

№ 49.—8) Вишнеvский. Вестн. Хир. и Погр. Обл., кн. 22.—9) Он же, Deutsch. Zschr. f. Chir., 1927.—10) Он же, Zbl. f. Chir., 1928, №№ 9—24 41.—11) Он же. Казан. м. ж., 1929, №№ 3, 9.—12) Volkman n. Arch. f. kf. Chir., 1926.—13) Heidecker. Zbl. f. Chir., 1927 14) Kappis, Soiko. Der Schmerz, 1928, B. 2, H. 1.—15) Kappis, Z. Org. f. Chir., 1928, № 41.—Он же. Zbl. f. Chir., 1927, № 45.—17) Карганова, Нов. хир. арх., 1924, Т. I, кн. 1.—18) Коноплев. Жур. совр. Хир. 1928. Т. III.—19) Mogilew. Z. Org. f. Chir. 1928.—Нимцовицкая. Каз. м. ж., 1928, № 9. 21) Nogara. Z. Org. f. Chir. B. 41, H. 14.—22) Оппель. Вестн. хир. и погр. обл., 1928, кн. 43/44.—23) Рейнгольд. Труды кл. Воронеж. У-та, 1928—24) Ruef. Arch. f. kl. Chir., 1927.—25) Сакаян. Русс. кл., 1924, № 4.—26) Seemen, Binswanger, Deutsch. Zschr. f. Chir. B. 208, H. 3/4.—27) Скворцов. Ацидоз и алкалоз в мед. 1928, Гиз.—28) Ставраки. Нов. хир. арх., 1928, № 54.—29) Толстиков. Русс. кл., 1924, № 4.—30) Флеров. Каз. м. ж., 1929, № 5.—31) Chassin, Schapiro. Arch. f. kl. Chir., B. 153, H. 2.—32) Щербаков, Дмитриев, Кибяков. Каз. м. ж., 1927, № 3.—33) Якимов, Каз. м. ж., 1926, № 8.

Из Хирургической клиники Харьк. гос. ин-та по усовершенствованию врачей (Директор Ф. Ю. Розе).

Об острых негнойных тиреоидитах.

Д-р М. М. Ляховицкий.

Острые тиреоидиты, особенно негнойные, являются очень редкими заболеваниями. Первые работы, посвященные описанию острого воспаления щитовидной железы относятся к началу прошлого столетия. В работах целого ряда авторов (Conradi, Weitenweber'a, Bauchet'a, Pinchod) уже успешно выясняется суть данного заболевания и твердо устанавливается различие между тиреоидитом—воспалением здоровой щитовидной железы—и струмитом—воспалением зобно измененной железы. В процессе дальнейшего изучения этого вопроса появился ряд работ (Lobert'a, Kocher'a, Mygind'a и др.), в которых наряду с выяснением целого ряда этиологических моментов, вызывающих данное заболевание, и описанием патологической анатомической картины, подвергалось сомнению и даже отрицалось существование первичного негнойного тиреоидита. Вышедшая в 1904 г. монография De Quervain'a „Die acute, nicht eiterige Thyreoiditis“ на основании целого ряда экспериментов не только подтвердила существование первичного острого тиреоидита, но и впервые установила точную гистологическую картину его, образовав стройное учение о тиреоидитах, легшее в основу многих дальнейших работ. В более позднее время мы имеем две небольшие, но обстоятельные клинические работы на немецком языке (Dunger'a, Lublinsk'ого) и отдельный казуистический материал, посвященный этому вопросу. В 1928 году вышла работа Rughans'a, в которой автор приводит 262 литературных и своих случая, и на основании их не считает острый тиреоидит редким заболеванием. Но оказывается, что это были все гнойные тиреоидиты, острых же негнойных тиреоидитов в этом числе всего только 4 случая.

