперплазия может явиться причиной развития разных новообразований как доброкачественного, так и злокачественного характера. Вопрос о возможности перехода доброкачественных опухолей в злокачественные является наиболее актуальным вопросом современной онкологии. Выявление же природы злокачественных аберрантных струм возможно только при их гистологическом исследовании.

У большинства исследователей критериями для распознавания злокачественного превращения щитовидной ткани являлись атипизм клеток и наличие митозов, анаплазия ядер, гиперхроматоз, прорастание капсулы и соседних тканей, тромбоз и инвазия кровеносных и лимфатических сосудов опухолевыми клетками, инфильтрирующий рост и т. д. [6, 18, 20].

Чаще всего злокачественный зоб развивается не сразу, ему предшествует доброкачественная струма, но это не исключает возможности возникновения рака из неизменной ткани щитовидной железы.

В настоящее время данные многих исследователей [3, 6, 8, 10, 18, 20, 25, 30, 36, 46, 48] говорят за то, что среди злокачественных опухолей щитовидной железы преобладает папиллярный рак. При этом С. А. Холдин [18] разделяет папиллярные струмы на две категории — А и В, хотя и не видит между ними принципиальной разницы, различия эти скорее количественные, чем качественные. Гистологически они характеризуются дедифференциацией клеточных элементов. Группе А соответствуют менее злокачественные формы, и здесь, при сохранении сравнительно доброкачественной структуры, нередко метастазы в лимфатические узлы, имеющие чисто папиллярное строение. К группе В папиллярных струм отнесены опухоли с дедифференцированными клеточными элементами, с врастанием в смежные ткани и их разрушением, с регионарными и отдаленными метастазами. Здесь характерен атипизм и полиморфизм клеток и их ядер, переход местами в солидные тяжи с дисконфлексацией клеток, отсутствие выработки коллоида, проникновение в кровь и лим-

фатические сосуды. Они могут быть названы с полным правом папиллярным раком.

Однако вопрос о происхождении аберрирующих опухолей далеко еще не решен. По-видимому, это является одной из причин того, что имеющиеся в литературе классификации не отражают достаточно четко место аберрантных опухолей щитовидной железы среди других новообразований данного органа. Если в классификациях Лангханса [38], Кохера [37], Вегелина [50], являющихся наиболее ранними исследованиями, посвященными опухолям щитовидной железы, об аберрантных струмах ничего не сказано, то это объясняется господствующим в то время морфологическим принципом, положенным в основу проведенных классификаций. Однако у большинства авторов имеются указания о наличии метастазирующего зоба, коллоидного или папиллярного строения, а у С. А. Холдина [18] прямо сказано о наличии метастазирующей аденомы и папиллярной струмы, под которой, как справедливо отметила Н. Г. Цариковская [20], следует понимать папиллярное новообразование. В то же время столь распространенная классификация Уоррена [47] указывает на наличие опухолей в «аберрирующей щитовидной железе», т. е., в сущности, основывается на эмбриогенетической концепции происхождения аберрантных опухолей. Лишь в классификациях последних лет [29, 49] вводится определенное понятие об аберрантных опухолях, причем Уоррен и Мейснер [49] относят папиллярные струмы к доброкачественным опухолям и отдельно выделяют «рак в аберрантном узле», а Крайль и др. [29] относят метастазирующие формы к специальным типам опухолей. В то же время Гнатышак [3] вновь поднимает вопрос о раках, происходящих из «добавочных щитовидных желез» и тут же упоминает о метастазирующей аденоме, относя ее к «дискутабельной форме» рака.

Сказанное выше свидетельствует о том, что еще до настоящего времени нет четкого представления о характере и происхождении аберрантных опухолей, что приводит, как будет видно ниже, к многообразию лечебных тактик и методик, к многочисленным ошибкам и неясностям при оказании помощи больным, страдающим опухолями боковых отделов щен.

Клиника струм и новообразований боковых аберрирующих щитовидных желез своеобразна. Это своеобразие является результатом сложности клинической диагностики и особенностей проявления метастатических поражений лимфатических узлов, имеющих различные фазы своего развития, особенно в тех случаях, когда первичный опухолевый очаг расположен в щитовидной железе. Как указывалось выше, трудность диагностики, а следовательно, и оценка клинической картины связана также с различным подходом исследователей к трактовке генеза этих опухолей.

