СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЮРТЛЕ-КЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.Ю. Данзанова^{1,2}, Е.А. Гудилина¹, А.А. Калинина¹, П.И. Лепэдату¹, Г.Т. Синюкова¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России; Россия, 115478 Москва, Каширское шоссе, 24;

² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России; Россия, 117997 Москва, ул. Островитянова, д. 1.

Контакты: Гудилина Елена Анатольевна goodilinaea@gmail.com

Реферат

Цель: Оценка возможностей ультразвукового метода в диагностике редкой Гюртле-клеточной опухоли щитовидной железы (ЩЖ) на примере клинического случая пациента со злокачественными новообразованиями самостоятельных первично-множественных локализаций в сравнении с другими методами исследования.

Материал и методы: Комплексное изучение материалов истории болезни, результатов клинических, лабораторных, инструментальных, морфологических методов исследования и сравнение их с диагностическими случаями из литературных источников.

Результаты: Несмотря на проведение полного комплексного обследования пациента — УЗИ, МРТ, ПЭТ/КТ, пункционная биопсия под контролем УЗИ, поставить правильный диагноз до операции так и не удалось. Свою роль сыграло наличие в анамнезе пациента других злокачественных заболеваний, наличие измененных паратрахеальных узлов в той же зоне, редкая встречаемость Гюртле-опухоли ЩЖ.

Заключение: Гюртле-клеточные опухоли ЩЖ являются редкими заболеваниями, но его всегда необходимо учитывать в диагностическом поиске, так как даже доброкачественные Гюртле-опухоли имеют высокий риск малигнизации и распространения отдаленных метастазов.

Ключевые слова: Гюртле-клетки, опухоль щитовидной железы, лимфатический узел, лимфома, ультразвуковая диагностика

Для цитирования: Данзанова Т.Ю., Гудилина Е.А., Калинина А.А., Лепэдату П.И., Синюкова Г.Т. Сложности дифференциальной диагностики Гюртле-клеточной опухоли щитовидной железы. Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия. 2021;4(3):94–100.

DOI: 10.37174/2587-7593-2021-4-3-94-100

Введение

Гюртле-клеточные опухоли — это одна из редких форм рака щитовидной железы (ЩЖ). На них приходится лишь 5 % всех форм узловых образований ЩЖ, из которых 2 % имеют злокачественную природу. Гюртле-клеточный рак — заболевание с агрессивным течением, но с хорошим прогнозом выживаемости в случае раннего выявления и эффективного лечения в виде тиреоидэктомии.

Гюртле-клеточные опухоли формируются из В-клеток ЩЖ. Избыточная активность клеток Гюртле под воздействием различных эндогенных (внутренних) и экзогенных (внешних) неблагоприятных факторов провоцирует их повышенную способность к делению как у опухолей. За это они и получили название онкоцитов. В-клетки ЩЖ (фолликулярные клетки) располагаются в центре фолликулов, среди А-клеток или между фолликулами. Фолликулярные клетки имеют несколько названий: клетки Ашкенази, Гюртле, Ашкенази-Гюртле, онкоциты, оксифильные клетки. Свое название они получили в честь открывшего их

в XIX веке ученого Ашкенази и подробно их изучившего ученого Карла Гюртле. Роль В-клеток при патологии ЩЖ до конца не изучена. Клетки Гюртле характеризуются наличием обильной эозинофильной зернистости цитоплазмы, в которой содержится большое количество митохондрий. Данные клетки не закладываются от рождения, а появляются с началом полового созревания в небольшом количестве в результате трансформации железистых клеток. Число их постепенно увеличивается и достигает максимума после 50 лет [1]. Появление оксифильных клеток рассматривают как феномен метаплазии, возникающий при хроническом воспалении (тиреоидит) или в результате изменений митохондриальной или ядерной ДНК, приводящих к накоплению дефектных митохондрий со сниженной функцией [2, 3].

Онкоциты могут встречаться в любых опухолях ЩЖ. Если они преобладают и составляют более 75 % опухолевых клеток, то такие новообразования относят к онкоцитомам, которые могут быть доброкачественными (онкоцитарная аденома) или злокачественными (онкоцитарный рак)

[4]. Точная причина развития Гюртле-клеточного рака щитовидной железы неизвестна, хотя исследователи связывают это заболевание с генетическими нарушениями, в том числе и с процессом старения, а также с воздействием облучения [1, 2].

