

Поражение щитовидной железы при болезни Ходжкина

Румянцев А.А.^{1,2}, Колесникова О.И.¹, Волоскова Н.И.², Баканов А.А.²

Thyroid gland affection during Hodgkin's disease

Rumyantsev A.A., Kolesnikova O.I., Voloskova N.I., Bakanov A.A.

¹ Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

² Алтайская краевая клиническая детская больница, г. Барнаул

© Румянцев А.А., Колесникова О.И., Волоскова Н.И., Баканов А.А.

Приводится клиническое описание поражений щитовидной железы у ребенка 13 лет с болезнью Ходжкина. Отражен процесс диагностики этого заболевания, рекомендуется необходимость онкологической настороженности в детской практике.

Ключевые слова: болезнь Ходжкина, щитовидная железа, дети.

A clinical description of thyroid gland affection at 13-year child with Hodgkin's disease is presented. The diagnostics process of this disease has been shown, it has been recommended an oncologic alarm in children practice.

Key words: Hodgkin's disease, thyroid gland, children.

УДК 616.42/.441–006.6

Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз, Ходжкинская лимфома) — первичное опухолевое заболевание лимфоидной ткани, характеризующееся преимущественным поражением лимфоузлов, селезенки, реже — тканей легких, печени, костного мозга [3]. В литературе описаны случаи поражения костей, почек, кожи, мягких тканей, плевры, эпидурального пространства [1, 2]. Нами в клинике наблюдался ребенок с диагнозом болезни Ходжкина IV Аб, нодулярного склероза с поражением шейно-надключичных, медиастинальных лимфоузлов, диффузным поражением щитовидной железы.

Больная В., 13 лет, в декабре 1999 г. на фоне полного здоровья отметила опухолевидное образование на передней поверхности шеи. В январе 2000 г. получила консультацию эндокринолога, при ультразвуковом исследовании (УЗИ) было выявлено увеличение объема щитовидной железы — 12 см³, в области перешейка, правой доли локализовалось образование пониженной эхогенности с четким контуром, неоднородной структуры, с повышенной васкуляризацией, размером 17 × 13 мм. Диагноз: «кистозный зоб I степени. Эу-

тиреоз». В течение 5 мес больная наблюдалась у эндокринолога, для лечения был назначен йодид, фитотерапия. В динамике наблюдалось увеличение образования передней поверхности шеи, жалобы на сухой кашель, чувство удушья, слабость. Прошла повторный осмотр у эндокринолога 07.06.2000 г.: по УЗИ объем щитовидной железы увеличился с 12 до 24 см³, большую часть правой и левой долей, весь перешеек занимало образование пониженной эхогенности, с четким волнистым контуром, неоднородной эхоструктуры, с множественными кальцинатами внутри, размером 48 × 26 мм. Была проведена пункционная биопсия образования щитовидной железы из трех точек. Цитологическое заключение: в препарате обнаружены клетки Березовского—Штернберга. Цитограмма болезни Ходжкина.

Девочку госпитализировали в онкогематологическое отделение 15.06.2000 г. с жалобами на опухолевидное образование передней поверхности шеи, сухой кашель, чувство удушья. При осмотре кожа и видимые слизистые были бледно-розовыми, по передней поверхности шеи в средней и нижней трети определялось опухолевидное образование размером 5,0 × 3,0 см,

плотной консистенции, малоподвижное, безболезненное при пальпации. Периферические группы лимфоузлов:

