

ТИРЕОИДИТ РИДЕЛЯ: СЛУЧАЙ АТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ УЗЛА
**Брагина З.Н.^{1*}, Дмитриева М.В.¹, Вертинская Ю.В.¹, Галан И.Ю.², Шоба В.В.²,
Ермоченко В.А.²**

¹*УО Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Республика Беларусь*

²*Учреждение здравоохранения «Городское клиническое патологоанатомическое бюро»,
г. Минск, Республика Беларусь
e-mail: zn.bragina@gmail.com*

Ключевые слова: экстратиреоидное расположение зоба Риделя, морфология.

Введение. Тиреоидит Риделя (ТР, син. – зоб Риделя, фиброзирующий тиреоидит, фиброзно-инвазивный зоб) – редкое воспалительное заболевание, проявляющееся замещением паренхимы щитовидной железы соединительной тканью. В 1896 году немецкий хирург Бергард Ридель описал несколько случаев тиреоидита с выраженным фиброзом с распространением ткани на трахею и кровеносные сосуды. Частота встречаемости заболевания в популяции составляет 1,06 случаев на 100 000 населения с более высокой распространенностью у женщин и лиц в возрасте от 30 до 50 лет. В период с 1925 по 2019 год было описано около 212 случаев ТР [1]. Согласно новым исследованиям, ТР может быть очень редким вариантом хронического аутоиммунного тиреоидита Хашимото или как проявление системного фиброза, связанного с продукцией IgG4. Наличие антител к структурам щитовидной железы, эозинофильная инфильтрация и положительный эффект лечения глюкокортикостероидами позволяют предположить аутоиммунный характер поражения. Антитела к тиреопероксидазе выявляются примерно у 90% пациентов с аутоиммунным тиреоидитом. Развитие заболевания, как правило, проходит две фазы: бессимптомную и с клиническими признаками. [2]. Случаи ТР могут проявляться атипичным течением с мультифокальным нодулярным фиброзом в других органах (легких, печени и др.) [3]. Гетеротопия ткани щитовидной железы наблюдается крайне редко и возникает в результате эмбриональных aberrаций и характеризуется наличием тиреоидной ткани в месте, отличном от ее обычного расположения, как правило, спереди от трахеи. Тиреоидная эктопия обычно выявляется случайно, иногда пациента беспокоят такие симптомы как дисфагия, дисфония, охриплость голоса, стридор, диспноэ, одышка, головокружение и кровотечение. Атипичная локализация тканей щитовидной железы чаще наблюдается у женщин (соотношение женщины-мужчины – 7:1) [4].

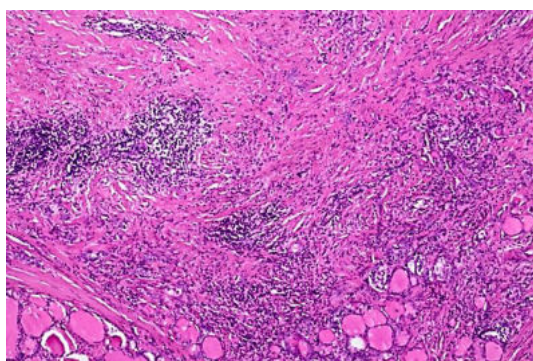
Цель. Описать клиническую картину и результаты морфологического исследования пациента с эктопическим расположением щитовидной железы и ТР.

Материал и методы. Материалом для исследования послужила опухолевая ткань корня языка, взятая у пациентки 54 лет, находившейся на лечении в оториноларингологическом отделении городской клинической больницы г. Минска. Удаленный операционный материал исследован в Городском клиническом патологоанатомическом бюро г. Минска. Гистологические препараты были окрашены гематоксилином и эозином, выполнено иммуногистохимическое исследование (ИГХИ) с антителами к CD138 и IgG4. Микропрепараты оценены при световой микроскопии.

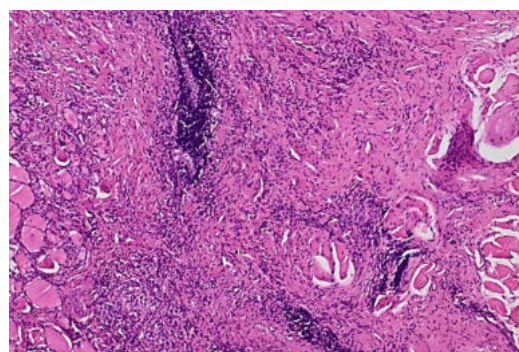
Результаты. Присланный фрагмент удаленной ткани был описан как участок плотной ткани, эндофитно располагающейся в корне языка справа с сужением просвета ротоглотки на 1/3 и накапливающий контрастный препарат. Жалобы появились около 1,5 лет назад, беспокоили чувство сдавления в глотке, «ком в горле» с нарушением глотания, периодическая

осиплость голоса. Следует отметить, что для ТР характерно отсутствие острого начала заболевания с медленным нарастанием симптомов от года до нескольких лет [2]. Известно, что пациентка наблюдается по поводу узлового образования правой доли щитовидной железы и принимает L-тироксин по поводу гипотиреоза. В анамнезе – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с рубцовой деформацией луковицы, внебольничная пневмония несколько месяцев назад, курит до 10 сигарет в сутки. Лабораторно были выявлены гиперхолестеролемия и гипертрансаминаземия. Пациентке был установлен клинический диагноз «Образование корня языка».

