

АБЕРАНТНА ЩИТОПОДІБНА ЗАЛОЗА І СИНДРОМ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ

І.Д. Дужий, І.Я. Гресько, Р.З. Еластал, С.А. Чумак
Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Автори наводять дані літератури стосовно ектопії та аберанції щитоподібної залози. Разом з тим діляться складнощами диференціальної діагностики запалень периферійних лімфатичних вузлів і аберантної щитоподібної залози, ускладненої синдромом плеврального випоту. На підставі власного досвіду діляться методологією діагностики і лікування аберантної щитоподібної залози, ускладненої плевральним випотом.

ВСТУП

Діагностика периферійних додаткових утворень, особливо при їх локалізації у місцях розміщення регіональних лімфатичних вузлів, є складною і відповідальною. Звичайно у таких випадках проводиться диференціація з неспецифічним та туберкульозним лімфаденітом, лейкозом та саркоїдозом, метастатичним процесом і лімфогранулематозом та деякими іншими лімфаденопатіями [1, 2]. У незначному відсотку випадків наведені утворення можуть бути аберантними, тобто уроджено відхиленними частинами того чи іншого органа від свого типового анатомічного положення в організмі. До таких органів належить і щитоподібна залоза [3- 5].

Огляд літератури. Російськомовними авторами до 1982 року описано спостереження 85 дорослих і 14 дітей із просторовим переміщенням щитоподібної залози [1]. Останніми роками трапляються поодинокі подібні повідомлення. Частіше аберантні відхилення фіксуються у осіб жіночої статі [5-7]. Найбільш типовими місцями зміщення щитоподібної залози вважаються корінь язика, тверде піднебіння та заглотковий простір. З огляду на локалізацію залозу у цих випадках називають „язиковим зобом” [4,7,8]. Описані випадки, коли аберантну залозу виявляли у корені печінки [4,5], на передній поверхні шиї та над ключицею [1, 2, 8]. Відомі випадки локалізації тироїдної тканини у лімфатичних вузлах, підшкірній клітковині та скелетних м'язах, що супроводжувались явищами тиротоксикозу [5,9,10]. Останній автор виявив тироїдну тканину навіть у яєчниках семирічної дитини. Існує повідомлення про межистінну локалізацію малігнізованої аберантної щитоподібної залози, яка знаходилась у кардіодіафрагмальному куті, що нагадувало ціломічну кісту перикарда [6, 11]. Кістозне переродження аберантної щитоподібної залози спостерігали й інші автори. Вони ж вважають таку залозу потенціально схильною до малігнізації [4].

Невирішені частини проблеми. Названі вище автори підкреслюють труднощі розпізнавання частково чи повністю аберантно зміщеної щитоподібної залози [3,4]. Труднощі розпізнавання будь-яких додаткових периферійних утворень і відповідальність лікаря у випадках, подібних до наведених вище, суттєво посилюються, коли такі процеси супроводжуються синдромом плеврального випоту [1, 8,10]. Такі процеси якраз і є дуже відповідальними, оскільки частково ухилена залоза, за більшістю авторів, завжди додаткова і у значному відсотку випадків потенціально схильна до малігнізації [4]. Зрозуміло, що її видалення є профілактичним засобом озлоякіснення. З іншого боку, видалення додаткового утворення, яке може бути усім масивом щитоподібної залози,

розміщеним не на „своєму місці”, – шлях до тяжкої мікседеми з усіма її наслідками [2, 5,9].

