

ТУБЕРКУЛЕЗ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Доцент И. А. Петухов

Из факультетской хирургической клиники (зав.—проф. Н. М. Янчур) Витебского медицинского института

В факультетской хирургической клинике Витебского медицинского института из 439 оперированных на щитовидной железе наблюдалось 3 больных туберкулезом щитовидной железы. У одного из них туберкулезный процесс в щитовидной железе протекал с распространенным казеозным распадом и абсцедированием.

Больной М., 65 лет, поступил в клинику 11/XII 1958 г. с жалобами на наличие опухолевидного образования на переднебоковой поверхности шеи справа, которое было несколько болезненным и затрудняло движение головы вправо. Болен 3 месяца, с тех пор, как заметил на шее справа медленно увеличивавшуюся припухлость. Венерические болезни и туберкулез отрицает.

Со стороны внутренних органов — возрастные изменения. На передней поверхности шеи справа на месте щитовидной железы имела плотная, бугристая опухоль, в центре которой намечалось размягчение. Это образование спаяно с кожей. Рентгеноскопия грудной клетки: легочные поля эмфизематозны; сердце — гипертрофия желудочков; аорта уплотнена. Предположительный диагноз: хронический воспалительный процесс или злокачественная опухоль, исходящая из правой доли щитовидной железы.

19/XII под местным обезболиванием с нейроплегией произведена операция (И. А. Петухов) — резекция правой доли щитовидной железы вместе с мышцами, покрывающими ее (резко выраженные явления периструмита) и частью кожи шеи. В центре удаленной «опухоли» правой доли щитовидной железы имеется полость размером 3×4 см, наполненная густой гнойной жидкостью и тканевым распадом. При посеве гноя роста не получено.

При гистологическом исследовании на фоне выраженного склероза щитовидной железы обнаружены бугорки, состоящие из эпителиоидных, лимфоидных и гигантских клеток. Диагноз: туберкулез правой доли щитовидной железы в стадии распада и абсцедирования.

У 2 других больных туберкулезный процесс в щитовидной железе протекал с обширным развитием грануляционной ткани и образованием участков склероза вместо железистой ткани. У одной из этих больных клинически были явления легкого тиреотоксикоза, а из-за обильного развития соединительной ткани и отложения солей извести железа при пальпации представлялась очень плотной и бугристой. Это давало повод заподозрить злокачественную опухоль щитовидной железы.

Больная С., 40 лет, поступила в клинику 27/VIII 1959 г. с жалобами на общую слабость, раздражительность, плаксивость, головные боли, плохой сон, пониженный аппетит. Считает себя больной 5 месяцев, с тех пор, когда заметила небольшое увеличение щитовидной железы, постепенно нараставшее. Венерические болезни и туберкулез отрицает. Замужем. Беременностей — 4, родов — 2.

Объективно: легкие без изменений; границы сердца не расширены, тоны чистые; пульс 86 ударов в минуту, ритмичный, артериальное давление — 110/60 мм ртутного столба. Обе доли щитовидной железы диффузно увеличены, плотные (зоб IV степени). Нижний полюс правой доли несколько спускается за грудинно-ключичное сочленение. Железа слегка болезненна при пальпации. Пучеглазия и других глазных симптомов нет. Больная нервозна, плаксива. Отмечался тремор конечностей и общий тремор тела. Красный стойкий дермографизм. На рентгенограммах области щитовидной железы определяются участки обызвествления мягких тканей на уровне C_{IV} и C_{VII} .

9/IX 1959 г. под местным потенцированным обезболиванием произведена операция (И. А. Петухов) по поводу тиреотоксикоза и предполагаемого озлокачествления зоба. Найдены выраженные явления периструмита с интимным сращением ткани железы с окружающими мышцами. Обе доли щитовидной железы увеличены в размерах, плотные, бугристые. Ввиду подозрения о раке произведено тотальное удаление правой доли и почти полное удаление левой доли, за исключением участка железистой ткани размером $1 \times 1 \times 0,5$ см у верхнего полюса, который макроскопически казался неизменным.

Макропрепараты долей щитовидной железы размерами $8 \times 7 \times 6$ и $6 \times 5 \times 5$ см. На разрезе ткань серо-пестрого вида. Режется с трудом из-за отложения большого количества солей извести. При гистологическом исследовании на фоне мелких атрофичных фолликулов и выраженного склероза железистой ткани определяются клеточные скопления, состоящие из лимфоцитов, лейкоцитов и эпителиоидных клеток, среди которых встречаются большие многоядерные клетки типа клеток Лангханса. Бластоматозного роста не обнаружено.