Аберрантной струмой и папиллярным раком щитовидной железы страдают чаще женщины [14, 18, 49]. При этом большинство авторов указывает, что папиллярные опухоли щитовидной железы чаще встречаются у людей моложе 40 лет [28, 36, 48].

Аберрантные струмы располагаются в виде свободных округлых узлов разной величины в клетчатке щен у переднего и заднего края грудино-ключично-сосковой мышцы или позади нее; их нередко приходится дифференцировать с туберкулезным лимфаденитом, лимфогрануломатозом и лимфосаркоматозом, бронхиальными кистами или струмами каротидной железы [11]. Для этого нередко требуется иссечение отдельных узелков для гистологического исследования.

В ряде случаев, особенно при папиллярных раках, опухоль на щен не замечается больным и случайно обнаруживается при осмотре врачом.

Значительно реже клиническая картина характеризуется симптомами сдавления нервных стволов или затруднения дыхания, сопровождаемыми отчетливым болевым ощущением, что встречается преимущественно в далеко зашедших случаях и больше при опухолях солидного или низкодифференцированного строения.

Наиболее частыми из опухолей щитовидной железы являются папиллярные раки, которые характеризуются медленным течением и сравнительно редким прорастанием в сосуды и мышцы, особенно в начальных фазах своего развития. Эккерт и Биарс [32] относят к папиллярным карциномам два клинических типа заболеваний: 1) первичные опухоли, локализованные в обычной для щитовидной железы анатомической области, и 2) опухоли, располагающиеся на боковых поверхностях шеи, которые получили название опухоли боковых aberrантных щитовидных желез. То же отмечает и Мак-Фи [40], считая боковые aberrантные опухоли метастазами папиллярной карциномы щитовидной железы. Как правило, метастазы папиллярной опухоли бывают крупнее первичного очага, и распространяются преимущественно по глубоким лимфатическим путям шеи. Отдаленные метастазы редки.

Диагностика aberrантных струм и папиллярных опухолей щитовидной железы в одних случаях трудностей не представляет; в других же — при отсутствии клинически определяемых изменений со стороны самой железы, весьма сложна и может быть уточнена только лишь после гистологического исследования [6, 18, 41]. Обнаружение опухоли щитовидной железы, в том числе папиллярной, особенно трудно при скрытых формах, когда величина ее настолько незначительна, что при осмотре и ощупывании не удается найти отдельного узла в тканях железы, или когда опухоль расположена за грудной [18].

В последние годы для диагностики применяется метод радиоодной-индикации [4]. Однако этот способ полностью не оправдал себя, так как многие опухоли, в том числе папиллярные, не обладают способностью поглощать радиоактивный йод [1].

Таким образом, правильный диагноз aberrантных струм может быть поставлен на основании анализа клинической картины с обязательным учетом особенностей течения таких опухолей, а в ряде случаев лишь после гистологического исследования удаленного узла.

Эффективность лечения aberrантных струм и папиллярных опухолей щитовидной железы, разумеется, прежде всего зависит от правильности и своевременности диагностики. Немалое значение для результатов лечения имеет также объем оперативного вмешательства, основанный на правильной трактовке происхождения aberrантных опухолей как эмбриогенетических или метастатических образований. Этим объясняются предложения многочисленных авторов — сторонников эмбриогенетической концепции происхождения aberrантных опухолей — производить «экономные операции» — иссечение прощупываемых узлов. Сторонники же метастатической теории требуют широкого хирургического вмешательства, предусматривающего удаление соответствующей доли, или субтотальной резекции щитовидной железы с одномоментной операцией Крайля. В последние годы многочисленные исследования в этом направлении позволяют наметить четыре основных направления при лечении aberrантных опухолей:

- 1) чисто оперативное лечение [2, 12, 18, 24, 26, 32, 39];
- 2) оперативное лечение в комбинации с интерстициальным введением радиоактивных препаратов в оставшиеся удаленные узлы на больших сосудах и ткань щитовидной железы [18, 26];

3) введение радиоактивного йода (J^{131}) с целью накопления его в ткани щитовидной железы и метастазах и разрушения опухолевых элементов как в железе, так и в лимфатических узлах, пораженных опухолью [4, 22, 45]. Этот способ лечения применяется часто в иноперабильных случаях в комбинации с рентгенотерапией;

4) комбинация оперативных вмешательств с наружным лучевым лечением, проводимым до или после операции, или как до, так и после хирургического удаления основных очагов опухоли и метастазов [25, 34, 46].

