

ТИРЕОИДИТ ТИПА ХАШИМОТО

Канд. мед. наук А. О. Лихтенштейн и А. А. Агафонов

Клиника хирургии и неотложной хирургии (зав.— проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Тиреоидит (*struma limfomatosa* — болезнь Хашимото) представляет собой двусторонний диффузный плотный зоб, интимно спаянный с трахеей. Сращение с другими органами и тканями не отмечается. Щитовидная железа при этом часто несколько увеличена и может вызывать сдавление трахеи, что приводит к охриплости голоса. Заболевание обычно поражает женщин пожилого возраста — старше 40 лет (Бэбкок). На разрезе ткань щитовидной железы плотна, белесовата, со значительной лимфоидной инфильтрацией, разрастанием соединительной ткани, атрофией железистой ткани и дегенерацией эпителия. Струма Хашимото считалась заболеванием англо-саксонских стран, где описано около 200 наблюдений. Однако за последние годы отечественная литература значительно обогатилась сообщениями о хроническом лимфоидном тиреоидите. Первая публикация в советской литературе сделана И. Н. Маслович в 1947 г., а к 1957 г. Р. М. Пропп собрал уже 16 подобных наблюдений и прибавил к ним еще 20 из клиники, руководимой проф. Ф. М. Лампертом. В 1958 г. С. Л. Горелик и М. Я. Лихтенштейн сообщили о двух больных, оперированных по поводу лимфоидного струмита. В 1959 г. В. М. Скубик (клиника проф. И. И. Ищенко) на заседании Киевского хирургического общества демонстрировал большую после струмэктомии по поводу зоба Хашимото. Выступавшая в прениях Р. В. Сияфиева (клиника проф. А. К. Горчакова) сообщила о 32 подобных операциях.

Этиология и патогенез болезни Хашимото, как и связь ее с фиброзным тиреоидитом Риделя, не ясны и вызывают споры. Одни авторы (В. И. Акимов, М. Н. Шевандин, Н. П. Маслов, Н. Ф. Мельников-Разведенков) полагают, что начальные формы хронического струмита представляют лимфоидную инфильтрацию (типа Хашимото), а конечное фиброзное перерождение — болезнь Риделя. Другие (Ф. М. Ламперт и Г. В. Гольдберг, О. В. Николаев, Г. М. Гаев, Т. Н. Черносвитова, Р. М. Пропп) полагают, что это две различные нозологические формы, резко отличающиеся друг от друга.

Лечение лимфоидного струмита, по мнению большинства авторов, должно быть оперативным — субтотальная струмэктомия.

Предоперационная диагностика трудна — в 3 случаях из 32 в клинике проф. А. К. Горчакова, в 7 случаях из 20 точный предоперационный диагноз приводится Р. М. Проппом. Последний автор для диагностики рекомендует пользоваться следующим симптомокомплексом: общий микседематозный фон больных, длительность заболевания от 2 до 4 лет, преклимактерический или климактерический возраст, диффузное поражение железы (в виде бабочки), плотно-эластическая консистенция струмы без периаденита, умеренный лимфоцитоз в крови.

Приводим наше наблюдение.

Ш., 39 лет, поступила 8/III-60 г. с жалобами на одышку, головные боли, быструю утомляемость, общую слабость, припухлость по передней поверхности шеи. Больна около года. Незначительная припухлость передней поверхности шеи отмечалась больной с 1952 г., за последний год она заметно увеличилась. Лечение препаратами йода и физиотерапия улучшения не принесли. Ранее ничем не болела. Замужем, имеет здоровых детей. Месячные — без отклонений.

Рост средний, телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Температура нормальная. Пульс — 80, ритмичный. АД — 110/65. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Нервная система без нарушений.

Анализ крови до операции: Нб — 63 ед., 10,5 г%, Э. — 4 190 000, ц. п. — 0,8, РОЭ — 3 мм/час, Л. — 5950, с. — 45%, э. — 2%, л. — 47%, м. — 6%.

Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа равномерно увеличена (II—III ст.), плотной консистенции, поверхность ее ровная, смещается при глотании. Кожные покровы над железой не изменены.

Клинический диагноз: паренхиматозный диффузный зоб.

Учитывая ухудшение состояния больной, связанное с увеличением щитовидной железы, безуспешность консервативного лечения, решено произвести струмэктомия.

14/III 1960 г. под местной анестезией (А. А. Агафонов) произведена субтотальная струмэктомия по методу Николаева. Отделение железы от колец трахеи произведено острым путем. Послеоперационное течение гладкое.

