

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ИНТРАТИРЕОИДНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ У ПАЦИЕНТОВ С Фолликулярными образованиями щитовидной ЖЕЛЕЗЫ

*По данным литературы около трети околощитовидных желез (ОЩЖ) могут эктопически располагаться в толще паренхимы щитовидной железы (ЩЖ). Дифференциальная диагностика между интратиреоидным образованием ОЩЖ и образованием ЩЖ при проведении серо-шкального ультразвукового исследования (УЗИ) трудна. Цитологическое исследование биопсийного материала также не позволяет отличить клетки ОЩЖ от фолликулярных клеток ЩЖ: расположение клеток ОЩЖ группами, имеющими округлую конфигурацию, может имитировать фолликулы ЩЖ; кроме того, внутри скоплений клеток ОЩЖ может определяться коллоид. Хирургическое лечение пациентов с образованиями ЩЖ проводится без дополнительного предоперационного обследования. Таким образом, нередко пропускается диагноз первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) вследствие интратиреоидной парааденомы.*

### Клинический случай 1.

Пациентка Н., 43 лет, обратилась в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России (НМИЦЭ) в 2020 г. по поводу правостороннего узлового зоба с результатами чрескожной тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАБ), проведенной по месту жительства и выявившей фолликулярное образование ЩЖ, в анамнезе – в 2012 г. радиойодтерапия по поводу диффузного токсического зоба. С учетом невозможности дифференциальной диагностики между доброкачественным и злокачественным характером выявленного образования ЩЖ в НМИЦЭ выполнена правосторонняя экстрафасциальная гемитиреоидэктомия. При патоморфологическом исследовании в ткани правой доли ЩЖ выявлена аденома ОЩЖ, что свидетельствовало о наличии у пациентки ПГПТ, не диагностированного до хирургического лечения. При лабораторном обследовании после операции выявлено повышение ПТГ до 21,69 пмоль/л (1,6-6,9) при низконормальном уровне общего кальция (2,17 ммоль/л), выраженном дефиците витамина D (4,1 нг/мл) и удовлетворительной фильтрационной функции почек – на основании функциональных проб с колекальциферолом и альфакальцидолом состояние расценено как вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ), данных за персистенцию ПГПТ не было. Пациентка продолжает амбулаторное наблюдение в НМИЦЭ.

**Обсуждение:** Распространенность интратиреоидных парааденом у пациентов с подозрением на фолликулярные новообразования ЩЖ неизвестна - в рутинной практике до хирургического вмешательства оценка кальциемии таким пациентам не проводится. В то же время своевременное выявление патологии ОЩЖ необходимо для определения показаний к хирургическому лечению и его объему, а также снижения риска интраоперационных осложнений, обусловленных гиперкальциемией.

**Выводы:** При выявлении узловых образований в ЩЖ, особенно фолликулярных по данным ТАБ, необходима настороженность в отношении наличия патологии ОЩЖ с интратиреоидным расположением парааденомы. Ввиду крайне низкой информативности УЗИ и цитологической диагностики в верификации образования ОЩЖ при его расположении в толще ЩЖ целесообразным является оценка уровня кальция у всех пациентов с узловым зобом, при необходимости – ПТГ, в том числе анализ его содержания в смыве пункционной иглы во время ТАБ.

### Клинический случай 2.

Пациентка М., 59 лет, обратилась в НМИЦЭ в 2021 г. по поводу левостороннего узлового зоба (р. 5,9х3,8х3,2 см, EU-TIRADS 4), в анамнезе – в 2008 г. склеротерапия. По результатам ТАБ в двух мазках на фоне измененных эритроцитов, "жидкого" коллоида и небольшого количества "голых" ядер обнаружены группы увеличенных в размере умеренно полиморфных клеток, формирующих отдельные микрофолликулярные и трабекулярные структуры, не позволяющие исключить возможность фолликулярного новообразования ЩЖ (Bethesda IV). Уровень кальцитонина 14,2 пг/мл (0-4.8), на фоне пробы с глюконатом кальция: 2 мин. – 38,7, 5 мин. – 36,5, 10 мин. – 33,4 пг/мл. В смыве с иглы кальцитонин из узла левой доли – менее 1 пг/мл. С учетом данных цитологии в НМИЦЭ выполнена экстрафасциальная тиреоидэктомия. По данным морфологического исследования в левой доле ЩЖ определена опухоль из мелких клеток с гиперхромными ядрами и светлой цитоплазмой, инвазией прилежащих тканей и врастанием в ткань доли ЩЖ, участками сосудистой инвазии, в ткани образования определены обширные участки фиброза, кровоизлияния различной давности; ткань ЩЖ микро-нормофолликулярного строения с лимфоцитарной инфильтрацией и формированием немногочисленных лимфоидных фолликулов; к капсуле железы прилежал лимфатический узел без выраженных патологических изменений, к капсуле образования - 4 неизмененных лимфатических узла. При иммуногистохимическом исследовании определена диффузная экспрессия ПТГ. Таким образом, диагностирована карцинома ОЩЖ pT2NxR0 (ВОЗ, 2017 г.). В анализах крови после операции выявлено повышение ПТГ до 13,2 пмоль/л (1,7-6,4) при снижении кальция, скорректированного на альбумин, до 2,06 ммоль/л и дефиците витамина D (14 нг/мл). С учетом последующей нормализации уровней витамина D (43,4 нг/мл) и ПТГ (55,9 пг/мл (15-65)) на фоне приема нативного витамина D указанные изменения соответствовали ВГПТ. При скрининге осложнений гиперпаратиреоза не выявлено, данных за метастатическое поражение не было. Пациентке рекомендовано регулярное наблюдение эндокринолога и онколога.

Фадеева Мария Игоревна, врач-эндокринолог отделения патологии околощитовидных желез и нарушений минерального обмена  
ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия.  
Телефон: +7 (495)-500-00-90  
E-mail: fm2004@bk.ru