

М. Х. АЙРАПЕТЯН, А. Г. ҚАЗАРЯН, Г. А. ҚАЗАРЯН, Н. В. ҚАРАПЕТЯН

К ВОПРОСУ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗОБА ДОБАВОЧНОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В хирургической патологии щитовидной железы мало изучен вопрос возникновения и поражения добавочных долей щитовидной железы. Заболевание это редкое, в результате чего подробных исследований по этому вопросу в доступной нам литературе не встречается, не считая описаний отдельных клинических наблюдений зоба добавочной щитовидной железы.

По данным Х. А. Тийвель и Р. И. Вагнер [12], до 1965 г. в отечественной литературе опубликованы результаты 55 наблюдений. Они в свою очередь приводят свои 56.

По месту расположения зоб добавочной щитовидной железы чаще всего встречается у корня языка [2, 13 и др.] и на боковой поверхности шеи [6 и др.].

Клинически добавочные щитовидные железы проявляются тогда, когда в них развивается либо зоб, либо злокачественное перерождение.

Больные с зобами добавочной щитовидной железы, в частности локализованными на боковой поверхности шеи, поступают с различными диагнозами: туберкулезный лимфаденит, лимфогрануломатоз, метастазы рака и др. Так, М. М. Горбенко [3] описывает случай трех добавочных щитовидных желез, симулирующих туберкулезный лимфаденит. Долгорд и Ветеланд [15] оперировали 39 больных по поводу зоба добавочной щитовидной железы боковой поверхности шеи, причем окончательный диагноз был установлен только после операции. Варен, Фельдман [14], Олсен [19] и др. считают, что добавочный зоб чаще, чем зоб нормально расположенной щитовидной железы, подвергается малигнизации. Этому мнению придерживаются и многие другие авторы. Однако мы не наблюдали такой частоты малигнизации [2 из 35 случаев].

В Армянском институте рентгенологии и онкологии за 10 лет (1956—1965) наблюдалось 35 больных с зобом боковой поверхности шеи (добавочные доли щитовидной железы), из них 20 оперированных. Цитологически и гистологически диагнозы подтверждены. Больные были в возрасте от 18 до 75 лет, из них мужчин было 16, женщин—19.

В вопросе этиологии и патогенеза большинство авторов зоб добавочной щитовидной железы считает метастазами папиллярных опухолей щитовидной железы [5, 11 и др.]. Они предлагают при зобе добавочной щитовидной железы одновременно с первичной опухолью удалять и отдельные увеличенные узлы на шее.

На основании клинических и морфологических наблюдений у нас возникло противоположное мнение, а именно: зачатки щитовидной железы могут существовать до конца жизни, оставаясь без изменений. Более того, они реже подвергаются гиперплазии или малигнизации, чем основные щитовидные железы. Подтверждением этому являются наши анатомические данные. Материалом для исследований послужили 420 трупов людей в возрасте от 5 месяцев до 103 лет, из них мужчин было 261, женщин—159. Из 420 в 87 случаях обнаружены дополнительные доли щитовидной железы, что составляет 20,7%, из них мужчин было 53, женщин—34.

Итак, в 87 наблюдениях обнаружено 136 дополнительных долей. Чаще всего встречаются случаи одной дополнительной доли, причем преимущественно у женщин (у женщин—15,1%, у мужчин—12,7%). Случаи с двумя дополнительными долями (4,4% : 4,9%) наблюдаются реже, а с тремя и более вообще являются редкостью (1,1% : 0,2%).

Приведенные данные показывают, что добавочные щитовидные железы встречаются у одного пятого и клинически проявляются и распознаются только при их зубном поражении или злокачественном росте.

Следует подчеркнуть, что при поражении основной щитовидной железы добавочные доли остаются интактными. Это подтверждается и нашими клиническими наблюдениями. Самые тщательные ревизии во время операции не выявили добавочных долей. Необходимо отметить, что при операциях по поводу зоба добавочной щитовидной железы из 20 больных ни у одного не наблюдалось увеличения или опухолевого поражения основной щитовидной железы, что было доказано морфологическим изучением тиреоидной ткани. Этот факт подтверждает наше мнение о том, что зоб добавочной щитовидной железы на боковой поверхности шеи можно рассматривать как самостоятельную нозологическую единицу и что он исходит из эмбриональных латеральных зачатков щитовидной железы.

Сторонники метастатической теории добавочной щитовидной железы Кинг, Пембертон, Слоун [11, 16] и другие исследователи считают, что аберрантные зобы являются метастазами, которые проникают в глубокие шейные лимфатические узлы от гомолатеральной доли щитовидной железы, однако они не отмечают, когда и при каких условиях происходит это метастазирование. Поскольку малигнизация добавочных латеральных зобов встречается редко, то на основании клинических и анатомических данных мы доказываем обратное.

