

Сложности диагностики узловых заболеваний щитовидной железы. Клиническое наблюдение

Воскобойников В.В., Воронкова И.А., Солдатова Т.В.

ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, Москва, Россия

В данной статье проанализирована тактическая ошибка в диагностике узловых заболеваний щитовидной железы. В настоящий момент имеется широкий арсенал инструментальных исследований, позволяющий с высокой точностью поставить правильный диагноз до операции. Для диагностики рака щитовидной железы общепринято использовать триаду исследований: УЗИ щитовидной железы, гормональное исследование (ТТГ, св.Т₄), тонкоигольная пункционная биопсия. При подозрении на метастаз высокодифференцированного рака щитовидной железы помимо пункционной биопсии целесообразно исследовать смыв из пункционной иглы на тиреоглобулин. В случае подозрения на оккультную форму склерозирующей микрокарциномы для дифференциальной диагностики с aberrантной тканью щитовидной железы целесообразно проведение сцинтиграфии щитовидной железы с пертехнетатом. При проведении сцинтиграфии с пертехнетатом натрия ^{99m}Tc добавочная ткань щитовидной железы накопит радиофармапрепарат, а метастатически измененный лимфоузел – нет.

Ключевые слова: склерозирующая микрокарцинома, aberrантная ткань щитовидной железы, рак щитовидной железы, сцинтиграфия с пертехнетатом.

Diagnosis difficulties for nodular thyroid disease. Case report

Voskoboynikov V.V., Voronkova I.A., Soldatova T.V.

Endocrinology Research Centre, Moscow, Russian Federation

This article analyzed the tactical error in the diagnosis of nodal thyroid diseases. At the moment, there is a wide arsenal of instrumental studies, with high accuracy the correct diagnosis before surgery. For the diagnosis of thyroid cancer is common to use a triad of research: ultrasound thyroid hormone study (TSH, fT₄), fine-needle aspiration biopsy. If you suspect a metastasis of differentiated thyroid cancer in addition to biopsy it is advisable to explore the washout of the needle for thyroglobulin. In case of suspicion of occult sclerosing microcarcinoma form for the differential diagnosis with aberrant thyroid tissue expedient to thyroid scintigraphy with pertechnetate. In carrying out scintigraphy with ^{99m}Tc pertechnetate sodium extra thyroid tissue accumulates radiopharmaceutical, and lymph node metastases changed not.

Key words: occult microcarcinoma, aberrant thyroid tissue, thyroid cancer, pertechnetate scintigraphy.

Диагностика узловых заболеваний щитовидной железы в основном складывается из триады исследований: ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы и регионарных лимфатических узлов, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАБ), гормональное исследование крови (тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (св.Т₄)). При необходимости конкретизации аспектов топической диагностики, особенно при загрудинном расположении узлов, проводится компьютерная томография органов шеи и средостения. Для определения активности узлов и для ис-

ключения функциональной автономии образований щитовидной железы проводится сцинтиграфия щитовидной железы. Эти методы позволяют хорошо оценить размеры узлов, их локализацию, кровоснабжение образований, взаимосвязь с окружающими структурами, функциональную активность образований. Высокая плотность или жесткость новообразования рассматривается как показатель его злокачественности. В настоящее время имеется возможность оценки жесткости структур с помощью эластографии [3]. Результаты недавно проведенного метаанализа подтверждают высокую

