

гранульоматозна тканина, у товщі якої візуалізуються клітини Мікулича з поодинокими тільцями Русселя, що патогномічно для риносклероми (рис. 1). При повторному перегляді гістопрепаратів №15060-62/12 (первинна госпіталізація у травні 2012 р.) серед плазмодитів і макрофагів в одному полі зору було виявлено поодинокі клітини Мікулича (3-5 клітин) та одне тільце Русселя, які не були прийняті до уваги через їх малу кількість (рис. 2).

Таким чином, діагностика склероми є складним завданням не лише для оториноларингологів, а й для патоморфологів, головним чином, через рідкість даної патології. Про це свідчать лише поодинокі публікації в Україні, переважно Ямпольської С.О., яка займалась вивченням даної крайової патології (м. Львів, Інститут клінічної патології Львівського національного медичного університету імені Данила

Галицького).

#### Література

1. Два види пізньої діагностики лімітованого варіанту гранульоматозу Вегенера з ураженням ЛОР-органів і легенів: помилки і труднощі / І.Ю. Головач, О.О. Лазоренко, І.С. Мясний [та ін.] / Мистецтво лікування. – 2010. – №5. – С. 38-44.
2. Ямпольська С.О. Гранулематоз Вегенера: ранні клініко-морфологічні прояви та диференційна діагностика захворювання / С.О. Ямпольська // Новини стоматології – 2008. – №1. – С. 79-83.
3. Ямпольська С.О. Ураження склеромою тканин порожнини рота // Новини стоматології. – 2009. – №4. – С. 32-34.
4. Ямпольская С.А. Особенности морфологии и патогенеза склеромы / С.А. Ямпольская // Архив патологии. – 2009. – №2. – С. 47-51.

Одержано 17.03.2014 року.

УДК 616-071+616.441

#### АБЕРАНТНА ЩИТОПОДІБНА ЗАЛОЗА

М.М. Багрий, В.Д. Скрипко, М.М. Волошин, О.М. Луцак, \*А.В. Ніколенко, Т.П. Басараба,  
\*\*О.М. Герасимчук

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*\*Глумацька центральна районна лікарня*

*\*\*Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня*

#### АБЕРРАНТНАЯ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА

Н.Н. Багрий, В.Д. Скрыпко, М.М. Волошын, О.М. Луцак, \*А.В. Николенко, Т.П. Басараба,  
\*\*О.М. Герасимчук

*ГВУЗ «Івано-Франковский национальный медицинский университет»*

*\*Глумацкая центральная районная больница*

*\*\*Ивано-Франковская центральная городская клиническая больница*

#### ABERRANT THYROID GLAND

М.М. Bahrii, V.D. Skrypko, M.M. Voloshyn, O.M. Lutsak, \*A.V. Nikolenko, T.P. Basaraba,  
\*\*O.M. Herasymchuk

*SHEE «Ivano-Frankivsk National Medical University»*

*\*Tlumach Central District Hospital*

*\*\*Ivano-Frankivsk City Central Clinical Hospital*

**Резюме.** У статті наведено клінічний випадок аберантної щитоподібної залози (ЩЗ) в підщелепній ділянці у дівчини 20 років із типовим розташуванням залози, з симетричними частками, без додаткових у ній утворів.

Через рідкість даної патології був встановлений невірний діагноз «підщелепного правобічного лімфаденіту». Внаслідок хірургічного втручання було видалено збільшений невеликий утвір підщелепної ділянки. Проте, при патоморфологічному дослідженні було виявлено, що досліджувана тканина представлена ЩЗ, яка оточена фіброзною капсулою з наявною в ній лімфоцитарною інфільтрацією та склерозом. Складність патоморфологічної діагностики таких випадків полягає у верифікації аберантної ЩЗ або метастатичного ураження регіональних лімфатичних вузлів раком ЩЗ. Особливість даного випадку – наявність псевдопапілярних структур в окремих фолікулах, які можуть симулювати метастаз папілярного раку ЩЗ. Проте, відсутність ознак клітинного атипізму заперечують метастатичний характер росту та дозволяють ствержувати про наявність аберантної ЩЗ.

За даними літератури, дана патологія існує у двох формах: дистопія – ЩЗ спостерігається тільки у патологічному місці; ектопія – ЩЗ характеризується типовою та патологічною (аберантною) локалізацією (наведений випадок).

**Ключові слова:** *ектопія, щитоподібна залоза, аберантна залоза.*

**Резюме.** В статье приведен клинический случай аберрантной щитовидной железы (ЩЖ) в подчелюстной области у девушки 20 лет с типичным расположением железы, с симметричными долями, без дополнительных в ней образований.

