

Е. В. Мураховская, И. Б. Кацова

## СОЧЕТАНИЕ КИСТОЗНО ИЗМЕНЕННОЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С КИСТОЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ДРУГИХ ОРГАНОВ

Кафедра факультетской терапии (зав. — акад. РАМН Е. И. Соколов) с курсом эндокринологии Московского медицинского стоматологического института им. Н. А. Семашко

Сочетание кистозных изменений щитовидной железы с нарушением ее функции с кистозными изменениями других органов встречается редко и представляет собой практический интерес. Нарушение функции щитовидной железы может быть связано с различными причинами. В литературе имеется небольшое число наблюдений сочетания кистозных изменений ряда органов, включающих и щитовидную железу.

Мы встретили сообщение о сочетании врожденных кист легких, почек, щитовидной железы у ребенка 11 мес, у которого были выявлены поликистоз левой почки и множественные тонкостенные полости в нижнем легочном поле. Произведена левосторонняя нефрэктомия. В 3 года — левосторонняя гемиструмаэктомиа по поводу макрофолликулярной аденомы щитовидной железы. В динамике у больной отмечалось увеличение размеров кист в легких без клинических проявлений [1]. У взрослых такие изменения не описаны.

Мы представляем случай кистозных изменений щитовидной железы с явлениями гипертиреоза в сочетании с кистозными изменениями печени и почек.

Больная О., 70 лет, поступила с жалобами на боли в сердце давящего характера, с иррадиацией в лопатку, перебои, одышку, потерю в массе, плаксивость. Впервые увеличение щитовидной железы выявлено в 1983 г. У эндокринолога в течение этого времени не наблюдалась. За неделю до поступления в стационар появились боли давящего характера в области сердца, с иррадиацией в лопатку. В течение недели принимала кардиальную терапию (коринфар, нитросорбид) без должного эффекта. На момент поступления в клинику при осмотре: бледные кожные покровы повышенной влажности, тургор кожи снижен, пониженного питания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, пульс 80 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, розовой окраски. Живот увеличен в объеме, мягкий, при пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области. Размеры печени по Курлову 11×10×9 см. При пальпации край печени закруглен, мягкоэластической консистенции. Щитовидная железа диффузно увеличена, II степени, плотная, безболезненная при пальпации. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага положительны. Отмечается крупный тремор вытянутых рук.

Лабораторные исследования: общий анализ крови — Нв 120 г/л, эр.  $4,9 \cdot 10^{12}/л$ , цв. пок. 1,0, л.  $4,6 \cdot 10^9/л$ , п. 1%, с. 59%, э. 6%, б. 2%, лимф. 31%, мон. 1%; СОЭ 2 мм/ч. Анализ мочи общий: цвет — соломенно-желтый, прозрачность — полная, относительная плотность — 1018, реакция — кислая, глюкоза — отсутствует, белок — отсутствует, лейкоциты — 2 в поле зрения, эпителий плоский — умеренно. Биохимический анализ крови: общий белок — 72 г/л, креатинин — 75 мкмоль/л, холестерин — 5,5 ммоль/л, билирубин — 16 ммоль/л, АСТ — 0,11 мкмоль/л, АЛТ — 0,28 мкмоль/л, Са — 2,6 ммоль/л, глюкоза — 4,2 ммоль/л, протромбиновый индекс — 79%. Анализ крови на гормоны: пролактин — 182,87 мкЕД/мл (130-540 мкЕД/л), трийодтиронин — 2,5 ммоль/л (1,2-2,2 ммоль/л), тироксин — 123,13 ммоль/л (62-141 ммоль/л), тиреотропный гормон — 2,49 мкЕД/мл (0,2-4,5 мкЕД/мл).

ЭКГ-ритм синусовый, пульс 76 в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Единичные экстрасистолы.

Эхокардиограмма: стенки аорты, створки аортального клапана, фиброзного кольца митрального клапана изменены. Размеры камер сердца в пределах нормы. Миокард левого желудочка умеренно гипертрофирован (задняя стенка левого желудочка — межжелудочковой перегородке — 14 мм). Лоцированных нарушений сократимости миокарда не выявлено.

Органы брюшной полости: печень нормальных размеров, умеренно повышенной эхогенности, структура ее нарушена множественными разнокалиберными кистами (в том числе двухкамерными). Визуализируются плотные включения в одной из них. Размер их до 4 см. Желчный пузырь деформирован, стенки его неоднородны. Поджелудочная железа структурно не изменена. Обе почки нормальных размеров и эхогенности. Киста справа 2,5 см. Лоханка правой почки расширена до 3 см, чашечки до 17 мм, слева чашечно-лоханочная система не расширена.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы: доли щитовидной железы неправильной округлой формы, асимметрично увеличены (до 6×4 см левая и 5,5×3,5 см правая). Эхогенность их неоднородна, структура обеих долей нарушена множественными кистами (до 2,7 см). Ранее у больной не выявлялись подобные образования.

На основании жалоб больной на боли в сердце, одышку, потерю в массе, плаксивость, перебои, выявленные при осмотре бледные, влажные ножные покровы, тремор вытянутых рук, положительные симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага, равномерное увеличение щитовидной железы II степени, а также данных дополнительных методов исследования (асимметричное увеличение долей щитовидной железы) был поставлен диагноз: диффузный токсический зоб II степени с кистозными изменениями щитовидной железы. Кистозные изменения печени. Киста правой почки без нарушения их функции.

Назначено лечение: мерказолил, Z-тироксин, анаприлин.

На фоне проведенного лечения отмечена положительная динамика: перестали беспокоить боли в сердце, пульс 68 в минуту, исчезли одышка, перебои, прибавила в массе. На ЭКГ ритм синусовый, правильный. Экстрасистолы не регистрируются. Кожные покровы нормальной окраски и влажности, уменьшился тремор вытянутых рук, симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательны.

Мы не можем утверждать, что кистозные изменения щитовидной железы являются главной причиной возникновения тиреотоксикоза. Возможно, что имеется сочетание диффузного токсического зоба с кистозным перерождением щитовидной железы. Однако это сочетание представляет особый интерес в плане генеза развития тиреотоксикоза.

Мы считаем целесообразным проводить ультразвуковое исследование щитовидной железы при выявлении кистозных изменений в других органах с целью обнаружения кистозных изменений щитовидной железы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Атаманов Ю. А. // Педиатрия. — 1985. — № 1. — С. 53.