

Клиническое наблюдение истинного бокового aberrантного зоба

В.Г. Петров¹, С.А. Якимов³, Е.Г. Ивашина², С.Б. Бастракова³

¹ Тюменская государственная медицинская академия

² ГБУЗ Эндокринологический диспансер, Тюмень

³ ГБУЗ Областная клиническая больница №2, Тюмень

Петров Виктор Геннадьевич – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней ФПК и ППС Тюменской государственной медицинской академии Росздрава; Якимов Сергей Александрович – врач-цитолог высшей категории, ГБУЗ Областная клиническая больница №2, Тюмень; Ивашина Елена Гирьевна – врач-эндокринолог высшей категории, ГБУЗ Эндокринологический диспансер, Тюмень; Бастракова Светлана Борисовна – врач-эндокринолог высшей категории, ГБУЗ Областная клиническая больница №2, Тюмень.

Истинный aberrантный зоб встречается достаточно редко. Чаще всего имеет место метастатическое поражение шейных лимфатических узлов при раке щитовидной железы. В данной работе представлен клинический случай истинного бокового aberrантного зоба.

Ключевые слова: щитовидная железа, боковой aberrантный зоб, метастазы рака щитовидной железы.

Clinical observation of the true lateral aberrant goiter

V.G.Petrov¹, S.A.Yakimov³, E.G.Ivashina², S.B.Bastrakova³

¹ Tyumenskaya State Medical Academy

² Endocrinology Clinic, Tyumen

³ Regional Clinical Hospital № 2, Tyumen

True aberrant goiter is quite rare. Most often there is a metastatic lesion of the cervical lymph nodes in cancer of the thyroid gland. This paper presents a clinical case of true lateral aberrant goiter.

Key words: the thyroid gland, lateral aberrant goiter, thyroid cancer metastases.

В процессе эмбриогенеза от зачатков щитовидной железы (ЩЖ) могут отшнуровываться небольшие участки. С этим процессом связано происхождение ряда нозологических патологий, таких как эктопированный и aberrантный зоб. Впервые о наблюдении опухоли добавочных ЩЖ сообщил Haller в 1779 г. Термин “аберрирующий” (заблудившийся) был введен Schragger в 1906 г. (цит. по [9]). Наиболее часто aberrантная ткань ЩЖ встречается в области подъязычной кости, в толще языка. Ткань ЩЖ обнаруживается в средостении, в стенке трахеи, пищевода,

диафрагме, вокруг ЩЖ, может обнаруживаться даже в жировой ткани и скелетных мышцах. Вместе с пороками развития ЩЖ часто указываются зоб яичника или struma ovarii.

Развитие опухолей в aberrантной ткани ЩЖ в настоящее время большинством исследователей не подвергается сомнению, чего нельзя сказать о боковых добавочных железах. В литературе существует противоречивое мнение в отношении боковых aberrантных зобов. А.Ф. Романчишен [10] указывает, что боковые добавочные ЩЖ являются эктопиями



Петров Виктор Геннадьевич – 625013 Тюмень, ул. 50 лет Октября, 62а, кор.2., кв.22.
Тел. д. (3452) 41-82-41, р. (3452) 28-70-98, моб.+7 912-922-97-92. E-mail: v_doc@mail.ru

и возникновение их связано с нарушением слияния срединного и боковых зачатков ЩЖ.

По данным Н.Ю. Бомаш [1], дистопированная тиреоидная ткань может располагаться вокруг ЩЖ, особенно вблизи перешейка (так называемая перитиреоидная ткань), на боковых поверхностях шеи и в ткани лимфатических узлов в области сосудистого пучка (глубокие латеральные лимфоузлы) и по средней линии: от подъязычной кости до ворот печени. Автор указывает, что гораздо большее значение в практической работе имеют дистопированные очаги тиреоидной ткани на боковой поверхности шеи, которые могут локализоваться внутри лимфатических узлов области сосудистого пучка, т.е. тех лимфатических узлов, которые являются регионарными для ЩЖ и в которых, как правило, развиваются метастазы рака ЩЖ. В связи с этим могут возникать серьезные затруднения в дифференциальной диагностике тиреоидной дистопии с метастазами рака ЩЖ.

