

## ЛИТЕРАТУРА

1. Артемов А. В. Алгоритм инструментальной диагностики заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны с использованием магнитно-резонансной холангиопанкреатографии // *Анналы хирургии*. – 2009. – № 2. – С. 42–46.
2. Изшин В. Г., Лукичев О. Д., Макаров Ю. И. Сравнительная характеристика различных методик чрескожных желчеотводящих вмешательств у больных механической желтухой // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2003. – Т. 8. № 2. – С. 14–18.
3. Орехов В. Ф. Чреспеченочные эндобилиарные вмешательства при механической желтухе // *Международный журнал интервенционной кардиоангиологии*. – 2004. – № 5. – С. 57–60.
4. Копосова С. А., Цай Г. Е., Лаврентьев П. А., Беганская Н. С. Возрастные закономерности вне- и внутриорганных топографий

желчных протоков печени человека // *Морфология*. – 2006. – № 4. – С. 133.

5. Семенов А. В., Бекбауов С. А., Филин А. В., Богданов-Березовский А. А., Ашуба Т. М., Бурмистров Д. С., Ким Э. Ф. Анатомия внутрипеченочных желчных протоков, вариантность строения // *Хирургия*. – 2009. – № 8. – С. 67–72.

6. Bansal V., Schuchert V. D. Jaundice in the intensive care unit // *Surg. clin. north. am.* – 2006. – Dec. № 86 (6). – P. 1495–1502.

7. Tajiri T., Yoshida H., Mamada Y., Tanai N., Yokomuro S., Mizuguchi Y. Diagnosis and initial management of cholangiocarcinoma with obstructive jaundice // *World j. gastroenterol.* – 2008. – May 21. № 14 (19). – P. 3000–3005.

Поступила 20.11.2011

Е. В. РЯБЧЕНКО

## АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ НЕХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА» НА ФОНЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

*Отделение эндокринной хирургии Краснодарского муниципального  
лечебно-диагностического объединения,  
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2,  
тел. 8-918-462-68-52. E-mail: rev7512@mail.ru*

В статье приводятся данные о наблюдении первичной злокачественной лимфомы щитовидной железы с диагнозом «аутоиммунный тиреоидит» после проведенной тонкоигольной пункционной биопсии. Анализируются клинические проявления и особенности диагностики.

*Ключевые слова:* неходжкинская лимфома, аутоиммунный тиреоидит.

Е. В. РЯБЧЕНКО

## ASPECTS OF DIAGNOSTIC PATIENTS WITH A DIAGNOSIS MALIGNANT NON-HODGKIN LYMPHOMA ON THE BASE OF AUTOIMMUNE TIREOIDIT

*Department of endocrinological surgery Krasnodar municipal medicina-diagnostic association,  
Russia, 350012, Krasnodar, str. Red partisan, 6/2, tel. 8-918-462-68-52. E-mail: rev7512@mail.ru*

The article presents data on the observation of primary malignant lymphoma of thyroid diagnosed with autoimmune tireoidit held after fine-needle biopsy. Analyzed the clinical manifestations and diagnostic features.

*Key words:* non-Hodgkin's lymphoma, autoimmune tireoidit.

Лимфома является одной из разновидностей злокачественных опухолей, поражающей прежде всего лимфатическую систему, состоящей из лимфатических узлов, объединенных системой мелких сосудов. Понятие «лимфома» объединяет более 30 родственных заболеваний, возникающих из зрелых В- и Т-клеток, различных по своим морфологическим особенностям, клиническим проявлениям, методам и исходам лечения. Различают две новые формы лимфом: неходжкинская лимфома (синонимы: лимфосаркома, ретикулосаркома) и лимфома Ходжкина (синонимы: лимфогранулематоз, болезнь Ходжкина). Неходжкинские лимфомы составляют более 80% от общего количества лимфом.