Привожу наблюдавшиеся нами случаи:

Случай 1. Больная К. К., 28 лет, из совершенно здоровой семьи, по профессии оперная артистка. 28/XII—27 г. остро заболела с температурой 37,8. Жалобы на боли при глотании и ощущение галушки, сидящей в глотке. На другой

день 1° 38, ясное увеличение левой доли щитовидной железы, чрезвычайно болезненной при ощупывании. Опухоль плотно-эластической консистенции. У больной сильные головные боли и боли, отдающие в затылок и левое ухо, заметно учащен пульс (108'). 30/XII 1° 38,2, боли при глотании исчезли, все остальные симптомы держатся с той же силой. 31/XII опухоль стала ползти, перешла на перешеек и правую долю щитовидной железы. Исследована кровь: лейкоцитоз (15.000,—нейтрофилов 80%, лимфоцитов 15%, моноцитов 5%, эозинофилов изредка. 1/I, 2/I—28 г. 1° 38,2, 38, опухоль преимущественно на правой стороне щитовидной железы, появились стреляющие боли в правое ухо. С 3/I по 11/I темпер. медленно падает и достигла 37°. Опухоль за это время незначительно уменьшилась, но болезненность почти исчезла. 15/I снова появилась болезненность и подъем температуры до 37,5. Исследована кровь лейкоцитов 12.000, лейкоцитарная формула та же. В течение 5-ти дней 1° 37,6—37,8, исследование крови бактерий не обнаружило. С 20/I температура достигла нормы, резкое уменьшение опухоли и к 27/I полное исчезновение ее. Случай проходил под ятрен-терапией. В течение всего времени наблюдалось учащение пульса: 96—100'. Больная находится под наблюдением до сего времени. После перенесенного заболевания отмечается: резкое учащение пульса, заметная раздражительность после физических и психических напряжений. Резюмируя описанный случай, необходимо отметить особенности его: 1) возникновение заболевания без ясной выраженной причины, без того, чтобы ему предшествовало какое-либо острое инфекционное заболевание) 2) ползучесть процесса—переход воспалительного уплотнения с левой доли на перешеек и правую долю щитовидной железы, 3) рецидивирование процесса и 4) стойко оставшееся после болезни учащение пульса и раздражительность.

Случай. 2. Больная Л-ко, 38-ми лет, 17/V—28 г. перенесла операцию по поводу фибромиомы матки. На 4-ый день операция осложнилась инфильтрацией передней брюшной стенки с повышением температуры до 39,2. 25/V инфильтрат вскрыт и удалено большое количество гноя. До 30/V 1° колебалась между 37°—37,2. 1/VI внезапный подъем 1° до 38° и очень резкие боли в области щитовидной железы, и небольшая припухлость левой доли ее. Боли отдавали в левое ухо. В последующие дни температура стала подниматься и 6/VI достигла 40°. Рана в эти дни почти зажила. Тем временем уплотнение щитовидной железы переходило через перешеек на правую сторону, исчезая в левой стороне. 16/VI температура дошла до нормы, увеличение щитовидной железы едва заметное. Такое состояние продолжалось до 20, а 21/VI вместе с температурой 39,5 появилась опухоль в правой половине щитовидной железы и резкие боли, отдающие в правое ухо. 22/VI температура упала, но 24/VI снова поднялась до 39,3. Через 2 дня температура упала до нормы и больше не поднималась; в последующие несколько дней полное исчезновение опухоли. Случай проходил под казеин-ятрен-терапией. Резюмируя данный случай следует отметить: 1) повидимому, метастатический характер тиреоидита, 2) ползучесть процесса—переход воспалительного уплотнения на перешеек и противоположную сторону, 3) рецидивирование болезни.