Особенностью данного наблюдения являются симптомы тиреотоксикоза, а также обильное отложение солей извести, что определялось рентгенологически и вызывало подозрение о злокачественном характере зоба. Резко выраженные явления периструмита, отмеченные во время операции, были расценены как прорастание злокачественной опухоли щитовидной железы в ее капсулу и окружающие мышцы.

Туберкулез щитовидной железы, протекавший в описанных случаях изолированно, по-видимому, являлся вторичным, хотя мы и не обнаружили очагов туберкулеза в других органах.

Нам думается, что следующее наблюдение следует расценивать как случай первичного изолированного туберкулеза щитовидной железы.



Микрофото. Туберкулезный бугорок в ткани щитовидной железы.

Больной Н., 13 лет, поступил в клинику 13/XII 1960 г. с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи. Больным себя считает около 3 лет, когда впервые заметил небольшой постепенно увеличивавшийся зоб. В течение последних 3—4 месяцев отмечено более быстрое увеличение зоба.

Общее развитие и рост ребенка вполне соответствуют возрасту. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. Границы сердца не расширены, тоны чистые. Пульс — 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Артериальное давление — 120/60 мм ртутного столба. На передней поверхности шеи справа и слева от трахеи видно на глаз и определяется при пальпации плотное, с неровной поверхностью опухолевидное, слегка болезненное образование, располагающееся соответственно долям щитовидной железы и смещающееся с трахеей при глотании больного (узловой зоб IV степени). Зоб не спаян с кожей. Явлений гипертиреоза нет. При рентгеноскопии легочные поля без изменений. Сердце в размерах не изменено.

16/XII 1960 г. под местным потенцированным обезболиванием произведена операция (И. А. Петухов). Установлено, что левая доля щитовидной железы состоит из плотных узлов величиной от горошины до сливы. Правая доля щитовидной железы также состоит из узлов величиной от горошины до лесного ореха, за исключением верхнего полюса, где железистая ткань макроскопически кажется неизменной. Произведено тотальное удаление левой доли щитовидной железы и субтотальная резекция правой доли с оставлением нормальной по внешнему виду железистой ткани у верхнего полюса. Операция была технически трудной из-за выраженных явлений периструмита.

Макропрепарат: доли щитовидной железы состоят из узлов размером от 4×4 см до 1×1×1 см. Одни узлы имеют железистое строение с обильным жидким коллоидом, другие имеют вид кист, наполненных жидким содержимым коричневого цвета. Некоторые узлы плотные, состоят из железистой ткани с белесоватыми участками, в центре которых иногда встречаются участки размягчения и распада. При гистологическом исследовании обнаружен туберкулез щитовидной железы с типичными туберкулезными бугорками и начинающимся некрозом в центре их (см. рисунок).

При повторном клиническом и рентгенологическом обследовании ребенка со стороны легких и других органов специфических туберкулезных изменений не обнаружено. Реакция Манту в пятом разведении отрицательная.

Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Проводилось лечение стрептомицином.

26/XII ребенок выписан домой в хорошем состоянии под наблюдение фтизиатра. Осмотрен в марте, мае и августе 1961 г. Здоров, жалоб нет. Ни при клиническом, ни при рентгенологическом обследовании специфических туберкулезных изменений не выявлено.

Диагностика изолированного туберкулеза щитовидной железы представляет трудности. У наблюдавшихся нами больных до операции были установлены диагнозы: хронический тиреоидит или рак щитовидной железы, диффузный тиреотоксический зоб с подозрением на малигнизацию, узловой эутиреоидный зоб с подозрением на малигнизацию. Таким образом 2 больных были оперированы с подозрением о раке щитовидной железы, а у 1 больного высказывалось предположение или о хроническом тиреоидите или о раке щитовидной железы. У всех 3 больных во время операции отмечены значительные технические трудности, обусловленные развитием обширных сращений щитовидной железы с капсулой и передней группой мышц шеи, покрывающих щитовидную железу, что во время операции расценивалось как проявление злокачественного инфильтрирующего роста и прорастание в окружающие ткани. Только при гистологическом исследовании препаратов, взятых из многих участков щитовидной железы, был выявлен истинный характер патологического процесса — туберкулез щитовидной железы.

Следует заметить, что и при гистологическом исследовании иногда нелегко установить туберкулезный характер поражения. Это зависит в первую очередь от особенностей течения туберкулезного процесса в щитовидной железе, в которой туберкулезные бугорки не всегда имеют типичное строение, а также от локализации участка ткани железы, взятого для исследования.

Лечение изолированного туберкулеза щитовидной железы должно быть комплексным и состоять из радикального хирургического вмешательства с последующей консервативной терапией стрептомицином и антибактериальными препаратами (фтивазид, паск и др.).

Адрес автора: Витебск, Окружная ул., д. 7, кв. 4.