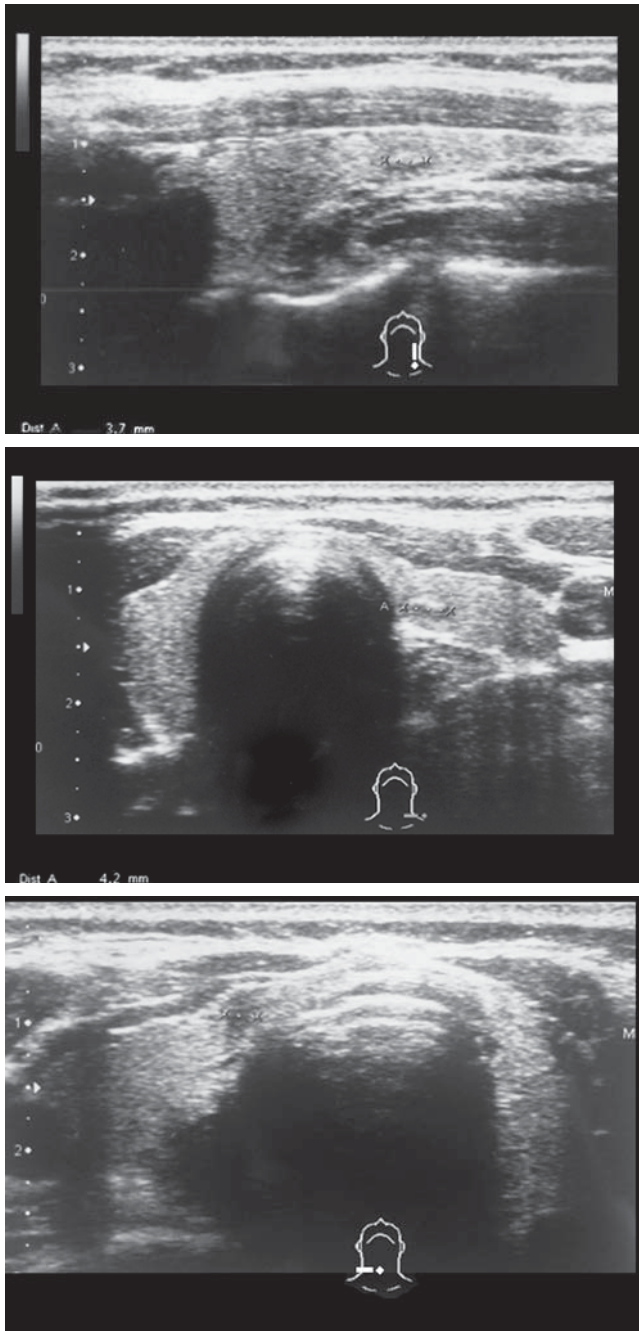


Рис. 1. УЗ-изменения левой доли щитовидной железы.

чувствительность и специфичность эластографии в диагностике рака щитовидной железы [1]. Морфологическая верификация узлов щитовидной железы с помощью ТАБ часто является ключевым исследованием, влияющим на тактику хирурга-эндокринолога. Однако информативность данной процедуры, по разным источникам, составляет 95–79%, а иногда и ниже, особенно регионарных

лимфатических узлов, из-за выраженного кровотока внутри лимфоузла, анатомических особенностей расположения лимфатических узлов [2]. Для уточнения метастатического поражения лимфатического узла целесообразно вместе с ТАБ проведение анализа смыва из пункционной иглы на тиреоглобулин. Если тиреоглобулин в смыве не определяется, то с высокой вероятностью лимфатический узел не изменен, если тиреоглобулин в смыве гораздо выше уровня тиреоглобулина крови, то это, вероятнее всего, метастаз.

Несмотря на большой арсенал диагностических методов в руках эндокринологов, диагноз при заболеваниях щитовидной железы не всегда очевиден.

Клиническое наблюдение

Больная И., 40 лет. Поступила в ЭНЦ в апреле 2014 г. При поступлении активно жалоб не предъявляет. Анамнез заболевания щитовидной железы с ноября 2010 г., когда было выявлено образование в щитовидной железе диаметром 3 мм. Ежегодно проходила обследование (УЗИ щитовидной железы, гормональные исследования (ТТГ, св.Т₄)) – определялись несколько фокальных зон в обеих долях, гормонально – эутиреоз. При проведении контрольного УЗИ щитовидной железы (апрель 2014 г.) – объем щитовидной железы 6 мл, в нижней трети левой доли определяется гипоехогенное образование диаметром 0,4 см с нечеткими контурами с гиперэхогенными включениями; на границе перешейка и правой доли гипоехогенные зоны без четких контуров диаметром 0,3 см (рис. 1).

Слева определяется паратрахеальный лимфатический узел измененной структуры размерами 1,8 × 1,0 × 0,7 см с жидкостными зонами (рис. 2). По данным эластографии (апрель 2014 г.) (SWE): образование левой доли – E_{mean} 46кПа, гипоехогенные зоны справа – E_{mean} 37кПа, паратрахеальный лимфатический узел слева – E_{mean} 38кПа. **Заключение:** эластографические признаки метастатического поражения паратрахеального лимфатического узла слева, признаки новообразования щитовидной железы справа.

