

Роль компьютерной томографии в дифференциальной диагностике загрудинного зоба

А.А. Филатов, П.С. Ветшев, Г.П. Филимонов, Ф.Б. Ахмедова

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

В последнее время отмечается тенденция к увеличению числа заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) как следствие радиационных катастроф, загрязнения окружающей среды и прочих неблагоприятных факторов. В связи с этими обстоятельствами интерес исследователей и практических врачей к лучевой диагностике заболеваний ЩЖ за последние годы заметно возрос.

В литературе все чаще встречаются сообщения о роли рентгеновской компьютерной томографии (КТ) в диагностике опухолей ЩЖ [1, 2]. Существуют различные мнения исследователей о возможностях КТ в дифференциальной диагностике поражения ЩЖ и органов средостения. Однако исследования последних лет показывают некоторые важные преимущества этого метода [3, 4].

В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная Д., 57 лет, прошла обследование в клинике эндокринологии и поступила на оперативное лечение в факультетскую хирургическую клинику ММА им. И.М. Сеченова 27.02.2002 г. с предварительным диагнозом "Многоузловой загрудинный зоб III степени".

При поступлении предъявляла жалобы на объемное образование на передней поверхности шеи, чувство инородного тела при глотании, затруднение прохождения твердой пищи.

При пальпаторном исследовании ЩЖ увеличена до III степени, узловые образования пальпируются лишь при максимально разогнутом положении головы. Региональные лимфоузлы не увеличены. Глазные симптомы отрицательны.

Гормональный профиль: T_3 — 1,5 (0,6–1,9) нг/мл, T_4 — 75 (60,0–160,0) нмоль/л, ТТГ — 3,06 (0,25–4,0) МЕ/л.

На сонограмме (рис. 1) правая и левая доли ЩЖ расположены в типичном месте, контуры ровные, паренхима однородная, средней эхогенности. Правая доля размером $16 \times 17 \times 55$ мм, левая — $14 \times 18 \times 57$ мм, перешеек до 45 мм. Объем ЩЖ 15 мл (N — 9–18 мл). При максимально разогнутом положении головы в

области яремной ямки определяются два изоэхогенных узла с гипоэхогенными участками внутри, с ровными четкими контурами и гипоэхогенным венчиком, размерами $13 \times 8 \times 16$ и $6 \times 5 \times 8$ мм (узлы в аберрантной доле, идущей вниз от перешейка, частично загрудинно расположенной).

Заключение: многоузловой зоб с частично загрудинным расположением.

На сцинтиграммах, выполненных с ^{99m}Tc -пертехнетатом в стандартных проекциях (рис. 2), изображение ЩЖ с нечеткими неровными контурами. Включение пертехнетата снижено. Распределение индикатора неравномерное, с чередованием зон гипофиксации и зон средней интенсивности включения. Под нижним полюсом правой доли и перешейка как продолжение их определяется зона дополнительного накопления низкой интенсивности. Заключение: загрудинный зоб.

Учитывая жалобы больной на чувство удушья в положении лежа и загрудинную локализацию образования, решено дополнительно провести КТ области шеи и верхнего средостения.

На серии компьютерных томограмм в аксиальной проекции от уровня верхушек легких до уровня левого предсердия (рис. 3), определяется патологическое образование с неров-

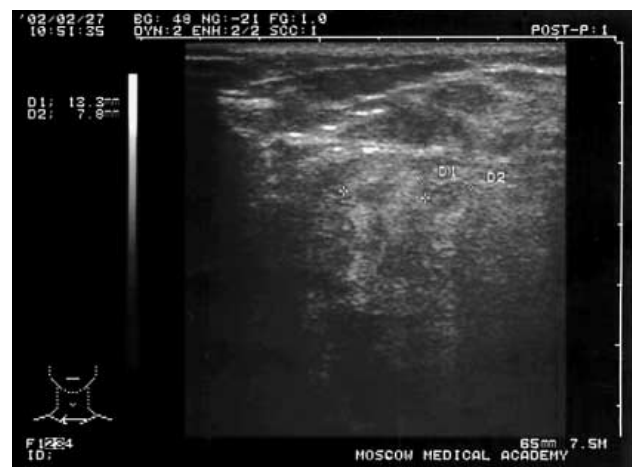


Рис. 1.

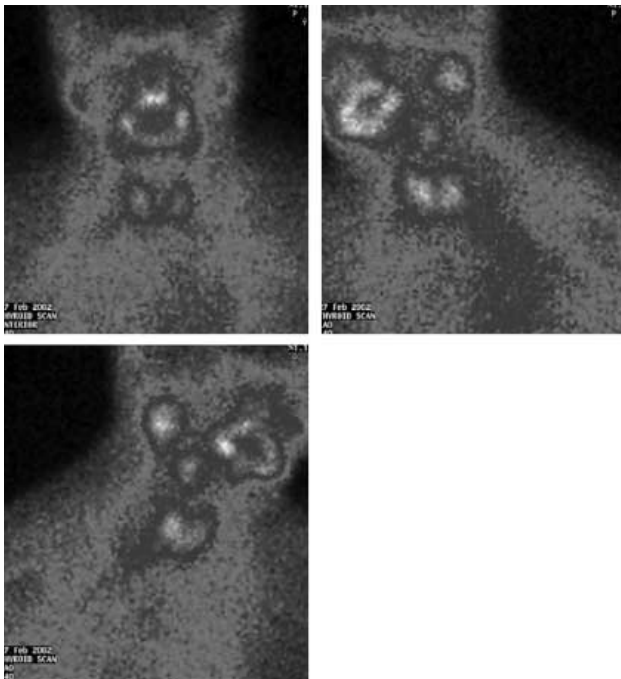


Рис. 2.