Долгое время Гюртле-клеточные опухоли относили к фолликулярным опухолям, так как течение заболеваний очень похоже, и фолликулярные клетки являются предшественниками онкоцитарных клеток. Однако с 2017 г. принята новая классификация ВОЗ, в которой Гюртле-клеточные опухоли выдели в отдельную группу: Гюртле-клеточная аденома и Гюртле-клеточная карцинома. Ранее эти виды были классифицированы как онкоцитарный вариант фолликулярной аденомы и карциномы. В отдельную группу данные опухоли выделены вследствие наличия специфических морфологических характеристик и особенностей прогноза [5]. Кроме того, средне-статистический возраст пациента с таким диагнозом будет на 10 лет выше, нежели у больных с фолликулярным видом карциномы. Гюртле-клеточные карциномы, в отличие от фолликулярного рака, чаще дают отдаленные метастазы (в легкие, в кости), чем в регионарные лимфатические узлы. Помимо этого, Гюртле-клеточная форма злокачественной онкологии в большинстве своем диагностируется у пожилых пациентов и во врачебной практике считается весьма опасной формой. Пациенты моложе 45 лет при должном лечении могут рассчитывать на успешное лечение [6].

Факторами риска возникновения Гюртле-клеточного рака щитовидной железы могут быть женский пол, пожилой возраст, лучевая терапия в области головы или шеи (стимулирует деление клеток) [1, 2].

Проявления Гюртле-клеточного рака могут включать: быстрорастущую опухоль на шее, сразу под кадыком (самый частый клинический признак этой формы рака), боль в области шеи или горле, которая иногда распространяется в уши, охриплость или другие изменения голоса, одышка, затруднение глотания, продолжительный кашель без каких-либо респираторных заболеваний. Все эти признаки могут встречаться как при злокачественных, так и при доброкачественных заболеваниях щитовидной железы, а могут и совсем отсутствовать [2].

Общепринятые дифференциально-диагностические признаки цитогрaмм при онкоцитарно-клеточном раке и онкоцитарно-клеточной аденоме ЩЖ недостаточны для классификации опухоли на злокачественную и доброкачественную формы. Это связано с совпадением значительного числа качественных признаков атипии клеток Гюртле при обоих заболеваниях. Главным

дифференциально-диагностическим признаком отличия онкоцитарного рака от аденомы является инвазия в капсулу (минимальная инвазия) или в окружающую ткань ЩЖ (обширная инвазия), а также сосудистая инвазия. Поэтому различие между аденомой и карциномой, как правило, может быть окончательно установлено только при гистологическом исследовании резецированного образца [1, 4].

Карциномы Гюртле ведут себя достаточно агрессивно. Пациенты с этой разновидностью патологии находятся в зоне высокого риска рецидива и метастазов. Опухоли чаще всего не накапливают радиоактивный йод, тем самым исключая диагностические и терапевтические преимущества, которые свойственны папиллярному и фолликулярному раку ЩЖ.

Большинство хирургов принимают только радикальный подход к лечению этих опухолей. Пациенты с диагнозом опухоли Гюртле, как правило, переживают иссечение перешейка ЩЖ. Полученные срезы удаленных новообразований отправляют на гистологическое исследование с целью выявления выраженной инвазии в сосуды и лимфатические русла, а также в капсулы узлов и самой ЩЖ. Если по результатам гистологии подтверждается злокачественный характер опухоли, хирургическое вмешательство повторяется, на этот раз — с целью тиреоидэктомии. При наличии опухолей размерами более 5 см или при появлении активных лимфатических метастазов в области шеи проводится общая тиреоидэктомия в сочетании с удалением пораженных лимфатических узлов во время начальной операции. Лучевая терапия и химиотерапия также могут быть применены для лечения метастатического заболевания [3].