Операционный материал был представлен фрагментом опухолевой ткани 3×2,5×1 см, плотно-эластичной консистенции, на разрезе белесовато-серого цвета, дольчатого строения. В гистологических препаратах удаленного узла выявлены структуры щитовидной железы с обширными полями фиброза и плотного гиалинизированного межклеточного вещества, умеренно-выраженная диффузно-очаговая лимфо-плазмноклеточная инфильтрация с примесью единичных эозинофилов, распространяющаяся на окружающие ткани (рис. 1 А, Б). Нормальные ткани щитовидной железы наблюдали в виде отдельных мелких фокусов, выявляли поля очаговой атрофии фолликулярной ткани. Для ТР характерно отсутствие гигантских и опухолевых клеток, нередко встречается окклюзирующий флебит [2, 5].



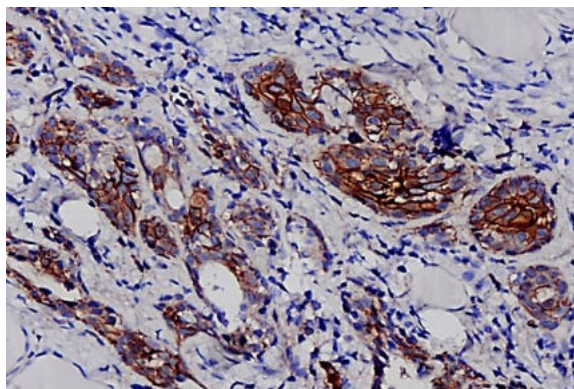
А



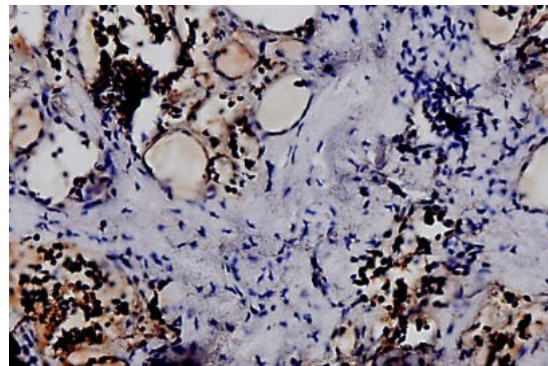
Б

Рис. 1. Эктопическая щитовидная железа с атрофией фолликулярной ткани: А – с полями фиброза и воспалительным инфильтратом из лимфоцитов, плазматических клеток, Б – распространение инфильтрата на окружающие ткани (гематоксилин-эозин, увеличение ×200)

При ИГХИ получены следующие результаты: продемонстрирована слабо положительная экспрессия CD138 (рис. 2 А) и IgG4 (рис. 2 Б) в очаговых скоплениях плазматических клеток.



А



Б

Рис. 2. Эктопическая щитовидная железа (маркеры плазматических клеток): А – CD138+, Б – IgG4+. (ИГХИ, увеличение ×400)

На основании полученных гистологических данных и ИГХИ дано заключение о соответствии выявленных изменений картине ТР. Однако, для получения полной картины заболевания необходимо клиническое и гистологическое дообследование щитовидной железы.

Заключение. Продемонстрирован случай развития ТР в эктопической щитовидной железе, при котором клинические симптомы не являлись специфическими, а характеристика новообразования и распространение его на окружающие ткани были высоко подозрительны на злокачественную опухоль. Диагноз ТР должен быть комплексным, основанным на клинических симптомах, данных лабораторного и инструментального обследования, с обязательным морфологическим подтверждением при пункционной биопсии и после хирургического удаления новообразования. Информированность врачей о развитии ТР в эктопической щитовидной железе позволит улучшить диагностику этого заболевания.

Список литературы:

1. Zala A., Berhane T., Juhlin C.C., Calissendorff J., Falhammar H. Riedel Thyroiditis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2020;105(9):e3469–e3481. DOI:10.1210/clinem/dgaa468.
2. Трошина Е.А., Панфилова Е.А., Михина М.С., Ким И.В., Сенюшкина Е.С., Глибка А.А., Шифман Б.М., Ларина А.А., Шеремета М.С., Дегтярев М.В., Румянцев П.О., Кузнецов Н.С., Мельниченко Г.А., Дедов И.И. Клинические рекомендации «Острые и хронические тиреоидиты (исключая аутоиммунный тиреоидит)». *Проблемы эндокринологии*. 2021;67(2):57-83. DOI: 10.14341/probl12747.
3. Kumar S.S., Fraser S., Scarsbrook A., MacLennan K., Lansdown M., Murray R.D. Atypical Presentation of Riedel's Thyroiditis: Multifocal Nodular Fibrosis and Resolution with Levothyroxine. *Eur Thyroid J*. 2012;1:259–263. DOI: 10.1159/000345032.
4. Auckland A.K. Heterotopic Thyroid. *J. Diagnostic Medical Sonography*. 2004;20(2):120–123. DOI: 10.1177/8756479304263019.
5. Покровская Е.В., Бельцевич Д.Г., Абросимов А.Ю., Лищук С.В., Воскобойников В.В., Шевэ А. Тиреоидит Риделя. Наблюдение из практики. *Эндокринная хирургия*. 2019;13(3):133-140. DOI: 10.14341/serg10324.

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ НАУКИ –
ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ,
ПОСВЯЩЕННАЯ 50-ЛЕТИЮ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА
СИБИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

г. Томск, 3–4 июля 2025 г.

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Томск
Издательство СибГМУ
2025