Анализ литературы, проведенный И.С. Брейдо [2], показал, что нет единого мнения о существовании боковых шейных аберрантных зобов. Большинство авторов считают, что боковые аберрантные зобы представляют собой метастазы латентно протекающего рака ЩЖ. Часть же хирургов настаивают на дизонтогенетическом происхождении боковых аберрантных зобов. И наконец, некоторые хирурги признают, что наряду с метастазами, которые могут длительное время существовать в боковых отделах шеи, изредка встречаются доброкачественные боковые аберрантные зобы [6, 13].

Р.М. Пропп в монографии “Клиника и лечение злокачественных опухолей ЩЖ” [9] указывал, что большинство авторов настаивают на метастатическом характере поражения добавочных боковых желез. Но, анализируя 12 наблюдений изменения в аберрирующих железах и основной ткани ЩЖ, автор обнаружил аналогичный характер поражения (3 – злокачественные, 9 – доброкачественные). У 6 других больных аберрирующие ЩЖ имели злокачественную структуру поражения, а в самой ткани ЩЖ опухоль носила доброкачественный характер. На основании этого автор сделал вывод, что доброкачественные и злокачественные опухоли могут раз-

виваться самостоятельно в аберрирующих железах независимо от процесса в основной железе. Однако авторы монографии “Рак щитовидной железы” А.И. Пачес и Р.М. Пропп [7] высказали более радикальное мнение: развитие рака в дистопированных боковых ЩЖ наблюдается редко, а “маленький”, скрыто протекающий рак встречается весьма часто. Поэтому практически все опухолевые узлы боковой поверхности шеи, имеющие структуру ЩЖ, следует рассматривать как метастатические. В связи с этим авторы настаивают на тщательной ревизии ткани ЩЖ, даже при отсутствии в ней изменений при предоперационном исследовании, и большей радикальности оперативного вмешательства. Однако авторы допускают редкую, но все же имеющуюся вероятность существования аберрирующих ЩЖ на боковой поверхности шеи, не исключая полностью вероятности развития в них новообразований.

Е.А. Валдина [3], ссылаясь на исследование R. Gerard-Marhant (1964), который показал, что нормальная тиреоидная ткань в лимфоузлах встречается крайне редко (автор обнаружил тиреоидную ткань в 3 из 8131 удаленного лимфоузла шеи), склоняется к мнению о том, что узлы, которые располагаются по ходу сосудистого пучка под ключисногрудинососцевидной мышцей, в большинстве случаев оказываются метастазами рака ЩЖ. Аналогичного мнения придерживается М.П. Черенько [14]. Автор считает, что наличие ткани ЩЖ в яремных лимфоузлах боковой поверхности шеи является ничем иным, как метастазами высокодифференцированного рака ЩЖ с полным уничтожением их структуры.

Но ряд авторов считают, что неверно относить все случаи бокового аберрантного зоба к метастазам рака ЩЖ с длительным доброкачественным течением [4, 11].

О.К. Хмельницкий [12] отмечает, что обособленный узел ЩЖ – довольно редкое образование. Вероятнее всего, такое образование представляет собой результат разрастания ткани ЩЖ, расположенной вне ее капсулы, что является частой микроскопической находкой в нормальной ЩЖ. В некоторых случаях во время операции обнаруживается ножка, связывающая долю с узлом, в других случаях она отсутствует. Для такого анатоми-

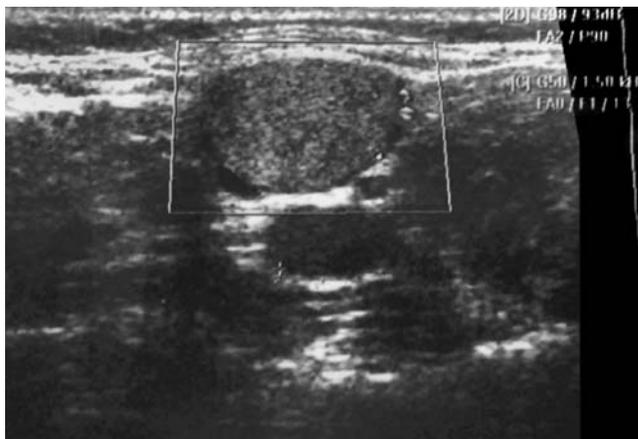


Рис. 1. УЗИ пациентки Г. Добавочная долька в правой подчелюстной области.