Клинический случай

Пациент Р., мужчина 69 лет, находился на лечении в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина с диагнозом: злокачественное новообразование самостоятельных (первичных) множественных локализаций: 1) Центральный рак нижней доли левого легкого, метастатическое поражение лимфатических узлов (ЛУ) аортального окна, $pT_3N_2M_0$. Комбинированное лечение в 2014 г. (пневмонэктомия слева + 4 курса адъювантной полихимиотерапии (ПХТ)). Прогрессирование с 06.2015 г.: метастазы в правое легкое. Состояние после ПХТ 1-й линии. Прогрессирование от 03.2016 г.: рост очагов в легких. Состояние после иммунотерапии (ИТ) 2-й линии. Прогрессирование от 03.2018 г. — рост ЛУ паратрахеальной группы. Состояние после курса дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) на область паратрахеальной группы ЛУ. 2) Рак толстой кишки *in situ* (в полипе).

В феврале 2014 г. при плановой рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) по поводу контроля прохождения лечения рака левого легкого обнаружено увеличение в размерах ЩЖ. Выполнена пункционная тонкоигольная биопсия, получено цитологическое заключение: клетки тиреоидного эпителия (тиреоидит?). Пациент оставлен под наблюдением, клинических симптомов не было.

13.03.2017 в связи с жалобами пациента на затрудненное дыхание и наличие объемного образования на шее проведено радиоизотопное исследование ЩЖ: в проекции щитовидной железы определяется массивное многоузловое объемное образование с признаками распространения за грудину, с нечеткими контурами и низкими включениями радиофармпрепарата.

Так как ранее было выявлено еще и увеличение ЛУ паратрахеальной группы, пациенту был проведен курс ДЛТ на пораженные ЛУ паратрахеальной группы. При дальнейшем наблюдении по данным РКТ от 08.06.2018 и от 01.11.2018 отмечается уменьшение размеров ЛУ паратрахеальной группы, но образование ЩЖ остается без динамики, размерами до 9,0×8,5 см. Так как лечение в отношении образования в ЩЖ оказалось неэффективным, больной 17.06.2019 поступил в НМИЦ онкологии им. И.М. Блохина в хирургическое отделение №11 отдела опухолей головы и шеи. При обследовании: ультразвуковое исследование ЩЖ от 20.02.2019: в правой доле ЩЖ визуализируется узловое образование солидной структуры, распространяющееся за капсулу ЩЖ, уходящее за грудину, общим размером до 9,5×9,0 см, с активным кровотоком — образование ЩЖ вероятнее, злокачественное (рис. 1, 2).

МРТ от 23.01.2019 — опухоль ЩЖ увеличилась в размерах с 9,0×8,6 см до 10,0×9,1 см, капсула не изменена (рис. 3).

08.02.2019 выполнена пункционная тонкоигольная биопсия ЩЖ под контролем УЗИ, цитологическое заключение — найденные изменения соответствуют гиперплазии тиреоидного эпителия с онкоцитарной метаплазией, возможна фолликулярная опухоль. По итогам обследования больному поставлен диагноз рак щитовидной железы T₃N₀M₀, показано хирургическое лечение в объеме тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией. Позитронно-эмиссионная томография с РКТ (ПЭТ/КТ) подтвердила наличие активной специфической ткани в паратрахеальных ЛУ и в кистозно-солидной трансформации щитовидной железы. Пациенту проведена тиреоидэктомия. Гистологическое заключение: Гюртле-клеточная аденома (онкоцитарная аденома) щитовидной железы. Элементов злокачественного роста не обнаружено.

Обсуждение

В современных условиях, несмотря на наличие в арсенале высокоинформативных инструментальных методов исследования, диагноз опухоли Гюртле ЩЖ крайне сложно поставить, хотя применяют стандартные методики: УЗИ, скintiграфию, РКТ, ПЭТ/КТ, МРТ, тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию, гистологическое исследование.

УЗИ ЩЖ позволяет установить размеры железы, а также выявить наличие узловых образований, их локализацию и величину. Основные ультразвуковые признаки по классификации TI-RADS, чаще всего определяющие злокачественность образования, это: гипоехогенная структура, наличие микрокальцинатов, вертикальная направленность, гиперваскуляризация [7]. РКТ и МРТ проводят в случае неинформативности УЗИ при атипичном загрудинном расположении ЩЖ, для определения распространенности процесса. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия под контролем УЗИ с применением световых и цитохимических методов исследования для установления цитологического диагноза не позволяет различать клетки аденомы и карциномы Гюртле, потому что эти различия зависят от демонстрации капсульной и/или сосудистой инвазии гистопатологического исследования. Только тщательное гистологическое исследование биопсийного или послеоперационного материала дает возможность поставить диагноз рака Гюртле ЩЖ [1].