З іншого боку, за сьогоденнішими можливостями практичної медицини встановити характер новоутворення не так уже й важко за умови застосування радіоізотопного сканування. Якщо у типовому місці таке дослідження не виявляє залози, а у зоні „додаткового утворення” отримують радіоактивні сигнали, то має місце повне переміщення (ектопія) органа і до нього необхідно ставитися відповідно. У разі отримання радіоактивного сигналу у типовому місці і у зоні „додаткового утворення” можна вважати, що має місце часткове ухилення тканини щитоподібної залози – аберація. Добре, якщо вона на час обстеження не малігнізована. Але для проведення верифікації стану залози потрібно щонайменше запідозрити аберантний характер знайденого „новоутворення”. У випадках, коли перебіг патологічного процесу має деякі відмінності або нагадує інші захворювання, про які йшла мова вище, особливо за наявності синдрому плеврального випоту, діагностичний процес може набути непереможного характеру.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Синдром плеврального випоту, що був пов'язаний із захворюванням щитоподібної залози, ми спостерігали у 8 випадках серед більше ніж 2000 ендоскопій плевральної порожнини. Один із таких випадків стосувався територіально зміщеної частини щитоподібної залози. Наводимо короткий клінічний опис спостереження. Хвора М. 22 років, мешканка села, госпіталізована у відділення з діагнозом туберкульоз периферійних лімфатичних вузлів. Скарги на незначну задишку, покашлювання, слабкість та наявність додаткового утворення справа під пахвою. В анамнезі ніяких захворювань, крім кору та вітряної віспи, не було. Батько хворів на деструктивну бацилярну форму туберкульозу легень десять років тому. У хворої визначалася позитивна проба Манту з 2 ТО – 12 мм. Близько 3 місяців до госпіталізації у відділення у пацієнтки справа під пахвою „вискочив” вузол до 2 см у діаметрі. Відмічався спонтанний біль, і мала місце болісність при пальпації. Через деякий час з'явилися незначна задишка та покашлювання. Відразу ж була виконана флюорографія, патологічних утворень у легневих полях не виявлено. З огляду на скарги, анамнез та дані проби Манту в районному туберкульозному диспансері було встановлено туберкульозний лімфаденіт. Антибактеріальна терапія трьома препаратами (ізоніазид, ПАСК, стрептоміцин) ефекту не дала. У зв'язку з цим хвора була направлена на консультацію до торакального фтизіохірурга. При огляді виявлено додаткове утворення зазначених розмірів. При пальпації – щільно еластичне, злегка болісне, рухливе без ознак перипроцесу. Збільшених інших регіональних лімфатичних вузлів не виявлено. При клінічному дослідженні крові відхилень від норми не встановлено. На ЕКГ встановлена тахікардія понад 100 ударів за одну хвилину, тиск у легневій артерії – 44 мм рт. ст. При рентгенографії органів грудної клітки у правому костодіафрагмальному синусі виявлено затемнення, що кваліфікувалося як плевральний випіт. При пункції плеври отримано 600 мл серозного випоту з такими характеристиками: питома вага – 1015, проба Рівальта – позитивна, білок – 5,5 г/л, лімфоцити – 78%, нейтрофіли – 13%, еозинофіли – 9%. Запідозрено туберкульозний плеврит (?) і туберкульоз пахового лімфовузла. Під місцевою анестезією виконана торакоскопія. Додаткових утворень на плевральних листках не виявлено. Пристінкова плевра набрякла. Біопсія плеври у трьох місцях. Гістологічно – лімфоїдно-еозинофільна інфільтрація плеври. Продовжена антибактеріальна терапія за тим самим діагнозом (?). Але, враховуючи відсутність позитивного ефекту від застосування антибактеріальних

препаратів впродовж трьох місяців, було вирішено видалити підпахвове утворення (лімфовузол ?) за типом субопераційної біопсії. Операція виконана під місцевою анестезією. Особливістю її виконання була потреба перев'язати артерію і вену, що входили у дане утворення. Діаметр обох судин становив близько 3,5 мм. На розрізі утворення нагадувало залозисту тканину, але на відміну від лімфовузлів, які як правило, на розрізі мають біле забарвлення, останнє мало бурштиново-рожевий колір. Гістологічне дослідження видаленого препарату засвідчило наявність тканини щитоподібної залози з явищами лімфоїдної інфільтрації, що змусило нас змінити формулювання клінічного діагнозу. Післяопераційний період проходив без особливостей. Були призначені протизапальні та гормональні препарати (преднізолон) за короткою схемою. Плевральний випіт досить швидко розсмоктався. Уже через два тижні тиск у легеневій артерії за методикою був на рівні 32 мм рт. ст., а ще за два тижні – 24 мм рт. ст.

ОБГОВОРЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Ми вважаємо, що нам і пацієнтці у той час суттєво поталанило, оскільки її передопераційне обстеження не було повним з огляду на сьогоденні можливості. Ми могли серйозно помилитися, не виконавши радіоізотопного сканування. У даний час таке обстеження деякою мірою могло б бути заміненим УЗД насамперед щитоподібної залози. За її наявності у типовому місці загрози для видалення абераційної тканини не існує.

Потрібно вважати, що синдром плеврального випоту у нашої хворої мав аутоалергічний генез, пов'язаний з існуванням зміщеної абераційної щитоподібної тканини, постійне механічне травмування якої призвело до асептичного травматичного тиреоїдиту, а останній – до поступового розвитку аутоалергічного плевриту.

Те, що генез плевриту був саме таким, підтверджують еозинофілія вмісту та швидкий регрес плеврального процесу внаслідок короткочасного застосування (15 діб) гормонів надниркових залоз.

Спостерігаючи за пацієнткою впродовж 10 років після операції та лікування, патологічних відхилень у здоров'ї ми не виявили. Колишня хвора стала двічі матір'ю.