Пунктировать образование правой доли щитовидной железы не представляется возможным в связи с его малым размером. Выполнена ТАБ паратрахеального образования (апрель 2014 г.) –

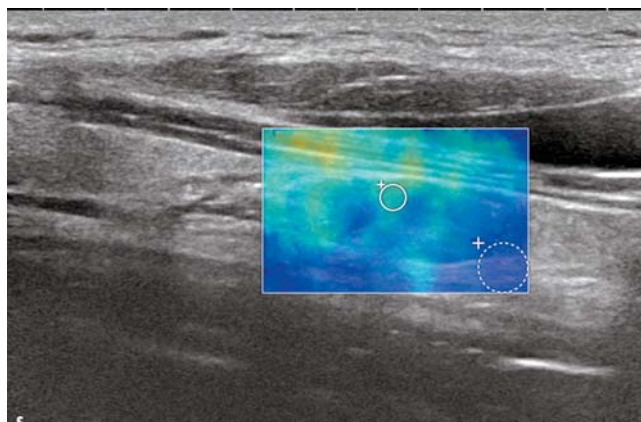
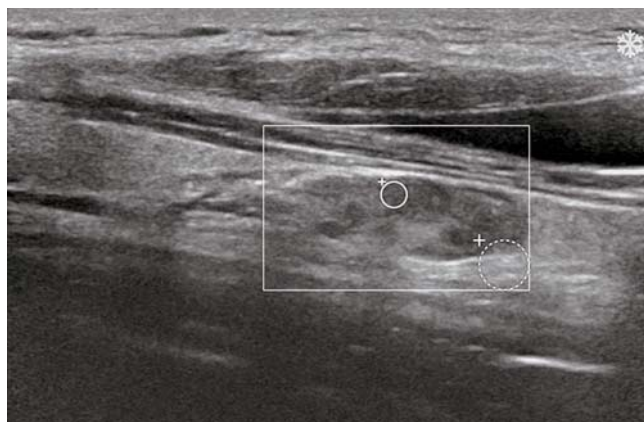


Рис. 2. Патологический лимфатический узел в паратрахеальной клетчатке (в обычном режиме и при эластографии).

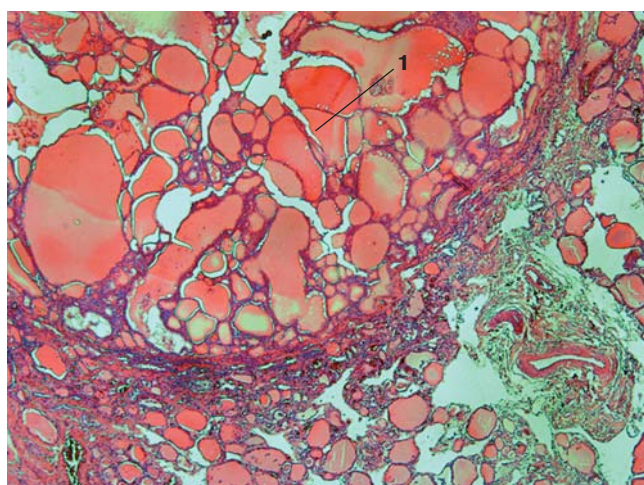


Рис. 3. Микроскопическая картина коллоидного узла щитовидной железы (окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 50$). 1 – фолликулярные клетки узла в щитовидной железе.

получены единичные лимфоидные элементы и пролиферирующие эпителиальные клетки. Тиреоглобулин из смыва пунктата более 1000 нг/мл, что указывает на возможность метастаза рака щитовидной железы. Ситуация расценена как склерозирующая микрокарцинома щитовидной железы.

Склерозирующая микрокарцинома (рак Грэхема) – это микроскопическая злокачественная опухоль щитовидной железы, которая часто имеет размеры менее 1 см (а иногда первичный очаг выявляют только при микроскопическом исследовании гистологического препарата), но выявляется увеличенными измененными лимфоузлами шеи [4]. Были попытки выделить микрокарциному в самостоятельную форму рака щитовидной

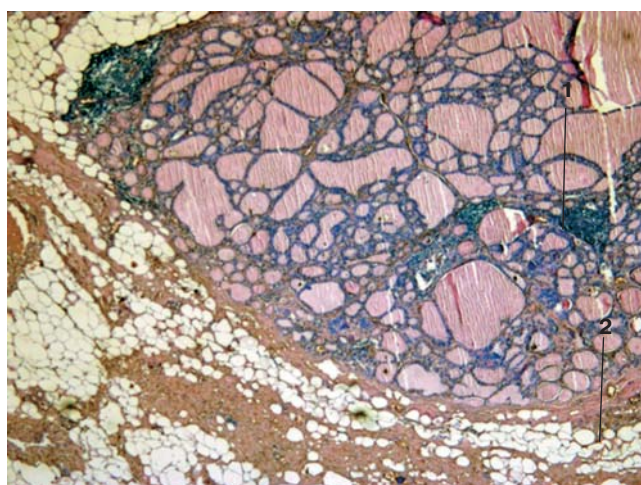


Рис. 4. Микроскопическая картина добавочной ткани щитовидной железы (окраска гематоксилином и эозином, увеличение $\times 200$). 1 – лимфоидная инфильтрация, 2 – капсула добавочной доли.