Были значительные споры в литературе о сфере распространения злокачественного новообразования Гюртле. Некоторые авторы упоминают, что более 80 % из этих поражений являются доброкачественными (особенно при аденоматозных узлах из клеток Гюртле), в то время как другие считали, что все новообразования клеток Гюртле являются злокачественными. Первоначальные исследования на опухолях клеток Гюртле показали, что повреждения, которые были изначально диагностированы как доброкачественные, имели злокачественную тенденцию, также и наоборот. На протяжении многих лет, несмотря на последующие тщательные исследования и усовершенствование критериев малигнизации инкапсулированных новообразований ЩЖ, таких как капсульная и/или сосудистая инвазии, а также введение молекулярных методов, которые позволяют выявлять онкоцитарные фолликулярные варианты папиллярного рака, было четко установлено, что существуют новообразования из клеток Гюртле, которые имеют как доброкачественную, так и злокачественную природу. Эта ассоциация привела к предположению, что новообразования из клеток Гюртле могут вести себя

Рис. 1. Узловое образование правой доли ЩЖ, пациент Р., 69 лет. В-режим

Fig. 1. Nodular formation of the right lobe of the thyroid gland, patient R., 69 years old. B-mode

Рис. 2. Узловое образование правой доли ЩЖ, пациент Р., 69 лет. Режим цветового доплеровского картирования

Fig. 2. Nodular formation of the right lobe of the thyroid gland, patient R., 69 years old. Mode of color Doppler mapping

Рис. 3. Образование щитовидной железы, пациент Р., 69 лет

Fig. 3. Thyroid formation, patient R., 69 years old

Рис. 4. Злокачественная лимфома верхнего средостения с распространением в паренхиму щитовидной железы.

Гистологически — лимфома крупноклеточная В-клеточная [8]

Fig. 4. Malignant lymphoma of the upper mediastinum with spreading to the parenchyma of the thyroid gland. Gistol. — large-cell B-cell lymphoma [8]

Рис. 5. Лимфопролиферативное поражение лимфатического узла в надключичной области справа, В-режим

Fig. 5. Lymphoproliferative lesion of the lymph node in the supraclavicular region on the right, B-mode

аналогично низкодифференцированному папиллярному и фолликулярному раку, то есть они могут превращаться в полноценные злокачественные новообразования. Частота таких случаев неизвестна, и трансформация чаще наблюдается в периоды рецидивирования и метастазирования, чем в первичных опухолях [2].

На этапе первичной диагностики при УЗИ ЩЖ выявленное одиночное узловое образование приходится дифференцировать также с измененными ЛУ, которые могут тесно прилежать и даже прорасти в паренхиму ЩЖ (рис. 4).

Для злокачественных лимфом отличительными признаками являются разнообразие форм узлов, их множественность (более 5 в большинстве случаев) и наличие жидкостных включений в структуру опухоли [8].

По данным НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, информативность мультипараметрического ультразвукового исследования не уступает

другим методам лучевой визуализации в постановке диагноза лимфопролиферативного заболевания. Показатели информативности для мультипараметрического ультразвукового исследования: чувствительность 95,4 %, специфичность 91,7 %; для РКТ — чувствительность 93,0 %, специфичность 100,0 %; для ПЭТ/КТ — чувствительность 97,3 %, специфичность 100,0 %; для МРТ — чувствительность 87,5 %, специфичность 100,0 % [9]. При ультразвуковом исследовании измененных периферических ЛУ в В-режиме и при цветовом доплеровском картировании выявлено, что для лимфопролиферативного процесса характерна множественность поражения периферических ЛУ с преимущественным вовлечением надключичных областей (рис. 5).

Также ЛУ при лимфомах обладают округлой или неправильной формой с диффузным линейным усилением кровотока [10].