ными контурами неоднородной структуры плотностью от 20 до 60 Н с наличием участков меньшей плотности (+5 Н) и нескольких мелких кальцинатов. Размеры образования 105 × 90 × 120 мм. Опухоль оттесняет крупные сосуды средостения и трахею кзади, вызывает компрессию прилежащих отделов легких. Границы опухоли с правой долей ЩЖ четко не прослеживаются. В обеих плевральных полостях определяется жидкость (максимальная толщина слоя справа – 15 мм, слева – 8 мм). В полостях перикарда также определяется жидкость (толщина слоя – 14 мм). Контурсы надаортальных сосудов и верхней полой вены на фоне опухоли не прослеживаются. Граница опухоли с аортой и легочной артерией хорошо видна на большинстве срезов. Свежие очаговые и инфильтративные изменения в легких не определяются. Просветы крупных бронхов свободны. Заключение: лимфома переднего средостения. Учитывая выраженную неоднородность структуры, неровные контуры, невозможность дифференциации границы образования с крупными сосудами средостения, исключить злокачественность процесса не представляется возможным.

Больной была проведена торакоскопическая биопсия опухоли переднего средостения.

В переднем средостении, вдаваясь в плевральную полость, определяется образование размерами 8 × 4 см серо-желтого цвета, состоящее из множества узлов. При ревизии инст-

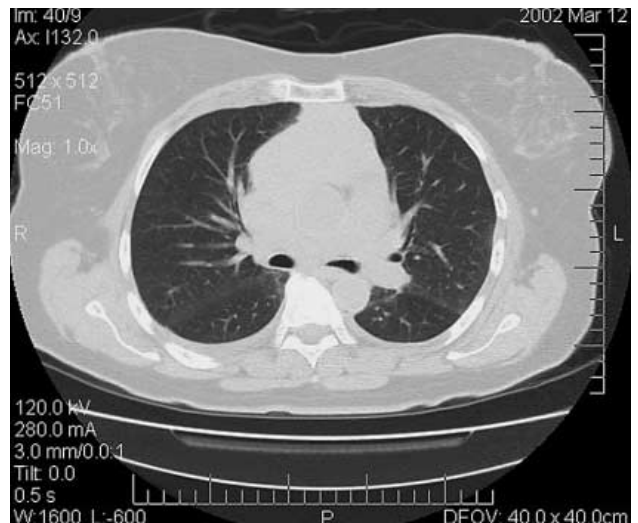
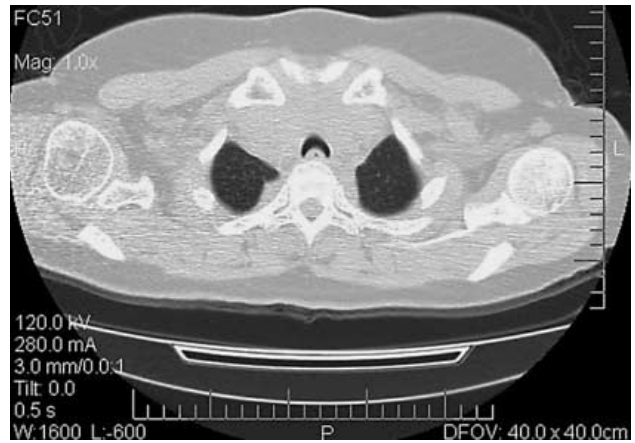


Рис. 3.

рументом образование мягкотканной консистенции. Произведена пункция образования, пунктат послан на срочное гистологическое исследование. Заключение: картина, более характерная для лимфомы. Выполнена биопсия образования из нескольких участков. Материал отправлен на плановое гистологическое ис-

следование. Заключение: цитологическая картина злокачественной лимфомы.

Таким образом, в данном наблюдении только использование метода КТ позволило предположить правильный диагноз на дооперационном этапе.

Список литературы

1. *Русаков В.Ф.* К вопросу о диагностической значимости различных методов исследования при заболеваниях щитовидной железы: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1995. 117 с.
2. *Баранова О.В.* Сравнительная клиничко-морфологическая характеристика узлового зоба, аденомы щитовидной железы и аутоиммунного тиреоидита: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1999. 221 с.
3. *Ванушко В.Э.* Оптимальный диагностический комплекс в выборе объема хирургического вмешательства при узловых эутиреоидных образованиях щитовидной железы: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1997. 118 с.
4. *Абдулхалимова М.С., Митьков В.В., Бондаренко В.О., Зубарев А.Р.* Диагностика узловых образований щитовидной железы с использованием современных методов исследования // Ультразвуковая диагностика. 1999. № 3. С. 77–81.