

# ТУБЕРКУЛЕЗ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б. Л. Еляшевич

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — проф. Ю. А. Ратнер)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Туберкулез щитовидной железы встречается весьма редко (от 0,1 до 1%). Дооперационный диагноз этого заболевания представляет большие трудности. Он возможен главным образом на основании положительного цитологического анализа пунктата.

В клинике хирургии и онкологии Казанского ГИДУВа на 476 операций на щитовидной железе туберкулез обнаружен у 4 больных (Н. А. Колсанов).

Вопрос о том, является ли туберкулез щитовидной железы первичным или вторичным, до сих пор не решен. Чаще туберкулезный очаг в строме железы образует холодный абсцесс, распознаваемый обычно как струмит. Редко воспаление заканчивается рубцеванием (Н. М. Медведева).

Туберкулезный тиреоидит характеризуется увеличением щитовидной железы, большей ее плотностью, бугристостью и малоподвижностью. Как и при других формах струмита, в процесс могут оказаться вовлеченными возвратный нерв и трахея. Из общих симптомов отмечаются похудание и слабость. Явления тиреотоксикоза и микседемы в большинстве случаев отсутствуют. Течение заболевания может быть длительным и кратковременным, в зависимости от характера туберкулезного процесса в железе. Единственно радикальным методом лечения туберкулезного струмита считают оперативный — гемиструмэктомию или субтотальную струмэктомию.

Приводим наше наблюдение.

Е., 27 лет, поступила 17/III 1960 г. с жалобами на опухолевидное образование на передне-боковой поверхности шеи, вызывающее чувство удушья, плохой сон и общую слабость. Еще в девятилетнем возрасте она заметила в щитовидной железе плотный узелок величиной с орех. За истекшие 20 лет этот узел не увеличивался и лишь за последние два года начал расти, достигнув размеров куриного яйца. Больная безуспешно лечилась у невропатолога, а затем была направлена к хирургу. Туберкулеза в семье нет.

Телосложение правильное. Упитанность хорошая. Со стороны органов дыхания и кровообращения изменений нет. Пульс — 76, ритмичный. АД — 120/80.

В правой доле щитовидной железы опухолевидное образование округлой формы  $5 \times 6$  см. Пальпаторно и при глотании отмечается ограничение подвижности опухоли. Консистенция ее плотная, поверхность бугристая. Левая доля железы не увеличена. На рентгенограмме шейного отдела в боковой проекции увеличенная тень мягких тканей передней поверхности шеи, на фоне которой обызвествленные включения. Со стороны морфологии крови изменений нет. РОЭ — 33 мм/час.

Предположена малигнизация струмы.

9/III-60 г. под местной анестезией произведена правосторонняя гемиструмэктомия (доц. Н. И. Любина). Опухоль занимает всю правую долю, интимно сращена с передней стенкой трахеи. Увеличенных регионарных лимфатических узлов не обнаружено.

Макропрепарат представляет плотную опухоль округлой формы,  $4 \times 4$  см, которую с трудом удается рассечь. На разрезе опухоль имеет вид толстостенной кисты, полость которой заполнена гнойно-творожистой массой. Внутренняя ее стенка покрыта грануляциями.

Гистологически — картина коллоидного зоба с большим количеством кавернозных полостей. Стенка каверн состоит из фиброзной и грануляционной тканей. На внутренней поверхности каверны некротическая масса, под которой большое количество булгарков с гигантскими клетками Лангерганса.

В послеоперационном периоде больная получила курс антитуберкулезной терапии (стрептомицин, фтивазид).

В настоящее время здорова, работает.

Поступила 27 февраля 1961 г.

## СЛУЧАЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕЧЕНИ<sup>1</sup>

Л. В. Мамонтова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — доц. А. Е. Гельфман)  
Новосибирского медицинского института

Клиника туберкулезного процесса печени мало известна широкому кругу практических врачей, так как он довольно часто протекает бессимптомно или проявляется гепато-лиенальным синдромом, напоминая синдром Банти, лейшманиоз, малярию.

<sup>1</sup> Доложено на заседании научного Общества патологоанатомов в Новосибирске 15/III 1961 г.