

УДК 616.441-002-07-089

ДООПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТИРЕОИДИТА РИДЕЛЯ

П.С. Зубеев¹, В.А. Коновалов¹, Н.Ю. Орлинская², Е.А. Бедерина¹, Б.В. Саранцев¹, М.А. Жуков¹,

¹МЛПУ «Городская больница № 33», г. Н. Новгород, ²ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»

Зубеев Павел Сергеевич – e-mail: gorbol@yandex.ru

Особенностью данного случая является редкость патологии, трудность клинической и морфологической диагностики при отсутствии четких клинических и морфологических критериев. Четко разработанный алгоритм совместных действий клиницистов и морфологов позволил правильно поставить диагноз и провести адекватное лечение.

Ключевые слова: щитовидная железа, тиреоидит Риделя, дооперационная диагностика, морфологическое исследование.

The peculiarity of this case is the rarity of the pathology, the difficulty of clinical and morphological diagnostics because of the absence of precise clinical and morphological criteria. Well-developed algorithm of the combined actions of clinicians and morphologists has allowed to make the correct diagnosis and carry on an adequate treatment.

Key words: thyroid gland, Riedel thyroiditis, presurgical diagnostics, morphological examination.

Тиреоидит Риделя – это заболевание щитовидной железы, именуемое также как фиброзный инвазивный тиреоидит. Характеризуется разрастанием соединительной ткани в щитовидной железе с замещением ее паренхимы и с прорастанием в капсулу и прилежащие мышцы, сосуды и нервы. Встречается крайне редко, чаще у мужчин, возраст больных в среднем составляет 50 лет. Причина заболевания неясна. Существует мнение, что он подобен таким заболеваниям, как идиопатический фиброзный медиастенит [1].

Клиническая диагностика тиреоидита Риделя трудна. Характерным клиническим признаком является преобладание симптомов сдавления, часто полное сращивание гиперплазированной щитовидной железы с органами шеи, одышка. Выраженность и степень обструкции определяют клиническую картину. Иногда это минимальные проявления стеноза трахеи, наблюдающиеся только при физической нагрузке, в других случаях – стридорозное дыхание, удушье, прогрессирующая дисфагия. Общие симптомы заболевания обычно не выражены, за исключением случаев, когда изменена вся щитовидная железа, что может привести к гипотиреозу. Поражение может ограничиться одной долей. Наиболее характерным признаком заболевания является каменная плотность (больше, чем при карциноме) щитовидной железы, распространяющаяся на окружающие структуры. Лимфатические узлы обычно не увеличены.

Операция при тиреоидите Риделя технически очень трудна из-за мощных фиброзных сращений и должна заклю-

чаться только в резекции перешейки щитовидной железы и освобождении трахеи. При одностороннем процессе – удаление пораженной доли щитовидной железы. К сожалению, агрессивный рост соединительной ткани иногда продолжается даже после повторных операций. Описаны спонтанные ремиссии без операции. Стероидная терапия при тиреоидите Риделя не дает эффекта [2]. При морфологическом исследовании учитывают две фазы в развитии тиреоидита Риделя: пролиферативно-деструктивную и склеротическую. Щитовидная железа представлена коллоидными узлами, вокруг которых разрастается фиброзная соединительная ткань с умеренной лимфоплазмноклеточной инфильтрацией с примесью нейтрофилов и наличием гигантских клеток. При цитологическом исследовании – аспират содержит очень скудное количество клеток и на этом этапе диагноз поставить довольно сложно. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с другими формами тиреоидита и карциномой щитовидной железы. Четких морфологических признаков для проведения дифференциальной диагностики тиреоидита Риделя не существует, и морфолог может лишь высказать предположение о возможности этого заболевания. Окончательный же диагноз возможен при сопоставлении данных клиники, дооперационного цитологического исследования, гистологического исследования, течения процесса [1, 3].

Такие клинико-морфологические сопоставления возможны лишь при организации четко отлаженной совместной работы

клиницистов и морфологов [4, 5]. Примером успешной диагностики такой редкой патологии служит следующее клиническое наблюдение.

