

УДК 616.44—072.5

Г. А. АРЗУМАНЯН, Л. С. ГЕВОРКЯН, А. С. ЗОГРАВЯН

ПУНКЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Воспалительные заболевания щитовидной железы относятся к редко встречающейся патологии. Еще реже встречаются хронические формы их типа Гашимото и Риделя. Так, авторами, располагающими большим биоптическим материалом воспалительных заболеваний щитовидной железы, описаны единичные случаи тиреоидита Риделя и Гашимото [1, 16, 17]. По данным литературы, эти заболевания наблюдаются в основном у женщин. Имеются лишь единичные наблюдения струмы Гашимото у мужчин [5, 12]. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний щитовидной железы до сих пор не установлены.

Данные Армянского института рентгенологии и онкологии позволили отметить наибольшую обращаемость больных с воспалительными заболеваниями щитовидной железы в период пандемии гриппа. Вышеотмеченный факт, а также анамнестические данные обследованных нами больных позволяют присоединиться к мнению авторов [9, 11], придерживающихся инфекционной теории возникновения воспалительных заболеваний щитовидной железы, в особенности острых и подострых форм.

До настоящего времени, к сожалению, нет единой общепринятой классификации воспалительных процессов щитовидной железы. Наиболее принятой в патогистологической практике является классификация О. В. Николаева [14], по которой воспалительные заболевания щитовидной железы делятся на 4 группы: острые тиреоидиты (струмиты) негнойные и гнойные; подострые; хронические (лимфоматозный зоб Гашимото и фиброзный—Риделя); редкие воспалительные заболевания.

Заслуживает внимания классификация, предложенная Р. К. Исламбековым и Л. Б. Платсеновой [7], которые, исходя из природы и механизма возникновения, воспалительные заболевания щитовидной железы делят на 4 группы. В свою очередь, каждая группа, согласно патоморфологической картине, подразделяется на подгруппы: I. Тиреоидиты и струмиты инфекционной природы. Острые негнойные и гнойные. Хронические тиреоидиты—неспецифические (пиогенные); специфические: туберкулезный, сифилитический, актиномикозный. II. Тиреоидиты хронические, неспецифические, невыясненной этиологии. Лимфома-

тозный—Гашимото: диффузный, парциальный. Фиброзный—Риделя. III. Тиреоидиты и струмиты радиационные (после рентгено-радиотерапии). IV. Тиреоидиты травматические.

Патоморфологическая картина струмы Гашимото и Риделя нередко бывает сходной и представляет большие затруднения в их дифференциации. Такие случаи С. Вернер [4] предлагает относить к третьей форме хронических неспецифических тиреоидитов—смешанной или неклассифицируемой, по Е. С. Драчинской и И. С. Брейдо [6]. Сходность клинической и патоморфологической картин обоих типов хронических неспецифических тиреоидитов вызывает разногласия и во взгляде на природу возникновения их. Одни авторы связывают эти формы друг с другом и рассматривают их как стадии развития одного патологического процесса [7, 18], другие считают их различными заболеваниями [15].

Клиническая диагностика и дифференциация различных форм воспалительных заболеваний, а в отдельных случаях дифференциация их от злокачественных процессов порой представляет большие затруднения, а между тем правильная диагностика обеспечивает эффективность терапии.

Единственным достоверным диагностическим методом, как известно, является гистологическое исследование. Однако при этом постановка диагноза не предшествует лечению и не помогает выбору наиболее рациональной терапии [13]. Отсюда вытекает необходимость применения других дополнительных исследований. В настоящее время одним из ведущих методов, облегчающих дифференциальную диагностику поражений щитовидной железы, является цитологическое исследование пункционного материала [2, 10]. Техническая легкость последнего, минимальные сроки выполнения и большая достоверность обеспечили ему быстрое внедрение в комплекс клинической диагностики заболеваний данной локализации.

Исходя из вышеизложенного, мы поставили перед собой задачу изучить особенности цитоморфологических картин различных патоморфологических вариантов воспалительных заболеваний щитовидной железы, а также определить значение пункционного цитологического метода в дооперационной диагностике этих процессов.