Случай 3. Больной Г. Г., 40 лет, рабочий, поступил 6/IX—29 г. За 9 дней до поступления внезапно заболел; озноб, незначительные боли в горле при глотании, насморк, легкий кашель, а также чувство стеснения (напряжение) на шее в области щитовидной железы. На 3-й день появилась в области щитовидной железы плотная опухоль. При поступлении 1° 38,8, пульс 82'. Здоровый, крепкий мужчина. На шее в области щитовидной железы имеется небольшое покраснение кожи и опухоль величиной с куриное яйцо, чрезвычайно плотной консистенции соответственно перешейку и левой доле. Пальпация опухоли чрезвычайно болезненна. В зебе и гортани (осмотрен ларингологом) никаких изменений не найдено. Картина крови—нейтрофильный лейкоцитоз (10.000—77% нейтрофилов). Больной жалуется на сильные головные боли и боли, отдающие в левое ухо и затылок. Первые 3 дня после поступления температура колебалась от 37,3 по утрам до 38,3 по вечерам. Общее состояние б-ного улучшилось, головные боли уменьшились. Опухоль наощупь также плотна, но несколько меньше. Б-ной эти дни получал фенацетин и согревающий компресс на шею. 11/IX б-ному введено 0,5 молока, в тот же день вечером 1° 39,1. Последующие 2 дня 1° 37,4—38,4, 36,8—37,6. Головных болей почти нет; незначительные боли, отдающие в левое ухо. Опухоль стала гораздо меньше—величиной в сливу. 14/IX введено 1 кб. с. молока, в тот же день вечером темпер. 37,4, а со следующего дня темпер. упала до нормы и больше не поднималась. RW отрицательна. 16/IX б-ной выписался, имея еще небольшую, как лесной орех, плотную опухоль, при общем хорошем самочувствии и

состоянии. По нашей просьбе б-ной показан через 5 дней. Состояние такое же, как и в день выписки, а еще через 3 дня б-ной явился с рецидивом, с еще большей, чем при первом поступлении опухолью опять перешейка и левой доли щитовидной железы. Через день б-ной поступил в больницу, t^0 38^0 , пульс 88, жалобы те же. Опухоль плотная, величиной с гусиное яйцо. Лейкоцитов 7700. В зеве и гортани никаких изменений. Медленное улучшение болезни. Протеино-терапия. Б-ной выписан на 12-й день, имея небольшую, величиной с орех, плотную опухоль, которая в дальнейшем постепенно исчезла. Резюмируя данный случай, следует отметить: 1) наступление тиреоидита вместе с видимому гриппозной инфекцией, 2) чрезвычайную плотность опухоли, 3) рецидивирование процесса.

Клиническая картина острого тиреоидита в громадном большинстве случаев довольно типична и диагностика его как-будто не представляет особых затруднений. С этим соглашаются почти все авторы. Болезнь начинается внезапно и иногда больные не могут указать непосредственной причины, повлекшей за собой это страдание. Наряду с появлением высокой температуры, достигающей 40^0 , появляется озноб, иногда рвота и чувство стеснения на шее в области щитовидной железы. В дальнейшем появляется припухлость какой-либо доли или, что реже, всей щитовидной железы; б-ной жалуется на затрудненное дыхание, боль при глотании, а в более легких случаях только першение в горле, сильные головные боли и боли, иррадиирующие в затылок и ухо. Опухоль чаще всего локализуется в какой-либо доле щитовидной железы и значительно реже поражает перешеек. На 45 случаев De Quervain'a только в одном случае был поражен перешеек. Lublinski в своих 11 случаях ни разу не имел опухоли перешейка, в то время как Dungen из своих 7 случаев — в 6 имел опухание перешейка. Во всех 3-х наших случаях было поражение перешейка, хотя не изолированного характера. Опухоль достигает размеров куриного яйца и больше, на ощупь плотной консистенции, мелко-бугристая и болезненна при надавливании. Она также мало подвижна и интимно спаяна с трахеей и гортанью. Кожа над опухолью нормальной окраски, обычно свободна и легко берется в складку, но в иных случаях, как в одном из наших, бывает покрасневшей и спаянной с опухолью. Следует указать, что некоторые авторы (Mygind, Lublinski) наблюдали при острых тиреоидитах осложнение со стороны гортани в виде острого ларингита, с охриплостью голоса и кашлем с кровавой мокротой, поражением возвратного нерва и шейного симпатического сплетения. На нашем материале мы ничего подобного не наблюдали.