По мнению С. А. Холдина [17], наиболее целесообразной следует считать гемитиреоидэктомию с одновременным удалением лимфатических узлов вместе с грудинно-ключично-сосковой мышцей и внутренней яремной веной. При невозможности радикального удаления всех опухолевых узлов, особенно при интимной связи их с трахеей и крупными сосудами, в послеоперационном периоде применяют лучевое лечение. Указания ряда авторов [18, 26 и др.] о малой чувствительности папиллярных опухолей к наружной лучевой терапии привели к применению интерстициального введения радиоактивных препаратов во время операции. Обкалывание радионосными препаратами оставшихся подозрительных участков позволяет под контролем глаза точно распределить дозу ионизирующего излучения.

Что касается результатов лечения аберрантных опухолей и папиллярных раков щитовидной железы с метастазами в шейные и лимфатические узлы, то обобщающей статистики в литературе не приводится, ибо они объединяются большинством авторов вместе с другими опухолями щитовидной железы. Однако имеются указания, что папиллярные опухоли, развивающиеся у женщин в среднем возрасте, имеют сравнительно медленное течение и дают наилучшие отдаленные результаты (по [35], 5-летнее выживание до 70%).

Своевременная диагностика, основанная на учете особенностей клинического течения этих опухолей, правильная гистологическая характеристика их, тщательный анализ факторов, влияющих на прогноз заболевания, по-видимому, позволяют не только разработать рациональную лечебную тактику с учетом индивидуальных особенностей течения опухолевого процесса, но и добиться более высоких отдаленных результатов лечения.

Анализ приведенных выше литературных данных свидетельствует о недостаточно четком представлении по вопросу происхождения и течения аберрантных опухолей щитовидной железы. Неясность генеза их и противоречивость трактовки фактических данных породило в литературе множество лечебных методик, часто диаметрально противоположных друг другу. Совершенно очевидно, что пестрота лечебных воздействий, отсутствие определенных принципов в лечении подобных больных, приводит к различным отдаленным результатам, допускает многочисленные ошибки, не позволяет критически оценивать данные различных авторов. Несомненно, что эти обстоятельства побуждают к новым исследованиям так называемых аберрантных опухолей шеи, являющихся своеобразной и актуальной главой современной онкологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аликишибеков М. М. Злокачественные новообразования щитовидной железы. *Вопр. онкологии*, 1960, 6, 1, 117—120.
2. Вагнер Р. И. Опыт применения операции Крайля. *Проблемы онкологии*. Тр. Ин-та онкологии АМН СССР, 1960, 3, 68—79.