ческого образования характерна идентичность строения с тканью самой ЩЖ. Подобное образование может иметь место при аутоиммунном тиреоидите. В этом случае изменения в нем будут совпадать с таковыми в ЩЖ.

Однако все авторы сходятся во мнении, что данный вид патологии является редким. Наши данные также подтверждают это мнение. Так, из более 1000 случаев оперативно-го лечения узлового зоба в 2011 г. мы впервые столкнулись с данной патологией. Мы хотим подробно ознакомить вас с этим наблюдением.

Осенью 2011 г. в Эндокринологический диспансер Тюмени обратилась пациентка Г., 1985 года рождения, у которой при ультразвуковом исследовании (УЗИ) обнаружили узловые образования в ЩЖ и на боковой поверхности шеи.

УЗИ щитовидной железы пациентки Г.: ЩЖ расположена типично. Правая доля $58 \times 21 \times 24$ мм (объем $14,0 \text{ см}^3$), неоднородной структуры, экзогенность паренхимы смешанная. В нижнем полюсе доли лоцируется узел однородной структуры 24 мм в диаметре с гипозоногенным ободком, с перинодулярным типом кровотока. Левая доля $46 \times 17 \times 17$ мм (объем $6,4 \text{ см}^3$), аналогичной структуры, узлов нет. В правой подчелюстной области лоцируется добавочная долька 17×11 мм (рис. 1), по правой боковой поверхности ближе к нижнему полюсу доли ЩЖ лоцируется добавочная долька 34×13 мм (рис. 2). Обе дольки имеют четкие округлые контуры.

Исследование тиреоидного статуса показало наличие субклинического гипотиреоза (ТТГ

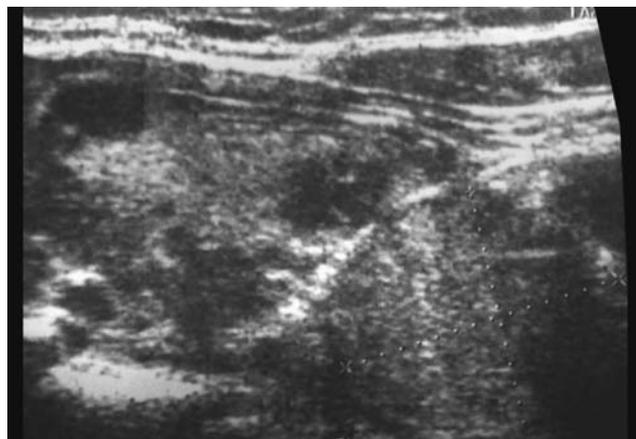


Рис. 2. УЗИ пациентки Г. Добавочная долька в области нижнего полюса правой доли ЩЖ.

$6,3 \text{ мЕд/л}$, св.Т₄ $13,2 \text{ нмоль/л}$). Остальные общеклинические и биохимические анализы были в пределах нормы.

Пациентке произведена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) узла правой доли ЩЖ и добавочных долек под контролем УЗИ. Все три мазка расценены цитологом как узловой коллоидный зоб.

В дальнейшем перед нами встал вопрос о выборе тактики лечения. С одной стороны, доброкачественное заключение ТАБ, отсутствие компрессионного синдрома позволяли выбрать наблюдательную тактику. Однако вызывало сомнение само наличие добавочных долек в проекции яремных лимфатических узлов. Действительно ли это добавочные дольки? Если же это все-таки увеличенные яремные лимфоузлы, то что означает наличие в них клеток фолликулярного эпителия, даже без признаков атипичного перерождения?

Из-за онкологической настороженности было решено выполнить оперативное вмешательство. 15.11. 11 произведена операция — экстирпация ЩЖ, ревизия клетчаточных пространств шеи, удаление опухолей правой поверхности шеи.