Мы располагаем 16 наблюдениями тиреоидита, при которых была произведена диагностическая пункция щитовидной железы. При этом материал для цитологического исследования не был получен в 4 случаях—в двух это можно было объяснить выраженным фиброзом ткани щитовидной железы, у одного больного по отпечаткам и гистологическим исследованиям был установлен зоб Риделя. У 8 больных были параллельно исследованы отпечатки и гистологические срезы тканей щитовидной железы во время операции. В остальных—о достоверности цитологического заключения судили по проведенной терапии и дальнейшему клиническому течению заболевания.

В настоящей работе мы располагали 2 наблюдениями острого гной-

ного тиреоидита, 3—подострого и 2 случаями хронического неспецифического (пиогенного) тиреоидита. Хронический тиреоидит типа Гашимото имел место у 2 больных, тиреоидит Риделя—у 3, смешанная (неклассифицируемая) форма хронического воспалительного процесса—у одного. Клинически у этих больных был диагностирован зоб, или высказывалось подозрение на рак. Однако комплекс дополнительных исследований позволил установить воспалительную природу заболевания.

В случаях острого гнойного тиреоидита цитограмму пунктата составляли лейкоциты, среди которых преобладали нейтрофилы. Изредка встречались плазматические клетки, макрофаги, гистiocитарные и соединительнотканые элементы. В обоих наших наблюдениях противовоспалительное лечение, проведенное на основании цитологического заключения, привело к полному выздоровлению.

Затяжные формы острого воспалительного процесса протекали по типу подострого и хронического тиреоидита, при которых цитограмма была значительно беднее лейкоцитами; преобладали разрушенные нейтрофилы и значительно возросло количество гистiocитарных, моноцитонидных и соединительнотканых элементов. Гистiocиты часто располагались в виде симпластов. Ввиду большой полиморфности, они ошибочно могут быть приняты за раковоперерожденные эпителиальные элементы. Однако тщательное изучение морфологии ядер гистiocитарных клеток позволяет отличить их от последних (контуры ядер раковых клеток неровные, хроматин имеет глыбчатое строение, красится неравномерно).

Цитограмма при тиреоидите Гашимото была представлена в основном лимфоцитами разной степени зрелости (преобладали пролимфоциты). Предполагается, что наличие лимфоцитов является результатом раздражения ткани железы и служит как бы защитной реакцией организма [19]. Наряду с увеличением лимфоидных элементов, мы наблюдали и ядерно-цитоплазматические изменения, отмеченные Ю. Г. Кудинским [10]. Автор обратил внимание на то, что при струме Гашимото в ядрах лимфоидных элементов хроматин расположен рыхло и комковато, цитоплазматический ободок увеличен. Отмечалось значительное число макрофагов, плазматических клеток и гистiocитов, а также группы и небольшие скопления кубических эпителиальных клеток с полиморфными ядрами; часть из них носила признаки дегенерации. Дегенеративные изменения наблюдались и в элементах лимфоидной ткани. Выявлены были также крупные клетки с широкой оксифильной цитоплазмой, напоминающие клетки Гюртля, которые, в свою очередь, рассматриваются как формы дегенерировавших клеток [3]. Отмеченные дегенеративные изменения могут быть связаны с ишемией, вызванной стимуляцией тиреотропного гормона. Соединительнотканые элементы были представлены фибриллярными нитями и фиброцитами. Отмечались небольшие участки оксифильной массы—коллоида. Цитологическое заключение о наличии хронического воспалительного процесса типа Гашимото в обоих наблюдениях было подтверждено цитологическим

исследованием отпечатков биопсированных тканей и гистологическим исследованием. Изучение гистологических препаратов показало, что ткань щитовидной железы была инфильтрирована лимфоцитами и плазматическими клетками. Лимфоидные элементы были расположены чаще в виде инфильтратов неправильной формы. В отдельных участках определялись небольшие, округлой формы, фолликулы, содержащие коллоид. Имелись также островки эпителиальной ткани с явлениями дегенерации, а также с наличием гипертрофированных клеток. Отмечалось умеренное разрастание фиброзной соединительной ткани.