Первичная злокачественная лимфома щитовидной железы (ЩЖ), когда опухоль развивается преиму-

щественно или исключительно в щитовидной железе, по данным различных авторов, составляет от 1% до 5% всех опухолей ЩЖ [1, 5, 8, 9]. Приводимые в литературе данные о частоте лимфом ЩЖ отличаются широкой вариабельностью даже среди клиник, располагающих огромным опытом в хирургии злокачественных опухолей ЩЖ. Так, по данным В. А. Привалова и соавт., среди более 3000 оперированных больных по поводу злокачественных новообразований ЩЖ лимфосаркома была выявлена у 2,7%. А. И. Шулуто и соавт. среди 545 больных со злокачественными новообразованиями ЩЖ по данным послеоперационного гистологического исследования диагностировали у 3 больных неходжкинскую лимфому и у 1 – лимфому Ходжкина (0,7%). О. П. Богатырев и соавт. среди 537 больных с верифицированными злокачественными

опухолями ЩЖ в 3 наблюдениях диагностировали злокачественную лимфому (0,6%). По данным D. Rasbachetal (1985), лимфомы отмечены в 5%, а E. Williams (1981) – в 10% от всех злокачественных новообразований ЩЖ. Естественно, по этим данным трудно судить об истинной частоте заболевания. Причина возникновения лимфом недостаточно изучена. Среди патогенетических факторов риска традиционно рассматриваются влияние радиации, химических канцерогенов, неблагоприятных условий окружающей среды. Развитию лимфомы ЩЖ может способствовать рентгенотерапия по поводу доброкачественных заболеваний в детском возрасте [11, 12]. Существенную роль в возникновении лимфом отводят иммуносупрессии. Лимфомы часто являются ассоциированными заболеваниями с ВИЧ инфекцией. Факторами риска являются и некоторые генетические заболевания с нарушением иммунной системы. Окончательно не выясненным остается наличие взаимосвязи между аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) и развитием первичной неходжкинской лимфомы ЩЖ. По мнению Hernandez и соавт. [11], у больных с предшествующим АИТ вероятность возникновения лимфомы ЩЖ в 40,80 раза выше, чем в обычной популяции. По мнению C. Thieblemont и соавт. [14], у 11 из 26 больных с лимфосаркомой ЩЖ установили в анамнезе АИТ. В. А. Привалов и соавт. [5] отметили возникновение лимфомы на фоне АИТ у 61,9%. По данным А. М. Шулуто и соавт. [11], у 3 из 4 больных лимфома развилась на фоне АИТ. Существует мнение, что длительная антигенная стимуляция тиреоцитов при АИТ приводит к развитию первичной лимфомы ЩЖ из трансформированных лимфоцитов. Некоторые авторы считают, что лимфоплазматическая инфильтрация развивается в результате повреждающего действия тиреоцитов опухолевыми клетками, что способствует поступлению в кровотоки большого количества тиреоглобулина, образованию антител к микросомальной фракции тиреоцитов и тиреоглобулину [9].

В описываемом случае у пациентки возникновению злокачественной лимфомы ЩЖ предшествовал АИТ. В многочисленных ранее опубликованных гистологических классификациях опухолей ЩЖ злокачественная лимфома была представлена в рубриках «неэпителиальные опухоли» или «смешанные опухоли» [6, 8, 13]. В последних международных гистологических классификациях опухолей ЩЖ злокачественные лимфомы выделены в отдельную группу. Вместе с тем и до настоящего времени во многих странах существуют различные названия и термины обозначения одного и того же вида неходжкинских лимфом. Неходжкинские лимфомы чаще всего имеют В-клеточное происхождение. Гистологически большинство лимфом ЩЖ имеют В-клеточный фенотип и принадлежат к категории крупноклеточных. Диффузная В-клеточная неходжкинская лимфома ЩЖ может быть высокой или низкой степени злокачественности, но чаще характеризуется склонностью к быстрой генерализации опухолевого роста. К основному типу неходжкинской лимфомы относится индолентная лимфома маргинальной зоны (MALT-лимфома), которая чаще наблюдается у больных, перенесших в прошлом АИТ. К опухолям из В-клеток относят также лимфобластную лимфому. Специальные методы обследования щитовидной железы включали УЗИ, оценку функциональной активности ЩЖ на основании определения уровня тиреоидных и тиреотропного гор-

монов, тонкоигольную пункционную биопсию под УЗИ-контролем с цитологическим исследованием пунктата.