Из протокола операции пациентки Г.: типичный разрез по Кохеру на шее. Разведены прямые мышцы шеи. Выделена ЩЖ. Обе доли ее диффузно неоднородные, плотные, бугристые. В нижнем полюсе правой доли пальпируется узловое образование до 2,5 см в диаметре. В левой доле четко узлов не определяется. Экстрафасциально удалена правая доля. При ревизии клетчаточных пространств шеи чуть ниже уровня расположения нижнего полюса удаленной доли обнаружен узел



Рис.3. Макропрепарат удаленной ЩЖ и отдельных добавочных долек справа.

до 3,5 см в диаметре, достаточно интимно прилежащий к сосудистому пучку. Узел не спаян с окружающими тканями, легко выделен и удален. Также обнаружен аналогичный узел до 1,5 см в диаметре в правой подчелюстной области, который удален без технических трудностей. Оба узла имели мягкоэластическую консистенцию, на разрезе розовато-фиолетового цвета. Узел в удаленной правой доле ЩЖ имел аналогичную макроскопическую структуру. Онкологическая настроженность заставила нас прибегнуть к полному удалению и левой доли ЩЖ (рис. 3).

В послеоперационном периоде отмечена транзиторная гипокальциемия, которая достаточно легко купировалась приемом препаратов кальция. Гипокальциемия на некоторое время заставила нас задуматься о том, не являлись ли удаленные узлы гиперплазированными паращитовидными железами. Но выводы мы не стали делать, пока не получили результаты окончательно гистологического исследования.

Гистологическое исследование удаленной ткани ЩЖ пациентки Г.: все три узла имеют идентичную структуру фолликулярной аденомы, построены из фолликулов различных размеров и формы. Фолликулы покрыты преимущественно кубическим эпителием. Узлы отграничены плотной фиброзной капсулой. На этом фоне в узлах и ткани ЩЖ определяется густая лимфоцитарная инфильтрация с формированием большого количества лимфоидных фолликулов со светлыми центрами размножения. Морфологическая картина характерна для фолликулярных аденом ЩЖ на фоне коллоидного зоба с признаками выраженного лимфоматозного струмита.

Данное клиническое наблюдение указывает на то, что не все aberrантные боковые ЩЖ имеют метастатическое происхождение. Наличие плотной фиброзной капсулы узла ЩЖ, отсутствие инвазии в капсулу и сосуды говорят о его доброкачественности. Узел в ЩЖ не являлся раком, а потому не мог давать метастазы. Нельзя исключать наличие выраженной лимфоидной инфильтрации в ткани ЩЖ, которая, по мнению ряда авторов [5], также препятствует метастатическому распространению процесса. Кроме того, в удаленных отдельно лежащих узлах нет ткани лимфатического узла, что также не позволяет думать о том, что они являются метастазами рака в регионарные лимфоузлы. Скорее всего в данном случае имеет место самостоятельная опухолевая трансформация как ткани основной ЩЖ, так и aberrантных долей.

Список литературы

1. Бомаш Н.Ю. Морфологическая диагностика зобов щитовидной железы. М., 1981.
2. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. СПб., 1998.
3. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. СПб., 2006.
4. Гнатышек А.И. Зоб основания языка и щитовидно-язычного протока. Вестн. хир. 1956; 3: 111–115.
5. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. М., 2000.
6. Николаев О.В., Калинин А.П. Руководство по хирургии. Т.2. М., 1966.
7. Пачес А.И., Пропп Р.М. Рак щитовидной железы М., 1995.
8. Пинский С.Б., Калинин А.П., Белобородо В.А. и др. Редкие опухоли и заболевания щитовидной железы. Иркутск, 1999.
9. Пропп Р.М. Клиника и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы. М., 1966.
10. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. СПб., 2009.
11. Тарасенко Т.Л. К вопросу о малигнизации боковых aberrантных щитовидных желез. Пробл. эндокринологии и гормонотерапии. 1982; 4: 56–58.
12. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. СПб., 2002.
13. Хохля В.П., Рябый П.А. Aberrантный зоб. Клиническая хирургия. 1975; 2: 29–34.
14. Черненко М.П. О так называемом зобе добавочных щитовидных желез. Клиническая хирургия. 1990; 12: 1–4.