железы, однако они не увенчались успехом, так как этот вариант заболевания ничем по своей структуре не отличается от высокодифференцированного рака щитовидной железы обычных размеров. По клиническому течению этот рак может быть скрытым латентным и оккультным с наличием метастазов. Современные методы обследования позволяют обнаружить патологические очаги в щитовидной железе менее 3 мм. Однако достоверная морфологическая верификация этих узлов с помощью пункционной биопсии затруднительна.

Пациентка после обследования поступила в хирургическое отделение ФГБУ ЭНЦ для планового оперативного лечения. Выполнена тиреоидэктомия, центральная лимфаденэктомия.

В макропрепарате в паратрахеальной клетчатке визуально определяется плотноэластичный лимфатический узел (?) диаметром 1,0 см.

Однако при плановом гистологическом исследовании получены следующие данные: левая доля – ткань щитовидной железы нормофолликулярного строения с тенденцией к узлообразованию. Правая доля – узловой коллоидный зоб (!) с аденоматозом (рис. 3). В паратрахеальной клетчатке 4 лимфатических узла обычного строения и добавочная долька (!) щитовидной железы нормофолликулярного строения с очаговой лимфоидной инфильтрацией (!) (рис. 4).

Обсуждение

Склерозирующая микрокарцинома, как и возможность наличия аберрантной ткани щитовидной железы, – достаточно редко встречающиеся процессы. Заподозрив более серьезное заболевание, не было проведено исследований, исключающих наличие добавочной ткани щитовидной железы, которая была принята за измененный лимфатический узел. Конечно, можно было искать первичный очаг злокачественного процесса в щитовидной железе, но ТАБ образования диаметром 4 мм малочувствительна и мало-

информативна. В данной ситуации могла бы помочь сцинтиграфия щитовидной железы с пертехнетатом. При проведении сцинтиграфии с пертехнетатом натрия ^{99m}Tc добавочная ткань щитовидной железы накопила бы радиофармпрепарат, а метастатический лимфатический узел – нет.

Список литературы

1. Bojunga J, Herrmann E, Meyer G, Weber S, Zeuzem S, Friedrich-Rust M. Real-Time Elastography for the Differentiation of Benign and Malignant Thyroid Nodules: A Meta-Analysis. *Thyroid*. 2010;20(10):1145-1150. doi: 10.1089/thy.2010.0079
2. Hamburger JI. Diagnosis of thyroid nodules by fine needle biopsy: use and abuse. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1994;79(2):335-339. doi: 10.1210/jcem.79.2.8045944
3. Rago T, Scutari M, Santini F, Loiacono V, Piaggi P, Di Coscio G, et al. Real-Time Elastasonography: Useful Tool for Refining the Presurgical Diagnosis in Thyroid Nodules with Indeterminate or Nondiagnostic Cytology. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2010;95(12):5274-5280. doi: 10.1210/jc.2010-0901
4. Лушников Е.Ф., Втюрин Б.М., Цыб А.Ф. Микрокарцинома щитовидной железы. – М.: Медицина; 2003. [Lushnikov EF, Vtyurin BM, Tsyb AF. Thyroid microcarcinoma. Moscow: Meditsina; 2003.]

Воскобойников Валерий Витальевич – к.м.н., старший научный сотрудник отдела хирургии, Институт клинической эндокринологии, ФГБУ “Эндокринологический научный центр” Минздрава России, Москва, Российская Федерация. **Воронкова Ия Александровна** – к.м.н., научный сотрудник отделения патоморфологии, ФГБУ “Эндокринологический научный центр” Минздрава России, Москва, Российская Федерация. **Солдатова Татьяна Васильевна** – к.м.н., заведующая отделением ультразвуковой диагностики, ФГБУ “Эндокринологический научный центр” Минздрава России, Москва, Российская Федерация.



Воскобойников Валерий Витальевич – 117036 Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11.
E-mail: vall_nat@rambler.ru