

О сложности дифференциальной диагностики аутоиммунного тиреоидита

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

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

В структуре заболеваний эндокринной системы заболевания щитовидной железы (ЩЖ) занимают второе место по частоте после сахарного диабета. Пациенты с узловыми образованиями ЩЖ составляют от 42 до 98,8% [1, 2].

Несмотря на достигнутые успехи в выявлении патологических изменений ЩЖ, в практической деятельности сохраняется проблема дифференциальной диагностики узловых форм заболеваний. Решение этой проблемы должно основываться на арсенале современных лучевых методик (УЗИ, РНС, КТ, МРТ) в сочетании с оценкой гормонального профиля и тонкоигольной аспирационной биопсией (ТАБ) [2–4]. В ряде случаев постановка правильного дооперационного диагноза остается сложной даже при проведении всего комплекса диагностических мероприятий. В частности, аутоиммунный тиреоидит (АТ) нередко протекает под маской диффузного или многоузлового эутиреоидного зоба при отсутствии четкой клинико-лучевой симптоматики [3, 4]. Диагностические проблемы осложняются также и полиморфизмом изменений в ткани ЩЖ при АТ.

В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Пациентка Б., 59 лет, в сентябре 2001 г. находилась на обследовании и лечении в хирургической клинике с предварительным диагнозом: многоузловой зоб IV–V степени. При поступлении женщина предъявляла жалобы на опухолевидное образование в передних отделах шеи, осиплость голоса, беспокойный сон. Указанное опухолевидное образование обнаружила самостоятельно около четырех лет назад. К врачам не обращалась. Больная отмечала постепенное увеличение размеров образования. С июля 2000 г. появилось затруднение прохождения твердой пищи, возникла осиплость голоса.

При осмотре передняя поверхность шеи отчетливо деформирована. При пальпации выявляется значительное увеличение в размерах обеих долей и перешейка ЩЖ, плотной консистенции, неоднородной структуры. В правой доле и перешейке пальпируется крупное узло-

вое образование. При глотании ЩЖ мало-подвижна, региональные лимфоузлы не увеличены. Гормональный профиль: T_3 – 1,01 (0,6–1,9) нг/мл, T_4 – 39,6 (60,0–160,0) нмоль/л, ТТГ – 2,06 (0,25–4,0) МЕ/л, АТ к ТГ – 3000 (0–60) МЕ/мл.

При ультразвуковом исследовании ЩЖ увеличена за счет обеих долей и перешейка. Левая доля размерами 25 · 50 мм расположена частично за грудиной. Контуры доли нечеткие, эхоструктура неоднородная (с чередованием гипо- и изоэхогенных участков). Сагиттальный размер перешейка более 30 мм. Контуры перешейка нечеткие, эхоструктура неоднородная. Правая доля размером 75 · 40 мм почти вся занята гипоэхогенным неоднородным узлом. Нижние полюса долей не определяются даже при глотании, что не позволило установить вертикальные размеры долей и оценить объем ЩЖ. При цветовой доплеро-

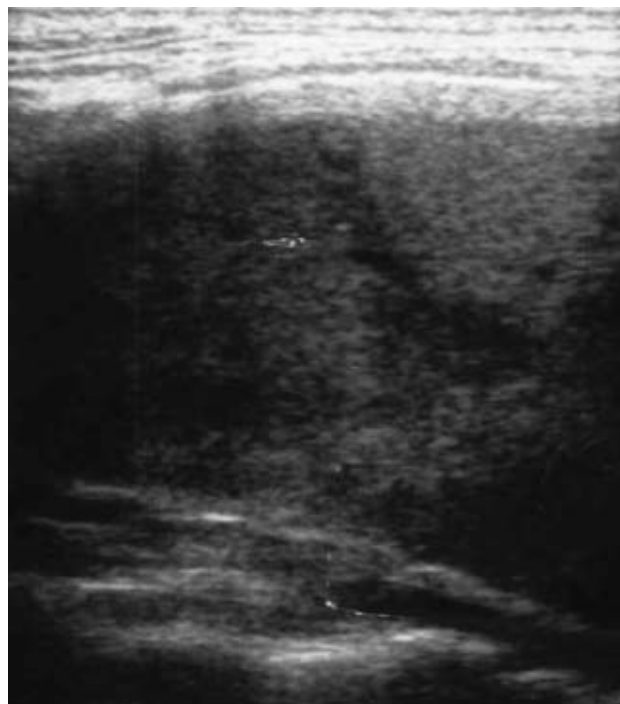


Рис. 1.