Анализ нашего клинического материала показывает, что метастазирование из основной щитовидной железы может быть только при злокачественном зобе или его малигнизации.

При операциях на щитовидной железе (гемиструмэктомия, субтотальная резекция и др.) создается обширная раневая поверхность с зияющими лимфатическими и кровеносными сосудами, что является хорошим условием для имплантации и метастазирования. Однако наши на-

блюдения над многочисленными больными исключают возможность участия указанных факторов в этиопатогенезе данной патологии.

В большинстве случаев зобы боковой поверхности шеи гистологически бывают доброкачественными (из 20 только у одной больной оказалась типичная малигнизация и у другого—рак). Но и в этих случаях увеличения или перерождения основной щитовидной железы не было отмечено, что также свидетельствует против их метастатического происхождения. Правильный предоперационный диагноз нами установлен у 15 больных из 35.

За последние годы нами широко применяются пункционная биопсия, исследование больных радиоактивным йодом-131 и другие лабораторные исследования.

Пункционная аспирационная биопсия играет существенную роль в диагностике боковых аберрантных струм. С этой целью целесообразна пункция посредством толстой иглы (диаметр 1,2—1,5 мм). Полученная ткань в виде «колбаски» или мелких кусочков дает возможность для проведения гистологического исследования методом отпечатков. В отличие от биопсии тонкой иглой в данном случае имеется возможность получить специфическую морфологическую картину. Пункционная аспирационная биопсия произведена у 15 больных, из них у 2 в препаратах были обнаружены лишь элементы периферической крови, у 13—тиреоидная ткань. В результате у этих больных установлен правильный дооперационный диагноз.

Накопление радиоактивного йода в добавочных зобах и в щитовидной железе, анатомически нормально расположенной, измерялось по принципу регионарной радиометрии. Как правило, накопление изотопа йода в добавочных зобах колебалось в пределах нормы (20—40% введенного количества индикатора—йод-131). Разница в поглощении добавочными боковыми долями от нормально расположенной тиреоидной ткани была минимальной и составила 5% у 5 больных, а у 15 разница не обнаружена; низкое накопление радиоiodа, характерное для «холодного узла», отмечалось лишь у 1 больной. У 11 из 20 больных определено также содержание связанного с белками плазмы неорганического йода и общего йода крови. С. Б. И. у 11 больных были ниже границ нормы (4—5 гамма%). Содержание общего йода крови составляло в среднем 5 гамма%, что соответствовало нормативам практически здоровых лиц.

Основной обмен был повышен у 3 больных в пределах от +25% до +30%, у остальных 8 больных данные основного обмена составили нормальные показатели. Дисфункция щитовидной железы отмечена лишь у одной больной (тахикардия, нервозность, дефицит веса).

Анализ нашего клинического материала показывает, что добавочные щитовидные железы часто встречаются в виде 2—3 и более узлов величиной от чечевицы до крупного ореха и больше. У 2 больных удаление одиночных узлов привело к увеличению других узлов, что явилось причиной повторных операций. Поэтому мы считаем необходимым при

зобе добавочной щитовидной железы производить радикальное удаление всех узлов аберрантной струмы, а также лимфатических узлов с окружающей жировой клетчаткой без перевязки внутренней яремной вены по методу Крайля [17, 18] и ревизию основной щитовидной железы. После гистологического исследования при подозрении на малигнизацию 3 больным назначена послеоперационная рентгенотерапия.

При детальном клиническом исследовании у 35 больных изменений в нормально расположенной щитовидной железе не обнаружено (у 20 больных это подтверждено ревизией тиреоидной ткани во время операции).

Из 35 больных хирургическому лечению подвергались 20. У 18 больных хирургическое вмешательство было ограничено только удалением отдельных увеличенных узлов, однако у 3 больных заболевание рецидивировало, и они подверглись операции Крайля с удалением всех аберрантных узлов с лимфатическими узлами и окружающими тканями (грудино-ключично-сосковая мышца, наружная яремная вена и жировая клетчатка) единым блоком.

Таким образом, зобы боковых добавочных щитовидных желез явились единственным проявлением заболевания.