шейные — множественные, цепочкой, больше справа, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные, размером от 1,0 до 2,0 см — справа, слева — 1,0—1,5 см; в надключичной области справа единичный лимфоузел до 2,0 см в диаметре, плотноэластической консистенции, малоподвижный, безболезненный при пальпации. Другие группы лимфоузлов не увеличены. Печень, селезенка не увеличены. На рентгенограмме грудной клетки от 16.06.2000 г. — средостение расширено в верхних отделах за счет лимфоидной ткани. На компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки от 18.06.2000 г. легкие без очаговых и инфильтративных теней, выявлено увеличение лимфоузлов средостения до 13 мм. УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства без патологии. В анализе крови нормохромная анемия легкой степени (гемоглобин (Hb) — 112 г/л), лейкоциты — $6,6 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без патологии, тромбоциты — $273 \cdot 10^9$ /л, ускорение РОЭ — 58 мм/ч. В биохимическом анализе крови выявлены гиперфибриногенемия (5500 мг/л), диспротеинемия (общий белок — 78,8 г/л, альбумины — 51,55%, глобулины: α_1 — 6,2%, α_2 — 10,47%, β — 12,4%, γ — 19,38%). Тиреотропный гормон (ТТГ) — 2,2 МЕ/мл (в норме 0,23—3,4 МЕ/мл). Миелограмма без патологии. 20.06.2000 г. была проведена биопсия надключичного лимфоузла справа. Гистологическое заключение: болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), вариант с нодулярным склерозом.

Больной провели полихимиотерапию по протоколу DAL-HD-90. На фоне цитостатической терапии отмечена положительная динамика: уменьшение размеров щитовидной железы, периферических лимфоузлов; сухой кашель, чувство удушья купировались. При динамическом контроле периферические группы лимфоузлов, печень, селезенка не увеличены, щитовидная

железа пальпаторно не увеличена, мягкоэластической консистенции, подвижная, безболезненная, явных узлообразований не определялось. УЗИ щитовидной

железы от 22.08.2000 г. — суммарный объем $7,5 \text{ см}^3$

(в норме $9,06 \text{ см}^3$), по задней поверхности правой доли множественные анэхогенные структуры округлой формы с точечными гиперэхогенными включениями, размером от $2,2 \times 2,9$ до $8,0 \times 4,5$ мм (фолликулярные кисты). На границе с перешейком в левой доле обнаружен гипозоногенный участок $5,9 \times 2,4$ мм, при цветовом доплеровском картировании (ЦДК) кровотоков отсутствовал. ТТГ — 1,2 МЕ/мл. Рентгенография грудной клетки от 22.08.2000 г. без патологических изменений. Консультирована эндокринологом, рекомендованная терапия — йодтироксин. По окончании полихимиотерапии: КТ органов грудной полости от 14.12.2000 г. — лоцировались лимфоузлы средостения до 5 мм в диаметре; УЗИ щитовидной железы от 14.12.2000 г. — суммарный объем $7,4 \text{ см}^3$, эхоструктура диффузно-неоднородная, в левой доле лоцировались два гипозоногенных, неоднородных образования размером $4,5 \times 2,0$ и $8,0 \times 4,0$ мм (фолликулярные кисты). При ЦДК кровотоков в образованиях не определялся, в паренхиме щитовидной железы кровотоков не был изменен. Под контролем УЗИ 21.12.2000 г. провели пункционную биопсию образований щитовидной железы. Цитологическое заключение: атипичных клеток не найдено. Пациентка консультирована эндокринологом, в лечении рекомендован йодтироксин. До настоящего времени ребенок находится в состоянии ремиссии, по УЗИ щитовидной железы наблюдается положительная динамика.

Описанный случай, несмотря на его казуистичность, свидетельствует о возможном поражении щитовидной железы при лимфоме Ходжкина, что предполагает комплексное обследование пациента врачом любой специальности для исключения возможной онкопатологии. Данный пример подтверждает необходимость онкологической настороженности и, следовательно, проведение пункционной биопсии с цитологическим исследованием пунктата по отношению к

Страничка практического врача

солидным гипозоогенным узлам щитовидной железы.

Литература

1. *Бомаш Н.Ю.* Морфологическая диагностика забо-

- леваний щитовидной железы. М.: Медицина, 1981.
2. *Дарьялова С.Л., Чиссов В.И.* Диагностика и лечение злокачественных опухолей. М.: Медицина, 1993.
3. *Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В.* Детская онкология. М.: Медицина, 2002.

Поступила в редакцию 12.04.2004 г.