3. Гнатышак А. И. Рак щитовидной железы. Диссертация доктора мед. наук. Львов, 1958.
4. Гнатышак А. И. Применение радиоактивного йода в диагностике добавочных и аберрирующих зобов. Сб. реф. научн. работ клинич. кафедр Львовского мед. ин-та, 1955, 90—91.
5. Горчаков А. К. Зоб добавочных щитовидных желез. Врачебн. дело, 1951, 2, 1005—1008.
6. Жуков Е. А. Вопросы клиники, морфологии и лечения злокачественных новообразований щитовидной железы. Диссертация канд. мед. наук. Свердловск, 1959.
7. Жуков Е. А. Некоторые данные морфологии рака щитовидной железы. Новый хирург. архив, 1960, 1, 42—51.
8. Жуков Е. А. К клинике рака щитовидной железы. Вестн. хирургии, 1959, 82, 6, 45—49.
9. Картавин В. А. Клиника, патологическая анатомия и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы. Диссертация канд. мед. наук. Харьков, 1939.
10. Картавин В. А. О злокачественных опухолях щитовидной железы. Новый хирург. архив, 1940, 47, 9, 3, 137—143.
11. Ламперт Ф. М. Злокачественные новообразования боковых аберрирующих щитовидных желез. Хирургия, 1947, 9, 17—19.
12. Литвинова Е. В., Блинова Г. А. О так называемых аберрантных струмах. Вестн. хирургии, 1959, 6, 40—45.
13. Лобаева А. И. Случай злокачественной опухоли добавочных щитовидных желез. Сб. научн. работ эвакогоспиталя и кафедры общей хирургии Иркутского мед. ин-та, 1948, 175—179.
14. Пропп Р. М. Новообразования основной и аберрирующих щитовидных желез. Хирургия, 1959, 11, 105—112.
15. Салищев Э. Г. К казуистике добавочных зобов. Новый истинный отдельный боковой добавочный зоб. Изв. императорского Томского ун-та. Томск, 1891, 4, 107—118.
16. Серов С. Ф. К патоморфологии злокачественных опухолей щитовидной железы. Изв. АН КазССР, 1950, 92, 2, 60—66.
17. Холдин С. А. Злокачественные новообразования щитовидной железы. Современ. пробл. онкол., 1955, 4, 3—13.
18. Холдин С. А. Опухоли щитовидной железы. Кн.: X лет деятельности Ленинградского онкологического института. Л., 1938, 46—89.
19. Холдин С. А. Лечение злокачественных опухолей щитовидной железы. Труды первого съезда онкологов УССР. М.—Л., 1940, 450—458.
20. Цариковская Н. Г. Некоторые данные клиники и морфологии рака щитовидной железы. Врачебн. дело, 1953, 7.
21. Шемякина Т. В. Длительно существующие струмы как предраковые заболевания. Вопр. онкологии. Тр. АМН СССР, 1953, 132—140.
22. Beierwaltes W. H. Indications and contraindications for treatment of thyroid cancer with radioactive iodine. Ann. Internal. Med., 1952, 37, 1, 23—31.
23. Cattell R. B. Aberrant thyroid glands. J. Amer. Med. Assoc., 1931, 97, 1761—1767.
24. Cattell R. B. Neck dissection for carcinoma of the thyroid. Surg. Clin. N. America, 1953, 33, 3, 897—907.
25. Cohen M., Moore G. E. Malignant lesions of thyroid. Surgery, 1954, 35, 1, 62—77.
26. Crile G., Jr. Treatment of papillary carcinoma of the thyroid with lateral cervical metastases. Amer. J. Surg., 1950, 80, 4, 419—423.
27. Crile G. Tumors of lateral aberrant thyroid origin. J. Amer. Med. Assoc. 1939, 113, 1094—1097.
28. Crile G., Hazard J. B. Relationship of the age of the patient to the natural history and prognosis of carcinoma of the thyroid. Ann. Surg., 1953, 138, 1, 33—39.
29. Crile G., Jr., Hazard J. B., Dinsmore R. Carcinoma of the thyroid gland with special reference to a clinico-pathologic classification. J. Clin. Endocrinol., 1948, 8, 9, 762—765.
30. Dargent M., Guinet P. The early stages of thyroid carcinoma. Brit. Med. J., 1952, 4794, 1122—1125.
31. Dargent M. Le problème des tumeurs papillaires des glandes thyroïdiennes cervicales aberrantes. Bull. Assoc. franç., étude cancer, 1954, 41, 285—296.
32. Eckert Ch., Byars L. T. The surgery of papillary carcinoma of the thyroid gland. Ann. Surg., 1952, 136, 1, 83—90.
33. Frantz U. K., Forsythe R., Hanford J. M., Rogers W. M. Lateral aberrant thyroids. Ann. Surg., 1942, 115, 161—183.
34. Hare H. F., Newcomb R. V. Carcinoma of the thyroid in children: a ten-year follow-up. Radiology, 1950, 54, 3, 401—407.