Больная Ш., 41 год, специфических жалоб не предъявляла, выполняла УЗИ щитовидной железы с профилактической целью.

В марте 2003 г.: объем правой доли 4,7 мл, левой – 4,0 мл. В правой доле было обнаружено гипозоженное узловое образование 1,5х1,0 см. Заключение врача УЗИ: «узловой зоб правой доли ЩЖ».

В марте 2009 г.: Объем правой доли 6,7 мл, левой – 3,2 мл. В правой доле были выявлены гипозоженные узловые образования 2,3х1,0 см с нечетким контуром и 0,8х0,7 см с нечетким контуром. Заключение врача УЗИ: «узловые образования правой доли ЩЖ, рекомендация консультации эндокринолога».

При пальпации в правой доле определяется плотное малосмещаемое образование 2,5–3 см.

В протоколе УЗИ от 07.04.2009 г.: перешеек: 0,3 см.

Правая доля: объем 7,4 мл, контур ровный. Эхогенность средняя, структура неоднородная. На границе с перешейком визуализируется гипозоженное аваскулярное образование с нечетким контуром диаметром 1,0 см. В верхнем полюсе визуализируется гипозоженное образование с нечетким неровным контуром размерами 3,0х1,6 см, не нарушающее ангиоархитектонику доли.

Левая доля: объем 4,6 мл, контур ровный. Эхогенность средняя, структура однородная.

Сосудистый рисунок долей железы не изменен.

Регионарные лимфатические узлы не изменены.

Заключение: диффузные структурные изменения ЩЖ, вероятно аутоиммунного характера (тиреоидит).

Лабораторная диагностика: ТТГ – 1,9 Ме/л, сТ4 – 14,46 пмоль/л, АТПО – 1,62 Ме/л, эритроциты – 4,3*/л, Нв – 120 г/л, фибриноген – 3,53 г/л (норма 2-4), лейкоциты – 7,6*1/л, лимфоцитов – 36%, СРБ – отриц., СОЭ 13 мм/ч.

С целью верификации характера патологического процесса выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) образований правой доли. По цитологическому заключению заподозрен папиллярный рак на основании присутствующих в одном препарате сосочкоподобных структур фолликулярного эпителия с нагромождением и полиморфизмом ядер, с единичными гигантскими многоядерными клетками.

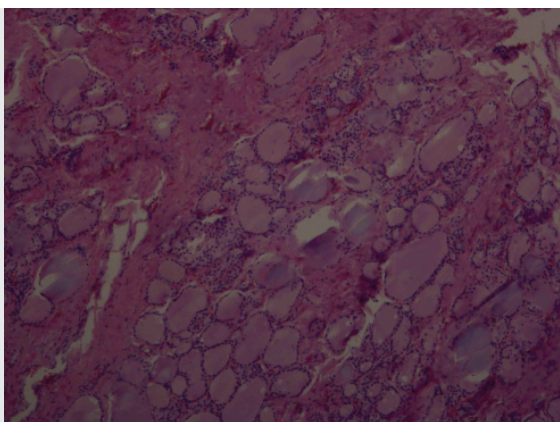


РИС. 1.
Окраска гематоксилин-эозином. Больная Ш. Множественные фолликулы, заполненные коллоидом с уплощенным тиреоидным эпителием. Разрастание соединительной ткани.

Размышления о несоответствии клинической картины результатам динамического ультразвукового исследования и морфологическому заключению привели к необходимости проведения повторной ТАБ. При исследовании полученного материала обнаружены скопления и группы клеток фолликулярного эпителия с признаками дистрофии и умеренного полиморфизма, фиброзные скопления соединительной ткани.

В результате анализа первой и второй цитограмм сформулировано заключение о том, что данная картина характерна для тиреоидита Риделя.