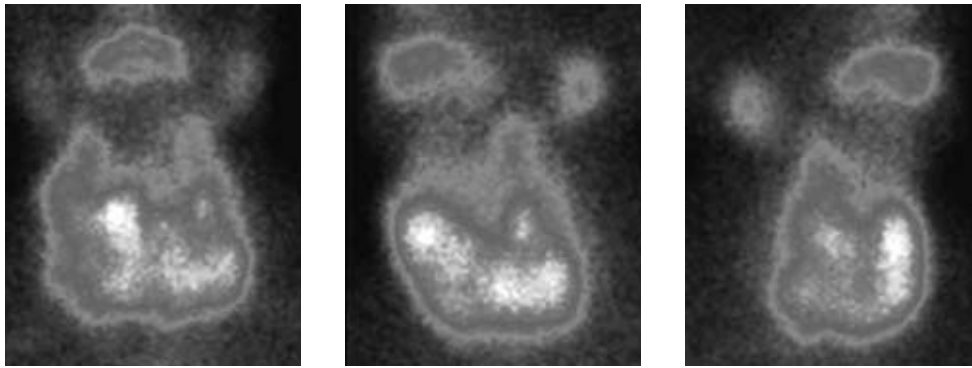


Рис. 2.

графии обнаружено умеренное повышение кровотока. Заключение: эхографическая картина диффузно-узлового зоба (рис. 1).

На скintiграммах, выполненных с ^{99m}Tc -пертехнетатом, в стандартных проекциях отмечается увеличение размеров ЩЖ и частичное расположение ее долей за грудиной. Контуры обеих долей неровные, нечеткие. Их структура состоит из чередования зон гипер- и гипофиксации индикатора. Заключение: скintiграфические признаки смешанного зоба (рис. 2).

На серии компьютерных томограмм, выполненных в аксиальной проекции, определяется увеличение ЩЖ за счет всех ее отделов. Размер правой доли $70 \cdot 57 \cdot 135$ мм. Структура однородная. Размер левой доли $45 \cdot 55 \cdot 120$ мм. Структура неоднородная. Плотность паренхимы от 16 до 44 ед. Н. Перешеек до 25 мм в поперечнике. Трахея на уровне ЩЖ умеренно сдавлена, оттеснена вправо. Лимфоузлы шеи не увеличены. Заключение: признаки аутоиммунного тиреоидита диффузной формы (рис. 3).

Тонкоигольная аспирационная биопсия: в цитограмме ЩЖ на фоне лимфоидной инфильтрации имеются группы крупных атипичных клеток, подозрительных в принадлежности к карциноме.

Значительные размеры ЩЖ, сдавление пищевода и трахеи явились показаниями к оперативному лечению. Из-за высокой вероятности злокачественного поражения больной была выполнена тиреоидэктомия. При интраоперационной ревизии установлено, что ЩЖ значительно увеличена в размерах за счет обеих долей и перешейка. Размеры левой доли $120 \cdot 60 \cdot 50$ мм, перешеек толщиной до 30 мм, правая доля размером $150 \cdot 70 \cdot 60$ мм. Ткань железы значительно уплотнена, диффузно-неоднородна. Гипертрофированная правая доля дугообразно охватывает трахею и пищевод, левая доля

сдавливает и отклоняет трахею и пищевод вправо. В околожелезистой клетчатке умеренно выраженный спаечный процесс, сопровождающийся на ограниченных участках подрастанием капсулы ЩЖ справа и слева к претиреоидным мышцам. Отмечено выраженное развитие новообразованных патологических сосудов. По данным патоморфологического исследования, установлена диффузная форма аутоиммунного тиреоидита запущенной стадии.