Во втором наблюдении, наряду с вышеизложенными изменениями в цитограмме, в полях эпителиальных клеток выделялись элементы с признаками анаплазии. Этот случай представляет интерес в том отношении, что спустя год больной вновь поступил в стационар уже с малигнизацией щитовидной железы и метастазами. Это наблюдение подтверждает имеющееся в литературе мнение о возможности озлокачествления струмы Гашимото [7, 8, 10]. Ю. Г. Кудинский [10] считает возможным малигнизацию хронических тиреоидитов как за счет железистого эпителия, так и за счет лимфоидной ткани.

В одном наблюдении в очень скудном пунктате цитологическая картина была представлена небольшим количеством лимфоидных элементов разной стадии зрелости, плазматическими клетками, одиночными нейтрофилами, гистоцитарными, моноцитоподобными и соединительнотканными элементами. На основании этих данных цитологом было выдано заключение о хроническом воспалительном процессе без указания его патоморфологического типа. Причиной этому была скудность цитограммы клеточными элементами.

Изучение гистологических препаратов показало, что щитовидная железа утратила свое обычное строение. В различных разделах узла строение ткани было неодинаковое. В центральных—отмечалась интенсивная лимфоидная инфильтрация с образованием лимфатических фолликулов. Ближе к периферии лимфоидные образования были замещены фиброзной тканью. Кое-где обнаруживались остатки атрофированных фолликулов, скопления плазматических, эпителиоидных, лимфоидных клеток и нейтрофилов. Ближе к капсуле имелись разрастания плотной гиалинизирующей ткани. Первоначально гистологом было дано заключение: струма Гашимото. Однако ретроспективное изучение препаратов позволило рассматривать этот вариант хронического воспалительного процесса как третью—смешанную или неклассифицируемую форму хронического тиреоидита (по [4, 6]). Скудность пунктионного материала клеточными элементами в данном наблюдении должна быть объяснена фиброзом и гиалинозом ткани щитовидной железы.

Значительные трудности представляет цитологическая диагностика хронического тиреоидита Риделя. При последнем фиброз и гиалинизация более выражены, часто пронизывают всю пораженную ткань щитовидной железы.

Мы имеем два наблюдения тиреоидита Риделя. В одном случае

данные цитологического исследования пункционного материала позволили дать ответ в убедительной форме, в другом—выдать заключение о воспалительном процессе и высказать предположение о тиреоидите Риделя. Изучение отпечатков удаленных тканей щитовидной железы убедило нас в достоверности этого предположения. В гистологических препаратах наблюдалось незначительное количество тиреоидной ткани, фолликулы были сдавлены, атрофированы и отодвинуты друг от друга разросшейся фиброзированной и гиалинизированной соединительной тканью, некоторые из них содержали небольшое количество коллоида.

При хроническом воспалительном процессе типа Риделя пункционный материал обычно скуден клеточными элементами. В двух наших наблюдениях цитологическая картина была обусловлена лимфоидными, гистiocитарными, плазматическими, эпителиальными клетками, соединительнотканями элементами, а также макрофагами. Эпителиальные клетки были весьма полиморфны, располагались разрозненно, реже скоплениями. Наряду со сдавленными мелкими эпителиальными клетками с неровными контурами, встречались крупные экземпляры с большими ядрами и густой сетью хроматина, очень похожие на раковые.

Интенсивность инфильтрации лимфоидными элементами в этих двух наблюдениях была различна, что, очевидно, должно быть объяснено различием фаз развития воспалительного процесса в момент исследования.

В первом наблюдении пункция производилась дважды с интервалом в полтора года. В первый раз на основании цитологического исследования пункционного материала был диагностирован острый тиреоидит, а спустя полтора года было сделано заключение о хроническом тиреоидите типа Риделя. Данное наблюдение говорит о возможности перехода затяжных форм острых тиреоидитов в хроническую риделевскую форму, на что указывают также Р. К. Исламбеков и Л. Б. Платонова [7].