Заключение

Гюртле-клеточные опухоли являются редким заболеванием, но его возможность всегда необходимо учитывать в диагностическом поиске, особенно если визуализируется одиночное узловое образование ЩЖ больших размеров, распространенное за грудину. Доброкачественные Гюртле-опухоли имеют высокий риск малигнизации и распространения отдаленных метастазов. И, как представлено на примере, никакие виды диагностики не позволили точно определить природу опухоли. Поэтому таким пациентам показано своевременное хирургическое лечение. Единственным эффективным методом диагностики Гюртле-клеточных опухолей щитовидной железы является гистологическое исследование после оперативного лечения.

Список литературы / References

1. Straccia P. Hurthle cell in thyroid diseases. *Histology, Cytology and Embryology*. 2017;1(4):1-3. DOI: 10.15761/HCE.1000119.
2. Козыкенова ЖУ, Жетписбаев БА, Токтабаева БЖ и др. Онкоцитарный вариант фолликулярных опухолей щитовидной железы (обзор литературы). *Medicine (Almaty)*. 2016;11(173):60-4. [Kozykenova ZhU, Zhetpisbaev BA, Toktabaeva BZh, et al. Oncocytic variant of thyroid follicular tumors (literature review). *Medicine (Almaty)*. 2016;11(173):60-4. (In Russian)].
3. Северская НВ, Ильин АА, Чеботарева ИВ и др. Оксифильноклеточные опухоли щитовидной железы. Проблемы эндокринологии. 2008;54(4):21-7. [Severskaya NV, Ilyin AA, Chebotareva IV, et al. Oxyphil-cell tumors of the thyroid. *Problems of Endocrinology*. 2008;54(4):21-7. (In Russian)]. DOI:10.14341/probl20085442127.
4. Asa SL. My approach to oncocytic tumours of the thyroid. *J Clinical Pathol*. 2004;57(3):225-32. DOI: 10.1136/jcp.2003.008474.
5. Понкина ОН. Классификация опухолей щитовидной железы (ВОЗ, 2017): Акцент на прогноз. *Инновационная медицина Кубани*. 2017;8(4):53-9. [Ponkina ON. Classification for Thyroid Gland Tumors (WHO, 2017): Attention to Prognostic Factors. *Innovative Medicine of Kuban*. 2017;8(4):53-9. (In Russian)].
6. Абросимов АЮ. Новая международная гистологическая классификация опухолей щитовидной железы. *Архив патологии*. 2018;80(1):37-45. [Abrosimov AYU. The new international histological classification of thyroid tumors. *Archive of Pathology*. 2018;80(1):37-45. (In Russian)]. DOI: 10.17116/patol201880137-45.
7. Фисенко ЕП, Сыч НВ, Заболотская НВ и др. Классификация TI-RADS в оценке степени злокачественности узлов щитовидной железы. Методическое пособие для врачей ультразвуковой диагностики. М.: ООО «Фирма СТРОМ», 2020. 56 с. [Fisenko EP, Sych NV, Zabolotskaya NV, et al. Classification of TI-RADS in assessing the degree of malignancy of thyroid nodules. *Methodical guide for doctors of ultrasound diagnostics*. Moscow. 2020. 56 p. (In Russian)].
8. Гудилина ЕА. Возможности ультразвуковой томографии и доплерографии в диагностике новообразований грудной стенки, плевры, легких, средостения. Дис. канд. мед. наук. М. 2003, 148 с. [Gudilina EA. Possibilities of ultrasound tomography and dopplerography in the diagnosis of neoplasms of the chest wall, pleura, lungs, mediastinum. PhD Med. Moscow. 2003. 148 p. (In Russian)].
9. Ковалева ЕВ, Данзанова ТЮ, Синюкова ГТ и др. Мультипараметрическая ультразвуковая диагностика измененных

лимфатических узлов при первично-множественных злокачественных опухолях, включающих рак молочной железы и лимфому. Злокачественные опухоли. 2018;8(4):37-44. [Kovaleva EV, Danzanova TYu, Sinyukova GT, et al. Multiparametric ultrasound diagnosis of metastatic and lymphoproliferative changes in lymph nodes in primary-multiple malignant tumors, including breast cancer and lymphoma. *Malignant Tumours*. 2018;8(4):37-44. (In Russian)]. DOI: 10.18027/2224-5057-2018-8-4-37-44.