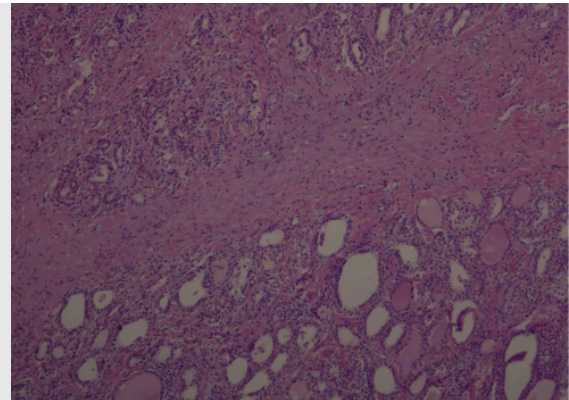


РИС. 2.
Окраска гематоксилин-эозином х40. Больная Ш. Массивное разрастание соединительной ткани в щитовидной железе.

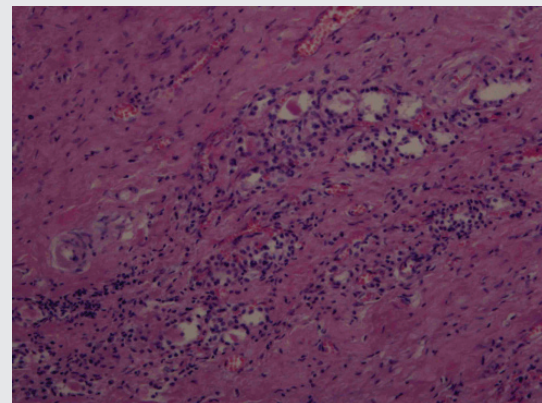


РИС. 3.
Окраска гематоксилин-эозином х40. Больная Ш. В участках разрастания соединительной ткани лимфоплазматическая инфильтрация с небольшим количеством нейтрофилов.

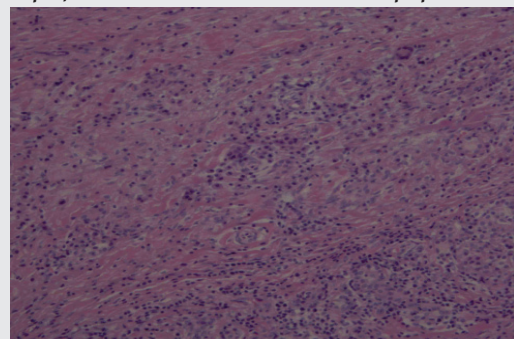


РИС. 4.
Окраска гематоксилин-эозином. х40. Больная Ш. Лимфоплазматическая инфильтрация с формированием гранулем.

28.05.2009 г. выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия. При гистологическом исследовании операционного материала: множественные фолликулы, заполненные коллоидом, тиреоидный эпителий местами уплощен (рис. 1) за счет разрастания массивных полей разрастания соединительной ткани (рис. 2) с наличием инфильтратов, содержащих плазматические клетки, лимфоциты, небольшое количество нейтрофилов (рис. 3) и наличием гигантских клеток (рис. 4).

Данное наблюдение демонстрирует, что при четко налаженной совместной работе хирургов, морфологов, врачей УЗИ и сопоставлении данных клиники и морфологии возможна адекватная диагностика даже редкого заболевания, не имеющего четких диагностических критериев. Это позволяет правильно выбрать тактику лечения пациентов.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Хмельницкий О.К. Гистологическая диагностика опухолей щитовидной железы. Пособие для врачей. С.-Пб., 1999. С. 113.
2. Клиническая эндокринология. Руководство для врачей /под ред. Н.Т. Старковой. М.: Медицина, 1991. С. 512.
3. Кузнецов Н.С. Оптимальный диагностический комплекс в выборе объема хирургического вмешательства при узловых эутиреоидных образованиях щитовидной железы. Лечение и профилактика эутиреоидного зоба. М. 1997. С. 32–39.
4. Шапиро Н.А., Камнева Т.Н. Цитологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. М. 2003. (рец. Е.Ф. Лушников).
5. Артемова А.М., Игнатков В.Я. Возможности ультразвуковой диагностики при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы. Актуальные проблемы современной эндокринологии. М. 2001. С. 263.