Следовательно, параллельное изучение цитологических и гистологических препаратов показало, что как для тиреоидита Гашимото, так и для струмы Риделя характерно присутствие лимфоидных элементов, разрастание соединительной ткани, фиброз и гиалиноз. Однако в первом случае преобладают элементы лимфоидной ткани, во втором—идет бурный рост соединительнотканной стромы. Наши исследования не выявили каких-либо специфичных признаков, характерных только для тиреоидита Риделя или хронического воспалительного процесса типа Гашимото. Патоцитоморфологическое изучение хронических тиреоидитов Гашимото и Риделя и смешанной (неклассифицируемой) формы, занимающей промежуточное положение, показало, насколько трудно отграничить одну форму хронического воспалительного заболевания от другой. Это позволяет нам присоединиться к мнению авторов, рассматривающих тиреоидиты Риделя и Гашимото как две различные фазы одного и того же хронического воспалительного процесса. Кроме того, наши исследования позволили заметить, что каждый тип хронического воспа-

лительного процесса, в свою очередь, имеет переходные фазы своего развития.

Таким образом, данные наших исследований показали, что при технически правильно проведенной пункции, обеспечивающей достаточный материал, цитологическое исследование пунктата может способствовать достоверному распознаванию воспалительного процесса щитовидной железы, а также в некоторых случаях определению его формы.

Армянский институт
рентгенологии и онкологии

Поступило 25/IX 1970 г.

Գ. Ա. ԱՐԶՈՒՄԱՆՅԱՆ, Լ. Ս. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ, Ա. Ս. ԶՈՂՐԱԲՅԱՆ

ՎԱՀԱՆԱԳԵՂՁԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊՈՒՆԿՑԻՈՆ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. մ.

Մեր հետազոտություններում նպատակադրվել ենք ուսումնասիրել վահանագեղձի բորբոքային հիվանդությունների տարբեր պաթոհիստոլոգիական ձևերի բջջաբանական պատկերները, ինչպես նաև որոշել պունկցիոն բջջաբանական քննության դերը միջլիրահատական ախտորոշման մեջ:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ տիկնիկապես հաջող կատարված պունկցիան տալիս է բավարար քանակով պունկտատ՝ բջջաբանորեն ախտորոշելու վահանագեղձի բորբոքային հիվանդությունները և նրանց տարատեսակները:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аведисов С. С. и Волинский А. П. Вестник хирургии им. Грекова, 1962, 6, стр. 62.
2. Арзуманян Г. А. и Зограбян А. С. Материалы III конференции эндокринологов Армении, в. II. Ереван, стр. 68.
3. Ахунбаев И. К. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1964, 2, стр. 53.
4. Вернер С. Щитовидная железа, физиология и клиника. Л., 1963.
5. Воротилкин А. И. Труды II областной конференции по эндемическому зобу и заболеваниям щитовидной железы. Челябинск, 1964, стр. 91.
6. Драчинская Е. С., Брейдо И. С. Хирургия щитовидной железы. Л., 1963.
7. Исламбеков Р. К., Платонов Л. Б. Воспалительные заболевания щитовидной железы. Ташкент, 1968.
8. Каневская А. И., Никитина Н. И. Вопросы онкологии, 1962, 8, стр. 80.
9. Казарян Г. А. Автореферат докт. дисс. Ереван, 1970.
10. Кудинский Ю. Г. Хирургия, 1966, 9, стр. 64.
11. Левит В. С. Вестник хирургии, 1933, 30, стр. 78.
12. Маслов Н. П. Хирургия, 1947, 9, стр. 20.
13. Никитина Н. И. Лабораторное дело, 1965, 6, стр. 36.
14. Николаев О. В. В кн.: Материалы Международной конференции по эндемическому зобу. София, 1961, стр. 12.
15. Пропп Р. М. Хирургия, 1957, 6, стр. 42.
16. Прскл: Р. М. Клиника и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы. М., 1966.
17. Шаханова Э. А. Вестник хирургии им. Грекова, 1950, 5, стр. 63.
18. Levitt T. The Thireoid. London, 1954.
19. Lindsay S., Dalley M. E. J. Clin. Endocrinol., 1952, 12, 1578.