

Возможности УЗИ в дифференциальной диагностике острого (подострого) тиреоидита и рака щитовидной железы

Н.В. Михеева, Л.И. Сметанина

ФГУ «Российский Научный Центр Рентгенорадиологии» Росздрава России

Своевременная диагностика рака щитовидной железы (РЩЖ) — актуальная проблема онкологии. Несмотря на то что определены основные УЗ-признаки, дающие возможность с высокой вероятностью предположить РЩЖ [1–6], его дифференциальная диагностика с тиреоидитом остается сложной в случае обширного поражения (доли органа)

В качестве примера приводим следующее клиническое наблюдение.

Больная Б., 65 лет, наблюдалась по поводу пролеченного рака молочной железы. При одном из контрольных обследований пациентка предъявила жалобы на выраженную болезненность в левой половине шеи. При УЗ-исследовании отмечено значительное снижение эхогенности левой доли щитовидной железы при совершенно нормальной структуре и эхогенности правой доли. С учетом выраженной клинической картины (боли в проекции щитовидной железы, повышение температуры)

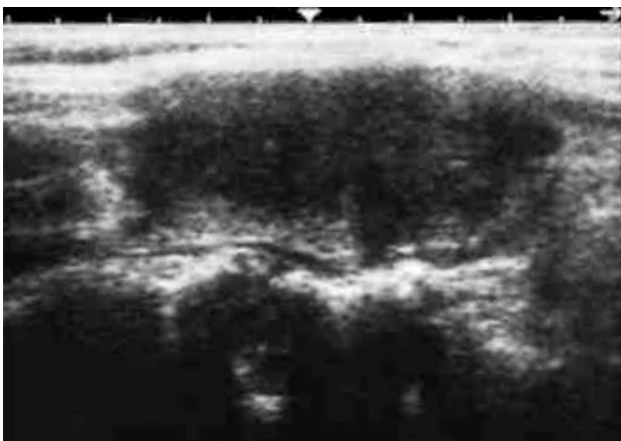


Рис. 1. Острый (подострый) тиреоидит. Представленная на снимке доля щитовидной железы сниженной эхогенности с мелкозернистой однородной структурой. Контуры ее четкие, ровные, капсула прослеживается на всем протяжении.

встал вопрос о дифференциальной диагностике между подострым тиреоидитом и РЩЖ.

Для подострого тиреоидита (рис. 1) характерно снижение эхогенности всей доли щитовидной железы, при котором ее ткань представлена мелко-зернистой однородной структурой, более однородной, чем при хроническом аутоиммунном тиреоидите. У нашей больной картина представлялась схожей с описанными изменениями щитовидной железы, но контуры пораженной доли выглядели хотя и четкими, но неровными, бугристыми, что по УЗ-признакам больше соответствует РЩЖ (рис. 2). В связи с этим больной для подтверждения диагноза была произведена пункция левой доли щитовидной железы.

Данные цитологического исследования: “В доставленном материале эритроциты, в двух стеклах — обильный детрит, единичные клетки с полиморфизмом, принадлежащие злокачественной опухоли, большей частью деструктивно измененные. В двух других — деструктивно измененные, возможно опухолевые фрагменты оксифильного вещества с заключенными в него клетками неэпителиальной природы. Окончательный ответ по гистологическому препарату”. Данные гистологического исследования: “Обрывки фиброзной ткани. Клеточный фрагмент, недостаточный для постановки диагноза”.

При общем анализе крови были получены данные о наличии острого воспалительного процесса, на основании которого больной был проведен курс противовоспалительной терапии преднизолоном. Больная отметила улучшение самочувствия и заметное уменьшение болевых ощущений в проекции щитовидной железы.