В ы в о д ы

1. Добавочные доли щитовидной железы в виде эмбриональных зачатков встречаются у каждого 5-го человека.
2. Клиническое течение и морфологическое строение зоба добавочных щитовидных желез позволяет считать их самостоятельным заболеванием, развивающимся из латеральных эмбриональных зачатков щитовидной железы.
3. Большое значение в установлении правильного дооперационного диагноза имеют пункционная аспирационная биопсия и радиоизотопное исследование йодом-131.
4. При подозрении на малигнизацию наиболее рациональным и радикальным является операционное лечение методом Крайля на стороне поражения. При наличии малигнизации показана послеоперационная рентгенотерапия.

Армянский институт
рентгенологии и онкологии

Поступило 14/VII 1967 г.

Մ. Խ. ՀԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ, Հ. Գ. ՂԱԶԱՐՅԱՆ, Գ. Ա. ՂԱԶԱՐՅԱՆ, Ն. Վ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ՀԱՎԵԼՅԱԼ ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՉԻ ԽՊԻՊՆԵՐԻ ԷԹԻՈԼՈԳԻԱՅԻ, ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ
ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՐՑԵՐԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հեղինակներն ուսումնասիրել են հավելյալ վահանագեղձի խպիպի կլինիկական և վիրաբուժական բուժման հարցերը:

Հավելյալ խափափաները հաճախակի տեղակայում են պարանոցի կողմնային մակերեսին, որի տարբերական ախտորոշումը շափազանց դժվար է: Կլինիկական դիտարկումների հիման վրա (35 հիվանդների) հեղինակները եզրակացնում են, որ հավելյալ վահանազեղծի խափափր ոչ թե մետաստատիկ բնույթ ունի, ինչպես կարծում է հեղինակների մեծ մասը, այլ ինքնուրույն հիվանդություն է: Հաճախ այս հիվանդության ժամանակ նորմալ տեղակայված վահանազեղծը չի փոփոխվում:

Վերոհիշյալ փաստերը ապացուցվում են նաև հեղինակների կատարած անատոմիական ուսումնասիրություններով: 420 դիակների ուսումնասիրությունների ժամանակ 87-ի մոտ հայտնաբերվել են վահանազեղծի հավելյալ բլթեր, որոնք կազմում են 20,7%` 53 տղամարդ, 34 կին:

Տարբերական ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի պունկցիան` բջջաբանական քննության հետ միասին և հիվանդների քննությունը ռադիոակտիվ յոդ 131-ի օգնությամբ:

Քանի որ հեղինակները կարծում են, թե հավելյալ վահանազեղծի խափափր ինքնուրույն հիվանդություն է, նրա` պարանոցի կողմնային մակերեսի վրա տեղակայվելիս, առաջարկում են օպերացիա, իսկ կասկածելի շարորակության դեպքում` նաև հետօպերացիոն ռենտգենթերապիա:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айрапетян М. Х. Вопросы рентгенологии и онкологии, VII. Ереван, 1963, стр. 321.
2. Бандуристый Н. В. Сборник научных трудов Днепропетровского медицинского института, III. Днепропетровск, 1957, стр. 17.
3. Горбенко М. М. Здравоохранение, Кишинев, 1958, 3, стр. 47.
4. Гнатышек А. И. Рак щитовидной железы. Киев, 1962.
5. Гнатышек А. И. Вестник хирургии, 1956, 3, стр. 111.
6. Казарян А. Г. и Айрапетян М. Х. Сборник трудов II конференции эндокринологов Армении. Ереван, 1965, стр. 113.
7. Казарян А. Г., Айрапетян М. Х. и Карапетян Н. В. Сборник трудов II конференции эндокринологов Армении. Ереван, 1965, стр. 111.
8. Казарян А. Г. Труды Ереванского медицинского института, т. XIV. Ереван, 1965, стр. 65.
9. Крижановский В. А., Ковалев М. М. и Дальников Е. М. Хирургия, 1964, 12, стр. 25.
10. Роджерс У. М. В кн.: Щитовидная железа. М., 1963, стр. 143.
11. Слоун Л. В. В кн.: Щитовидная железа. М., 1963, стр. 147.
12. Тийвель Х. А., Вагнер Р. И. Вопросы онкологии, 1965, XI, 7, стр. 94.
13. Пропп Р. М. Хирургия, 1959, 11, стр. 105.
14. Weren and Feldman. J. of. surg obstetr, 1949, 88, 31.
15. Dolhard and Weteland. Acta chir. Scand, 1956, III, 6, 431.
16. King W. and Pemberton J. J. surg. ginocol and obstatr, 1942, 74, 5, 991.
17. Crile G. Amer. J. Surg., 1950, 80, 4, 419.
18. Crile G. Annal. Surgeri, 1957, 3, 317.
19. Olsen A. Acta chir. Scand, 1951, 103, 2. 118.