Указанные симптомы развиваются быстро, течение первой недели, держатся довольно интенсивно, а затем медленно спадают. Все же для полного возвращения к норме требуется часто несколько недель. Не следует забывать также возможности наступления рецидива заболевания, особенно перехода процесса на другую, здоровую долю щитовидной железы. Эту способность рецидивирования и ползучести процесса совершенно ясно иллюстрируют приведенные нами случаи.

Картина крови при данном заболевании не является типичной для данного процесса, хотя мы в наших случаях получили довольно однотипные данные. Как и при всяком воспалительном процессе, в организме в начале заболевания имеется нейтрофильный лейкоцитоз, с эозинопенией и с мало измененным количеством лимфо- и моноцитов. В последующей стадии, в периоде выздоровления, наблюдается увеличение лимфо- и моноцитов и небольшая эозинофилия.

Прежде чем перейти к этиологии данного страдания, необходимо остановиться на вопросе, является ли острый тиреоидит самостоятельно

возникающим первичным заболеванием или это только вторичное метастатическое заболевание. De Quervain в своей монографии разделяет обе эти формы и под первичным тиреоидитом—*Thyreoiditis simplex*—понимает самостоятельно развившееся в этиологическом отношении заболевание щитовидной железы, с особой гистологической картиной характерной для данного заболевания, а вторичные метастатические тиреоидиты рассматривает и обозначает как токсическую реакцию щитовидной железы. Гистологическая картина по De Quervain'у при остром тиреоидите представляется в следующем виде: а) размножение и отторжение эпителия клеток, б) изменение и исчезание коллоида, в) проникание полинуклеаров, круглых клеток и больших блуждающих клеток с бледным продолговатым ядром в альвеолы, а также не резорбированные коллоидные комочки, д) образование соединительной ткани. Эти изменения в железе носят характер паренхиматозного воспаления ее. Клиническим подтверждением этому являются случаи острых тиреоидитов, когда в анамнезе нет никаких указаний на предшествующее какое-либо заболевание. Dunger с таким делением не вполне согласен. Он считает, что даже в тех случаях, где предшествующего заболевания не было, очень трудно исключить незначительную, скрыто протекавшую у больного инфекцию, равно как и какой-либо легкий катарр верхушек легких или желудочно-кишечного тракта. Lublinski первичными тиреоидитами считает только случаи, развившиеся от иода или возникшие вследствие травмы (случай Burg'a).

Рассматривая наши случаи, мы не можем согласиться с мнением Dunger'a и Lublinsk'ого. Возьмем наши 1-й и 2-й случаи. В первом из них б-ная с абсолютно здоровым организмом до болезни, очень внимательно следившая за своим здоровьем, категорически отрицает предшествование заболеванию какого-либо инфекционного начала. Кроме того характерным является начало возникшего у нее острого тиреоидита (ощущение галушки, сидящей в глотке, появление опухоли уже на второй день). Все это вполне укладывается в картину чистой формы первичного тиреоидита. Не менее интересен с этой точки зрения и 2-й наш случай. Возник острый тиреоидит вследствие послеоперационного нагноения. Мы скорее вправе были бы ожидать, имея бактериальный метастаз, нагноение и в щитовидной железе, но мы его не получили и больше склонны рассматривать этот случай именно как токсическую реакцию щитовидной железы. Конечно, чтобы быть более уверенным в доказательстве, нужно иметь гистологические препараты щитовидных желез указанных больных. Мы их не имеем и не считали возможным их получить.

Вторичные тиреоидиты могут возникать вследствие целого ряда инфекций. В первую очередь их вызывают: инфлюэнца, полиартрит, затем корь, ангина, септические заболевания, реже рожа, скарлатина, паротит, орхит, дифтерия, холера, оспа, тиф, малярия и *erythema nod.* Также следует помнить и о сифилисе. 3-й наш случай мы рассматриваем как типичный вторичный тиреоидит после гриппозного состояния.