При первой консультации больная предъявляла жалобы на быстрое увеличение опухолевидного образования на передней поверхности шеи в течение 2, 3 месяцев), вызвавшее в разной степени одышку, слабость. Пациентка А. была запланирована на плановую госпитализацию в отделение эндокринной хирургии. Через три дня больная поступила в экстренном порядке в отделение эндокринной хирургии с диагнозом: загрудинный многоузловой зоб 2-й степени с синдромом компрессии и смещением органов шеи и верхнего средостения. При обследовании отмечены сдавление и смещение трахеи и пищевода опухолью щитовидной железы, подтвержденные бронхоскопией и рентгенологическим исследованием. По данным ТАПБ выявлен аутоиммунный тиреоидит с клетками Гюртля. По УЗИ отмечено неравномерное увеличение обеих долей железы. Отмечены неоднородность структуры железы, сниженная эхогенность, неровные контуры, отсутствие четких границ. Для данной пациентки характерным оказался короткий период развития заболевания, а также отсутствие зависимости между его длительностью и распространенностью опухоли. В связи с выраженным компрессионным синдромом пациентке выполнена операция: экстрафасциальная тиреоидэктомия. При мобилизации щитовидной железы обращал на себя внимание резко выраженный рубцово-спаечный процесс между долями и окружающими мышечными тканями. Левая доля представлена конгломератным узловым образованием кистозно-солидного характера около 5 см в диаметре, правая доля – конгломератным узловым образованием около 15 см в диаметре, уходящим нижним полюсом глубоко за грудину, верхним – к нижней ветви нижнечелюстной кости, при этом резко оттесняя трахею влево (в том числе за счет своих задних отделов, расположенных ретротрахеально). При мобилизации правой доли выявлено, что она располагалась за трахеей, которая была вовлечена в спаечный (опухолевый?) процесс. Щитовидная железа мобилизована и удалена экстрафасциально, при этом в проекции правой доли железы на протяжении около 2 см выполнены резекция передней стенки пищевода в связи с прорастанием железы в пищевод, ушивание дефекта пищевода двухрядными прецизионными швами. Регионарные лимфатические узлы не выявлены. Гистологический анализ после операции: неходжкинская лимфома щитовидной железы. После выписки из стационара больная была направлена в онкологический диспансер. Назначенная полихимиотерапия эффекта не дала, и больная умерла через три месяца после операции от генерализации процесса.

Диагностика первичной злокачественной лимфомы ЩЖ остается трудной и нередко в начальной стадии заболевания диагностируется как АИТ. Большинство авторов указывают, что в случае быстрого роста одной доли или всей железы исчезновение сферичности ее контуров, подвижности, консистенции, особенно у больных, страдающих АИТ, следует учесть возможность наличия лимфомы [2, 4, 9]. Диагностическая ценность клинических критериев, известных стандартных лабораторных и инструментальных методов исследований (УЗИ, сцинтиграфия ЩЖ, определение гормонов, лабораторные данные) незначительна, во многом сомнительна и противоречива. В постановке диагноза

многие годы решающая роль принадлежала данным цитологического и гистологического исследований. Вместе с тем и до настоящего времени патогистологическая диагностика лимфом относится к числу наиболее трудных и сложных разделов онкоморфологии. Все же в постановке диагноза решающее значение принадлежит данным цитологического и гистологического исследований. Сегодня всеми морфологами признается, что ответственность за диагностику неходжкинских злокачественных лимфом целиком несут патогистологи. О. К. Хмельницкий (2002), один из крупнейших специалистов в области цитологической и гистологической диагностики заболеваний щитовидной железы, считает, что отличить лимфому ЩЖ от аутоиммунного тиреоидита на основании цитологического исследования практически невозможно. По данным ряда авторов, тонкоигольная биопсия под УЗИ-контролем позволяет установить правильный диагноз в 70,80% [3, 4, 7, 10]. Однако в последние годы возможности цитологического исследования в качестве самостоятельного метода в морфологической верификации диагноза существенно возросли, что обусловлено более совершенным способом получения адекватного клеточного материала, возросшей квалификацией врача-цитолога и объема имеющейся клинической информации. Наряду с этим для подтверждения диагноза рекомендуется проводить открытую биопсию с последующим гистологическим исследованием. Дифференциальный диагноз первичной злокачественной лимфомы ЩЖ прежде всего нужно проводить с недифференцированным раком ЩЖ, АИТ, зобом Риделя.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева З. А., Петров С. В., Мухаметшина Г. Н., Намов Е. В. Комплексная диагностика, лечение и диспансеризация больных лимфомами щитовидной железы // Современные аспекты хирургической эндокринологии. – Ярославль, 2004. – С. 26, 28.
2. Богатырев О. П. Симультанные операции в эндокринной хирургии / О. П. Богатырев, А. П. Калинин, Т. В. Сергеева // Хирургия эндокринных желез, материалы 5-го Рос. симпозиума по хирургической эндокринологии. – СПб, 1996. – С. 161–164.
3. Калинин А. П., Златкина А. Р., Голенков А. К., Камынина Т. С. Первичная лимфосаркома щитовидной железы // Вопросы онкологии. – 1988. – № 3. – С. 269–276.
4. Пачес А. И., Пропп Р. М. Рак щитовидной железы. – М., 1984. – 320 с.
5. Пинский С. Б., Калинин А. П., Белобородов В. А., Дворниченко В. В. Редкие опухоли и заболевания щитовидной железы. – Иркутск, 1999. – 208 с.