ВИСНОВКИ

Часткове зміщення паренхіми щитоподібної залози у нашої пацієнтки відбулось у підшкірну клітковину, але проявилось внаслідок механічного травмування лише на 22 році життя. Вважаємо, що з метою методологічно правильного проведення диференціального діагнозу потрібно розрізняти дистопію (ектопію) щитоподібної залози, коли увесь її масив зміщується стосовно свого типового місця розміщення, та аберацію залози, коли ухиляється від її основного масиву лише якась частка – абераційна щитоподібна залоза. При проведенні диференціальної діагностики, маючи вищенаведене на увазі, потрібно в обов'язковому порядку застосовувати УЗД типового місця розміщення щитоподібної залози, а вже потім – сканування „додаткового утворення”. За наявності сумнівів при верифікації діагнозу доцільне радіоізотопне дослідження типової зони розміщення щитоподібної залози та „новоутворення”. Все це має принципове значення і для визначення методики лікування. Абераційна щитоподібна залоза як потенційно схильна до малігнізації повинна бути видалена із субопераційною гістологічною діагностикою. При встановленні озлоякіснення абераційної залози обсяг операції необхідно розширити до радикального. При дистопії щитоподібної залози та за наявності тиреоїдиту необхідне лікування останнього. Синдром

плеврального випоту повинен бути верифікованим шляхом ендоскопії та подальшим лікуванням патогенетичними засобами.

Перспективи подальших досліджень. При встановленні периферійного „лімфаденіту” необхідно розширювати диференціальну діагностику за рахунок включення у цей список аберантної щитоподібної залози. Верифікація синдрому плеврального випоту повинна проводитись із думкою про можливу аберацію залози, а отже, і можливого її озлоякіснення та метастазування у плевральну порожнину, особливо за наявності периферійних „лімфаденітів”. Останні необхідно завжди розглядати під кутом зору можливої аберації щитоподібної залози, у тому числі і при черевній локалізації лімфовузлів (?). Після верифікації характеру додаткового утворення та верифікації плеврального випоту необхідне патогенетичне лікування для попередження хронізації плеврального процесу, оскільки лікування останнього – прерогатива хірургії – плевректомія. Однією із ознак хронізації процесу може бути підвищений тиск у легеневій артерії, динамічне спостереження за яким може бути діагностичним тестом хронічного плевриту.

SUMMARY

ABERRANT THYROID GLAND AND PLEURAL EFFUSION SYNDROME

Duzhyi I.D., Gresko I.Ya., Elastal R.Z., Chumak S.A.
Sumy State University, Medical Institute

The authors give data from literature concerning ectopic aberrant thyroid gland. At the same time, they tell about difficulties of differential diagnostics of peripheral lymphadenitis and aberrant thyroid gland, which is complicated by pleural effusion syndrome. The authors share information about methodology of diagnostics and treatment of aberrant thyroid gland, which is complicated by pleural effusion.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Балаболкин М.И., Калинин А.П., Селищева Р.Ф. Дисгенез щитовидной железы. Ташкент: Медицина. – 1982. – Т. 30. – С. 96-98.
2. Белендир Э.Н. Значение внелегочной локализации туберкулёза для современной фтизиатрии // Проб. туб. – 2001. – №6. – С. 47-48.
3. Бойцов Н.И., Иванов С.А., Решев Л.Н. Необычное расположение зоба аберрантной щитовидной железы // Вестник хирургии им. Грекова. – 1982. – Т. 128, №4. – С. 73-74.
4. Бомаш Н.Ю. Морфологическая диагностика щитовидной железы. – М.: Медицина. – 1981. – С. 168-173.
5. Селищева Р.Ф. Эктопия щитовидной железы: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1971. – 21 с.
6. Друкин Э.Я., Савин В.А. Рецидив папиллярного рака в нижнем средостении // Вестник хирургии им. Грекова. – 1975. – Т. 114, №6. – С. 125.
7. Зенгер В.Г., Ворожцов А.А., Кадилова Э.В. Наблюдение эктопии щитовидной железы у девочки 7 лет // Вестник оториноларингологии. – 2002. – №2. – С. 47-48.
8. Ильясов Ш.Ш., Камилов Х.Х., Рустамова Х.Т. Случай добавочной щитовидной железы // Медицинский журнал Узбекистана. – 1981. – №12. – С. 64-65.
9. Богданова Т.И., Козырицкий В.Г., Тронько Н.Д. Патология щитовидной железы у детей. Атлас. - К.: Чернобыльинтернинформ. – 2000. – 158 с.
10. Ballender J.J., Snow J.B. Otorhinolaryngology: Head Neck Surg. Philadelphia. – 1996. – 211 p.
11. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія. – К.: Здоров'я. – 2002. – 384 с.

Дужий І.Д., професор, д-р мед. наук,
Медичний інститут СумДУ, м. Суми;
Гресько І.Я., аспірант, Медичний інститут
СумДУм. Суми;
Еластал Р.З., здобувач, Медичний інститут
СумДУ, Суми;
Чумак С.А., аспірант, Медичний інститут
СумДУ, Суми

Надійшла до редакції 11 січня 2007 р.