35. Horn R. C., Dull J. A. Carcinoma of the thyroid: a reevaluation. *Ann. Surg.*, 1954, 139, 1, 35—44.
36. Horn R. C., Ravdin J. S. Carcinoma of the thyroid gland in youth. *J. Endocrinol.*, 1951, 11, 10, 1166—1178.
37. Kocher Alb. Die malignen Tumoren der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse. *Klinik der bösartigen Geschwülste*. Leipzig, 1924, 1, 770—806.
38. Langhans Th. Über die epithelialen Formen der malignen Struma. *Virchows Archiv*, 1907, 189, 1—2, 69—183.
39. Mac Donald J., Kofin P. Surgical management of papillar carcinoma of the thyroid gland — the case for total thyroidectomy. *Ann. Surg.*, 1953, 137, 2, 156—165.
40. Mac Fee W. F. The surgical treatment of carcinoma of the thyroid gland. *Surg. Clin. N. America*, 1953, 33, 2, 361—387.
41. Miller D., Constance J. Intraventricular rupture of a secondary carcinoma of the thyroid with probable seeding into the spinal mening. *Brit. J. Surg.*, 1952, 11, 159, 64—68.
42. Pelluchon P. P. E. Des tumeurs latérocervicales thyroïdiennes. Thèse pour le doctorat en médecine. Bordeaux, 1956, 84.
43. Pemberton J. J. Treatment of carcinoma of the thyroid gland. *Ann. Surg.*, 1934, 100, 906—923.
44. Redon H., Lacour J. Étude des tumeurs apparemment primitives de la région carotidienne. Rapport de 202 cas. *Bull. Assoc. franç. étude cancer*, 1953, 40, 4—21.
45. Seidlin S. M. Radioiodine in the treatment of metastatic thyroid carcinoma. *Med. Clin. N. America*, 1952, 36, 3, 663—667.
46. Smith R. T. Cancer of the thyroid. *Amer. J. Surg.*, 1953, 86, 6, 732—735.
47. Warren S. The classification of tumors of the thyroid. *Amer. J. Roentgenol.*, 1941, 46, 4, 447—450.
48. Warren S., Feldmann J., Feldmann D. The nature of lateral "aberrant" thyroid tumors. *Surg., Gynecol. and Obstetr.*, 1949, 1, 31—45.
49. Warren S., Meissner W. A. A working pathologic classification of thyroid disease. *Surg. Clin. N. America*, 1953, 33, 3, 739—747.
50. Wegelin C. Schilddrüse. *Handbuch der speziellen, pathologischen Anatomie und Histologie von Henke und Lubarsch*, Bd. 8, 1—658. Berlin, 1926.

*Институт экспериментальной
и клинической медицины
Академии наук Эстонской ССР*

Поступила в редакцию
24. VIII 1962

ABERRANTSED STRUUMAD JA METASTASEERUVAD PAPILLAARSED KILPNÄARME KASVAJAD

H. Tiivel

Resümee

Kirjanduse andmete järgi puudub ühtne seisukoht kaela külgmistes kolmnurkades aselisevate nn. aberrantsete struumade päritolu ja ravi kohta. Domineerivad kaks kontseptsiooni, mis selgitavad aberrantsete struumade histopatogeneesi: embrüogeneetilise (kilpnäärme koe düstoopilistest algmetest ja arenemise anomaaliast) ja metastaatilise (metastaasid kaela lümfisõlmedes kilpnäärme diagnoosimata kartsinoomist). Tõenäoliselt ongi nn. aberrantset struumad enamikul juhtudel kilpnäärme koes lokaliseerunud aeglaselt arenevate papillaarsete kartsinoomide lümfogeensed metastaasid. Ei saa aga eitada pahaloomuliste kasvaja arenemise võimalust kilpnäärme koe düstoopilistest algmetest. Aberrantsete kasvaja kliinika ja kulgu on väga erilaadsed, mistõttu enamikul juhtudel tuleb õigeks diagnoosimiseks kasutada histoloogilist uurimist. Kaela aberrantsete kasvaja ravimisel on kõige enam tulemusi andnud hemitüreoidektoomia koos lümfisõlmede eemaldamisega Crile'i meetodil. Ratsionaalse ravitaktika väljatöötamise seisukohalt osutub vajalikuks kasvaja täpse haiguskulu ja histoloogilise struktuuri uurimine.

*Eesti NSV Teaduste Akadeemia
Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut*

Saabus toimetusse
24. VIII 1962

ON ABERRANT STRUMAS AND METASTATIC PAPILLARY TUMOURS OF THE THYROID

H. Tiivel

Summary

There is no uniform treatment of the so-called "aberrant struma" existing in the lateral regions of the neck, owing to the lack of unity of opinion concerning their origin. The two main viewpoints as to the origin of these tumours are: the embryogenic (embryonal rest and a defect of development) and the metastatic (metastases into lymph nodes of neck from a nondiagnosed thyroid cancer). We are inclined to think that in most cases the so-called "aberrant strumas" are lymphogenic metastases of the slow-developing papillary cancer located in the thyroid tissue, although a development of malignant tumours from embryonal rests of thyroid gland must not be excluded either. The clinical course of aberrant tumours may be rather peculiar, and in most cases it needs histologic confirmation. The most expedient treatment seems to be hemithyroidectomy combined with simultaneous ablation of lymph nodes after Crile.

*Academy of Sciences of the Estonian S. S. R.,
Institute of Experimental and Clinical Medicine*

Received
Aug. 24th, 1962