6. Поддубная И. В. Диагностика и определение распространенности (стадирование) неходжкинских лимфом / И. В. Поддубная, Е. А. Демина // Прак. онкогематология. – 2004. – Т. 5. № 3. – С. 176–184.

7. Привалов В. А., Яйцев С. В., Суслова Т. А., Селиверстов О. В. Ассоциации антигенов системы HLA-A, В с заболеваниями щитовидной железы в регионе Южного Урала // В сб. «Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума по хирургической эндокринологии». – Харьков, 1991. – С. 95–96.

8. Привалов В. А. Хирургическая тактика при заболеваниях щитовидной железы в зависимости от выраженности антитиреоидной аутоиммунной агрессии: Автореферат канд. диссертации. – Куйбышев, 1989. – 31 с.

9. Румянцев П. О., Залетаев Д. В., Васильев Е. В. и др. Вопросы онкологии. – 2006. – Т. 52. № 2. – С. 145–149.

10. Румянцев П. О., Ильин А. А., Румянцев У. В., Саенко В. А. Рак щитовидной железы // Современные подходы к диагностике и лечению. – М., 2009. – 447 с.

11. Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. – СПб: СОТИС, 2002. – 288 с.

12. Шулуто А. М., Семиков В. И., Иванова Н. А. и др. Ультразвуковые методы исследования и пункционная биопсия в диагностике узловых образований щитовидной железы // Хирургия. – 2002. – № 5. – С. 7–12.

13. Burke J. S., Butler J. J., Fuller L. M. Malignant lymphomas of the thyroid. A clinical pathologic study of 35 patients including ultrastructural observations // Cancer. – 1977. – Vol. 39. – P. 1587–1602.

14. Genssenjager E., Girard V. Praktische hyperthyreose bei befall der schilddruse durch tumoren anderer organe // Schweiz. med. wscrh. – 1981. – Bd. 111. – P. 1563–1564.

15. Hernandez J. A., Reth P., Ballester E. Limfomaprimaria de tiroides con infiltracion de la medula osea y del sistemanerviosa central // Med. clin. – 2001. – Vol. 116. № 9. – P. 357–358.

16. Matsuzuka F., Miyauchi A., Katayama S. et al. Clinical aspects of thyroid lymphoma. Diagnosis and treatment based on our experience of 119 cases // Thyroid. – 1993. – Vol. 3. – P. 93–99.

17. Rasbach D. A., Mondschein M. S., Harris N. L. et al. Malignant lymphoma of the thyroid gland // Surgery. – 1985. – Vol. 98. – P. 1166–1170.

18. Thieblemont C., Mayer A., Dumontet C. et al. Primary thyroid lymphoma is a heterogeneous disease // J. clin. endocrinol. metab. – 2002. – Jan. № 87 (1). – P. 105–111.

19. Williams E. D. Malignant Lymphoma of the thyroid // Clin. endocr. metabol. – 1981. – Vol. 10. № 2. – P. 384–389.

Поступила 08.09.2011

Е. В. РЯБЧЕНКО, И. Н. ШИПКОВА

## ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ «АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ С УЗЛООБРАЗОВАНИЕМ»

Отделение эндокринной хирургии

Краснодарского муниципального лечебно-диагностического объединения,  
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2,  
тел 8-918-462-68-52. E-mail: rev7512@mail.ru

В работе представлены результаты оперативного лечения 164 пациентов с диагнозом «фолликулярная опухоль» после проведенной тонкоигольной аспирационной биопсии на фоне аутоиммунного тиреоидита с узлообразованием. При послеоперационном морфологическом исследовании диагностированы различные заболевания щитовидной железы.