Повторная пункция также оказалась малоинформативной, в связи с чем было принято следующее решение: так как нет убедительных морфологических признаков рака, нельзя ис-

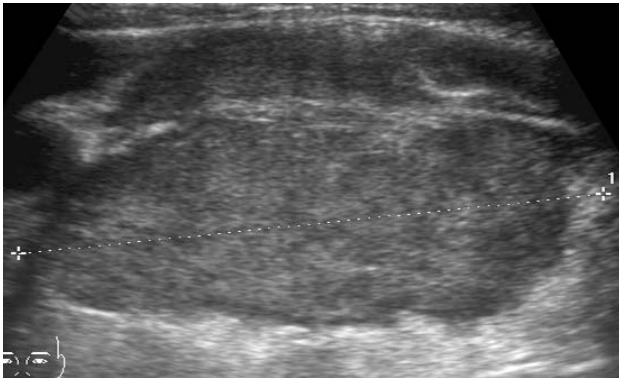


Рис. 2. Рак щитовидной железы (недифференцированная форма). Поражена вся доля. Она представлена гипоэхогенной и неоднородной структурой. Контур доли менее четкие, неровные, бугристые.

ключить тиреоидит. Решено продолжить противовоспалительную терапию с УЗ- и цитологическим контролем.

При контрольном УЗ-исследовании спустя месяц была отмечена выраженная отрицательная динамика в виде прорастания капсулы щитовидной железы (рис. 3).

Больная была прооперирована с морфологически неподтвержденным диагнозом недифференцированный рак щитовидной железы. При гистологическом исследовании препарата в левой доле щитовидной железы обнаружен недифференцированный рак, преимущественно веретенноклеточного строения (метаплазированный), с прорастанием капсулы, к которой прилежит отрезок тромбированного сосуда. В удаленном при операции лимфатическом узле метастаза рака не было обнаружено.

Таким образом, сложности морфологической верификации этой формы рака, схожесть клинической картины с симптоматикой воспалительного процесса, улучшение самочувствия в начальной стадии на фоне противовоспалительной терапии требуют исключи-

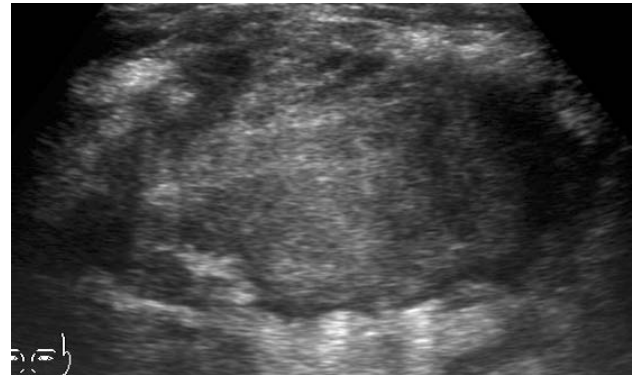


Рис. 3. Рак щитовидной железы. Щитовидная железа той же больной спустя месяц: выраженная отрицательная динамика. Четко визуализируется прорастание капсулы щитовидной железы по передней поверхности.

тельной онкологической настороженности при постановке диагноза острого (подострого) тиреоидита. В описанном случае ультразвуковой мониторинг и онкологическая настороженность позволили избежать диагностической ошибки.

Список литературы

1. *Артемова А.М., Бронштейн А.И.* Стандартное УЗИ и ЦДК в диагностике доброкачественных и злокачественных образований щитовидной железы // Тезисы доклада 3-го съезда Российской ассоциации специалистов УЗ-диагностики. М., 1999. С. 69–81.
2. *Котляров П.М.* Ультразвуковые признаки злокачественных опухолей // Тезисы доклада 1-го научного форума “Радиология 2000”. М., 2001. С. 336–338.
3. *Кононенко С.Н.* Ранняя диагностика и дифференцированное лечение рака щитовидной железы // Хирургия. 2000. № 3. С. 38–41.
4. *Митьков В.В.* Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Т. 2. М.: Видар, 1996. С. 371–395.
5. *Сенча А.Н.* Диагностика рака щитовидной железы по данным УЗ-исследования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 21 с.
6. *Харченко В.П., Котляров П.М., Зубарев А.Р.* Диагностика рака щитовидной железы по данным ультразвукового исследования. М., 2002. 70 с.