Предрасполагающим моментом является ранее имевшаяся диффузная гиперплазия щитовидной железы. Больше всего предрасположены женщины в возрасте от 20—40 лет.

Как я уже указывал, диагноз в типичных случаях не представляет затруднений. Дифференцировать, главным образом, следует со струматом,

и в тех случаях, где до заболевания существовала струма, вопрос выясняется сам собой. Труднее в тех случаях, где до заболевания могли существовать небольшие узелки, особенно в таком месте, как, например, перешеек, когда пальпаторно трудно установить наличие их. Все же при струмите имеется припухлость всей железы, в то время как при тиреоидите поражается какая-либо доля; струмивиты значительно чаще кончаются нагноением.

Прогноз острого тиреоидита в большей своей части благоприятен. В тяжелых случаях может наступить удушье от сдавления трахеи или паралича голосовых связок. В 2х описанных в литературе случаях смерти от острого тиреоидита оба больных погибли от удушья (случай Weitenberg'a и Stresman'a, цит. по Lublinsk'ому). Говоря о прогнозе, необходимо еще остановиться на связи острых тиреоидитов с Базедовой болезнью. По De Quervain'у тиреоидит является как бы промежуточным звеном между острым инфекционным заболеванием и Базедовой болезнью. Те гистологические изменения, которые De Quervain считает характерными для острых тиреоидитов, во многом напоминают гистологическую картину, свойственную щитовидной железе при Базедовой болезни. Отсутствие неравномерных, атипичных выступов в альвеолах при острых тиреоидитах, что является характерным также для Базедовой болезни, De Quervain объясняет быстротой развившегося страдания и тем, что атипичный рост эпителия не успел еще развиться. В литературе многими авторами были описаны случаи, когда в связи с острым заболеванием щитовидной железы развились симптомы Базедовой болезни. Случаи De Quervain'a, Apelt'a, Gilbert'a и Castagne'я, Плетнева и др. являются типичными в этом отношении. Да и наш 1-й случай также не совсем благополучен: резкое учащение пульса, раздражительность и некоторая лабильность всей нервной системы нами рассматривается как некий предстадий, могущий в будущем развиться в Базедову болезнь.

Лечение острого тиреоидита больше симптоматическое. При ревматических формах показаны салицилаты, при малярийной форме—хинин. Местно лед, согревающие компрессы. Рекомендуются также легкое смазывание шеи подной настойкой. Что касается назначений препаратов йода внутрь, то есть указания в литературе на появление после назначения их некоторой лабильности по отношению к Базедовой болезни или отдельных симптомов ее. Кроме того нужно помнить о случае Dunger'a, когда после *sig. ferri jod.* наступил рецидив. В наших случаях мы проводили протеино-терапию (в двух случаях ятрен, в одном лакто-терапию) и результаты получились довольно хорошие.

Литература. 1) Абражанов А. А. Хирургия, 1903.—2) Apelt. M. m. W. 1908, № 41.—3) Burg. Ib. № 36.—4) Dunger. Ib.—5) Henke-Lubarsch. S. 115, Bd. VIII, 1928.—6) Lublinski Berl. klin. W. 1913, № 18.—7) Милевский Е. Т. Диссертация, 1907.—8) Мыш В. Н. X. А., т. II, кн. 3-4, 1922.—9) De Quervain. Mitt. aus grenz. Chirurg. und inner. Med. Bd. 15, 1905.—10) Плетнев Д. Д. Русский врач, том XIII, 1914.—11) Spanaus. Brun's—Beiträge Bd. 70, 1910.—12) M. Simmonds. Virchow's Archiv, Bd. 246, 1923.—13) Труды 5 съезда российских терапевтов, 1913.—14) Rurhans. Ref. N. X. A. № 74, 1929.