Выписана на 10-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

Гистологическое исследование (Н. А. Ибрагимова). На фоне микрофолликулярного коллоидного зоба (аденомы) щитовидной железы имеются мощные разрастания лимфоидной ткани с образованием фолликулов с центрами размножения. Микроскопическая картина характерна для зоба Хашимото.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горелик С. Л. и Лихтен М. Я. Нов. хир. арх., 1958, 3. — 2. Пропп Р. М. Хирургия, 1957, 6. — 3. Скубик В. М., Сияфиева Р. В. Нов. хир. арх., 1959, 6.

Поступила 15 июля 1960 г.

О ГЕМОЛИТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ВЫЗВАННОМ ПЕРЕЛИВАНИЕМ РЕЗУС-НЕСОВМЕСТИМОЙ КРОВИ

Асп. Б. Г. Садыков, Р. Г. Ганелина и лаборант Н. А. Черменская

Изосерологическая лаборатория (зав. — Р. Г. Ганелина) Республиканской станции переливания крови (директор — Л. И. Мухутдинова) Минздрава ТАССР и 1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института

Татарская республиканская станция переливания крови, занимаясь изучением вопроса о резус-факторе с 1956 г., явилась центром, где подтверждался серологически предположительный диагноз о гемолитическом шоке при переливании резус-несовместимой крови. Всего за 5 лет выявлено и точно установлено 4 случая такого шока. Во всех случаях не производилось определения ни резус-принадлежности крови больного, ни резус-совместимости крови реципиента и донора. 2 случая протекали легко, один был средней тяжести, и 1 — тяжелый. Ввиду практической важности шока при переливании резус-несовместимой крови, кратко описываем эти случаи.

I. Б., 59 лет, поступил в терапевтическое отделение 1-й горбольницы Казани 10/III 1960 г. с диагнозом: обострение деформирующего полиартрита. Назначено лечение, включающее переливание крови. Группа крови больного — А (II). С 15 по 28/III 1960 г. больному произведено трижды переливание крови одноименной группы с промежутками в 10 и 3 дня (145, 150 и 125 мл). Предварительно определялись двумя сериями сывороток группы крови реципиента и донора, проводилась проба на групповую совместимость, а переливание сопровождалось биологической пробой. Во время переливания крови осложнений не было. Через 5 мин после первого переливания и тотчас после двух других переливаний у больного появились озноб, слабость, чувство разбитости, повышение температуры, тошнота, рвота. Все эти симптомы с каждым последующим переливанием становились все выраженнее. Применялись строгий постельный режим, обкладывание грелками, вдыхание кислорода, дача пирамидона и димедрола. Состояние больного улучшалось. Изменений со стороны печени и селезенки, кожных покровов и видимых слизистых не наблюдалось. Кал и моча оставались нормальной окраски. При обследовании крови больного на резус-принадлежность обнаружено, что кровь больного резус-отрицательна и содержит специфические (скрытые) антитела с титром 1:256. По-видимому, в выработке высокого титра резус-антител сыграли роль повторные переливания крови, что усилило постепенно чувствительность к резус-фактору. Нельзя не предполагать и возможную повышенную индивидуальную чувствительность данного пациента к резус-фактору.

II. Беременная П., 30 лет, поступила 27/VII 1960 г. в 3-й роддом Казани с указаниями на прекратившееся ночью с 26 на 27/VI шевеление плода и кровянистые выделения из половых путей. Диагноз: полная отслойка детского места, расположенного на нормальном месте в первом периоде родов при беременности около 40 недель, сопровождавшаяся наружным кровоотечением. В анамнезе: одни роды живым доношенным плодом, осложнившиеся кровотечением в послеродовом периоде, по поводу которого перелита кровь без осложнений. Вторая беременность закончена абортom по желанию. В данном случае срочно произведено кесарево сечение с переливанием совместимой по группе [В (III) группы] крови в количестве 250 мл. По окончании переливания у больной сильный озноб, слабость. Больная обложена грелками, дан кислород, инъекция сердечных средств и т. д. Спустя 1 час 40 минут состояние больной улучшилось, озноб прекратился. Печень и селезенка не прощупывались, кожа и видимые слизистые обычной окраски, кал и моча нормального цвета.

При исследовании крови больной на резус-принадлежность оказалось, что она резус-отрицательна со специфическими антителами с титром 1:64. В данном случае внутриутробная смерть плода, по-видимому, связана с преждевременной отслойкой плаценты на почве резус-конфликтной беременности. Больная поправилась.