10. Ковалева ЕВ, Данзанова ТЮ, Синюкова ГТ и др. Успешный опыт применения ультразвуковой эластографии в подходе к предварительной промежуточной оценке эффективности лечения больных лимфомой Ходжкина. *Онкогематология*. 2019;14(4):40-6. [Kovaleva EV, Danzanova TYu, Sinyukova GT, et al. Successful experience in the use of ultrasound elastography in the approach to preliminary intermediate assessment of the effectiveness of treatment of patients with Hodgkin's lymphoma. *Oncohematology*. 2019;14(4):40-6. (In Russian)]. DOI: 10.17650/1818-8346-2019-14-4-40-46.

Вклад авторов

Т.Ю. Данзанова: разработка дизайна исследования, редактирование текста, анализ полученных данных.

Е.А. Гудилина: написание текста рукописи, анализ полученных данных, перевод текста.

А.А. Калинина: написание текста рукописи, обзор публикаций по теме статьи.

П.И. Лепэдату: анализ полученных данных, редактирование текста.

Г.Т. Синюкова: редактирование текста, консультативная помощь.

Сведения об авторах

Данзанова Татьяна Юрьевна — доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отделения ультразвуковой диагностики НИИ КиЭР ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, доцент кафедры ультразвуковой диагностики факультета дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Scopus Author ID P57208257176, WOS Research ID L-6226-2013.

Гудилина Елена Анатольевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения ультразвуковой диагностики НИИ КиЭР ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Scopus Author ID P57189469727, WOS Research ID B-8914-2019, SPIN-код 6595-9440.

Калинина Анна Андреевна — ординатор отделения ультразвуковой диагностики НИИ КиЭР ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России.

Лепэдату Павел Иванович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения ультразвуковой диагностики НИИ КиЭР ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Scopus Author ID P6507607271.

Синюкова Галина Тимофеевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением ультразвуковой диагностики НИИ КиЭР ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Scopus Author ID P57189470240.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. Not declared.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study had no sponsorship.

Информированное согласие. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Informed consent. All patients signed informed consent to participate in the study.

CLINICAL CASES

Difficulties of Differential Diagnosis of Hurthle Cell Thyroid Tumor**T.Yu. Danzanova^{1,2}, E.A. Gudilina¹, A.A. Kalinina¹, P.I. Lepedatu¹, G.T. Sinyukova¹**

¹ N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology;
24 Kashirskoye Highway, Moscow, Russia 115478;

² N.I. Pirogov Russian National Research Medical University;
1 Ostrovityanov St., Moscow, Russia 117997.

Abstract

Purpose: Assessment of the capabilities of the ultrasound method in the diagnostics of a rare Hurthle-cell tumor of the thyroid gland on the example of a clinical case of a patient with malignant neoplasms of independent primary multiple localizations in comparison with other research methods.

Material and methods: A comprehensive study of materials from the history of the disease, the results of clinical, laboratory, instrumental, morphological research methods and their comparison with diagnostic cases from literature data.

Results: Despite the full comprehensive examination of the patient, including ultrasound, MRI, PET/CT, puncture biopsy under ultrasound control, it was not possible to make the correct diagnosis before the operation. The presence of other malignant diseases in the patient's history, the presence of altered paratracheal nodes in the same zone, and the rare occurrence of Hurthle thyroid tumors played a role.

Conclusions: Hurthle-thyroid cell tumors are a rare disease, but it must always be taken into account in the diagnostic search, since even benign Hurthle tumors have a high risk of malignancy and spreading of distant metastases.

Key words: *hurthle-cells, tumor of the thyroid gland, lymph node, lymphoma, ultrasound diagnostics*

For citation: Danzanova TYu, Gudilina EA, Kalinina AA, Lepedatu PI, Sinyukova GT. Difficulties of Differential Diagnosis of Hurthle Cell Thyroid Tumor. Journal of Oncology: Diagnostic Radiology and Radiotherapy. 2021;4(3):94-100. (In Russian).

DOI: 10.37174/2587-7593-2021-4-3-94-100

Information about the authors:

Gudilina E.A. <https://orcid.org/0000-0003-0653-3820>

Danzanova T.Yu. <https://orcid.org/0000-0002-6171-6796>

Sinyukova G.T. <https://orcid.org/0000-0002-5697-9268>

Lepedatu P.I. <https://orcid.org/0000-0001-7846-1788>