Таким образом, в данном наблюдении использование КТ позволило предположить правильный диагноз на дооперационном этапе, что свидетельствует в пользу большей информативности метода по сравнению с эхографией и скintiграфией в диагностике АТ.



Рис. 3.

Представленный случай демонстрирует объективные диагностические трудности при исследовании ЩЖ и необходимость дальнейшего совершенствования лучевой диагностики ее заболеваний.

Список литературы

1. Пинский С.Б., Дворниченко В.В., Белобородов В.А. Опухоли щитовидной железы. Иркутск, 1999. 318 с.
2. Паршин В.С., Цыб А.Ф., Нестайко Г.В., Беляева Т.И. Ультразвуковая диагностика аутоиммунного тиреоидита // Ультразвуковая диагностика. 1997. № 2. С. 58–65.
3. Денисов Л.Е., Липин В.Л. Современные возможности выявления рака щитовидной железы // Хирургия. 1995. № 6. С. 15–17.
4. Ветшев П.С., Шкроб О.С. Тонкоигольная аспирационная биопсия солитарных образований щитовидной железы // Хирургия. 1995. № 3. С. 34–37.

Книги Издательского дома Видар-М

“Желчнокаменная болезнь”, авторы С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулуто, М.И. Прудков. С современных позиций изложены вопросы этиологии и патогенеза холелитиаза, особенности клинических проявлений при разных формах заболевания. Рассмотрены возможности методов диагностики желчнокаменной болезни и ее осложнений. Приведены алгоритмизированные подходы к выбору методов лечения, обсуждены возможности передовых лечебно-диагностических технологий в различных клинических ситуациях.

Книга предназначена для хирургов общего профиля, врачей других специальностей, слушателей факультетов послевузовского профессионального образования и студентов медицинских вузов. 144 с.

“Неинвазивные методы диагностики в хирургии брюшной аорты и артерий нижних конечностей”, авторы С.А. Дадвани, С.К. Терновой, В.Е. Сеницын, Е.Г. Артюхина.

Монография посвящена современной диагностике и лечению заболеваний артерий нижних конечностей. Описываются технические основы компьютерной и магнитно-резонансной ангиографии, а также ультразвуковая диагностика заболеваний брюшной аорты и периферических артерий. В книге отражены семиотика наиболее часто встречающихся заболеваний и осложнений, а также вопросы хирургической тактики в зависимости от выявленных изменений. Содержатся сведения об информативности предлагаемых методик и сопоставлении их с данными традиционной рентгеноконтрастной ангиографии, интраоперационной ревизии, морфологического исследования.

Для сосудистых хирургов, рентгенологов, ангиологов, специалистов по функциональной диагностике и врачей других специальностей. 144 с.

“Магнитно-резонансная томография в диагностике цереброваскулярных заболеваний”, авторы О.И. Беличенко, С.А. Дадвани, Н.Н. Абрамова, С.К. Терновой.

Монография посвящена одной из актуальных проблем клинической медицины – изучению методом МРТ состояния головного мозга и его сосудистых структур при цереброваскулярных заболеваниях. Рассмотрены практически все известные формы этих заболеваний: от наиболее часто встречающихся (дисциркуляторная энцефалопатия, инсульты при артериальной гипертонии и атеросклерозе) до редких (болезнь Такаюсу). Авторы показали возможности клинического применения МРТ и МРА головного мозга в комплексе современных инструментальных методов.

Для рентгенологов, неврологов, специалистов по лучевой диагностике. 112 с.

“Спиральная компьютерная и электронно-лучевая ангиография”, авторы С.К. Терновой, В.Е. Сеницын.

Монография посвящена компьютерной ангиографии – новому методу визуализации сосудов и сердца. Компьютерная ангиография стала возможной с появлением спиральной компьютерной томографии и электронно-лучевой томографии. Описываются технические основы обоих методов, цели использования компьютерной ангиографии, подходы к интерпретации изображений. Книга содержит практические рекомендации по оптимизации выполнения компьютерной ангиографии. Для рентгенологов, кардиологов и специалистов по функциональной диагностике. 144 с.