Из-за редкости данной патологии был установлен неправильный диагноз «подчелюстного правостороннего лимфаденита». Вследствие хирургического вмешательства было удалено увеличенное безболезненное образование подчелюстной области. Однако, при патоморфологическом исследовании было обнаружено, что исследуемая ткань представлена ЩЖ, которая окружена фиброзной капсулой с присутствующей в ней лимфоцитарной инфильтрацией и склерозом. Сложность патоморфологической диагностики

таких случаєв заключається в верифікації аберрантної ЩЗ і/чи метастатического поражения регионарных лимфатических узлов раком щитовидной железы. Особенность данного случая - наличие псевдопапиллярных структур в отдельных фолликулах, которые могут симулировать метастаз папиллярного рака щитовидной железы. Однако, отсутствие признаков клеточного атипизма отрицает метастатический характер роста и позволяет утверждать о наличии аберрантной ЩЗ.

По данным литературы, данная патология существует в двух формах: дистопия - ЩЗ наблюдается только в патологическом месте; эктопия - ЩЗ характеризуется типичной и патологической (аберрантной) локализацией (приведенный случай).

**Ключевые слова:** *эктопия, щитовидная железа, аберрантная железа.*

**Abstract.** The article presents clinical case of a 20-years old woman's aberrant thyroid gland (hereinafter - thyroid) in submandibular area, with atypical gland location and symmetric particles, without any additional structures in it.

Because of the rareness of such pathology, the wrong diagnosis of "right-sided submandibular lymphadenitis" was made. The enlarged painless formation was removed from submandibular area as a result of surgical operation. However, during the pathomorphological research, it was found that the investigated tissue is represented by the thyroid surrounded by a fibrous capsule with lymphatic infiltration and sclerosis.

Difficulty of pathological diagnosis of such cases is determination of whether aberrant thyroid or thyroid cancer regional lymph nodes metastatic lesion. The peculiarity of this case is that some follicles contain pseudopapillary structures, which can simulate a metastasis of papillary thyroid cancer. Nevertheless, absence of evidence of cell atypism denies the nature of metastatic growth and allows us to affirm aberrant thyroid.

According to the literature, mentioned pathology exists in two forms: dystopia, when the thyroid is observed only in the pathological area; and ectopia, when thyroid is characterized by typical and pathological (aberrant) localization (as shown in the case).

**Keywords:** *ectopia, thyroid gland, aberrant gland.*

Ектопія щитоподібної залози (ЩЗ) є досить рідкісною патологією. Російськомовними авторами до 1982 року описано спостереження 84 дорослих і 14 дітей із просторовим переміщенням щитоподібної залози. Останніми роками трапляються поодинокі подібні повідомлення. Частіше аберантні відхилення фіксують в осіб жіночої статі [1].

Ектопія ЩЗ виникає внаслідок порушення ембріогенезу під час міграції зачатків ЩЗ від первинної ентодерми між горловими кишнями до кінцевого її положення в ділянці ший. Впродовж цієї міграції залоза залишається сполученою з язиком вузьким каналом – щитозязиковою протокою, яка надалі облітеруються. Ектопована залоза може бути знайдена на шляху її опускання по середній лінії, збоку ший, в середостінні або навіть під діафрагмою [4]. Найчастіше зустрічається дистопія в корінь язика, хоча дистопована ЩЗ може мати й інші складні для діагностики локалізації: під нижньою щелепою, в трахеї, бронхах, стравоході, шлунку, дванадцятипалій кишці, за грудиною, в порожнині серця, в паренхімі печінки та навіть надниркових залозах. Зазвичай при дистопії щитоподібну залозу на звичному місці не знаходять. Але у разі ектопії, яка розвивається із аберрантної тканини, на ший спостерігається типове розташована ЩЗ [2].

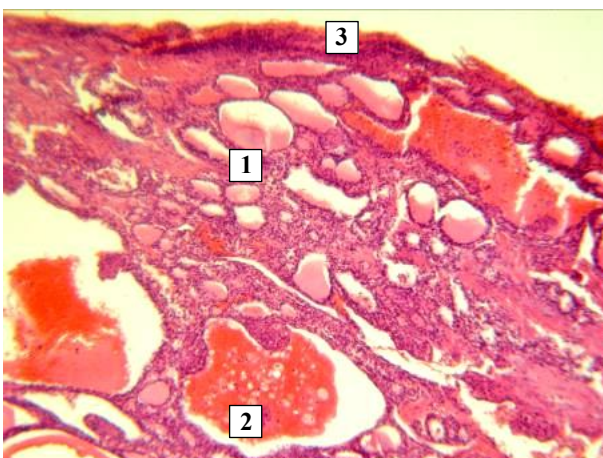
При гістологічному дослідженні встановлено, що дистопована залоза може складатися як із нормальної за структурою тканини, так і з вузлової. У більшості хворих із дистопією функція ЩЗ знижена. З іншого боку, причиною врод-

женого гіпотиреозу у 40-69% хворих є ектопія ЩЗ [2].

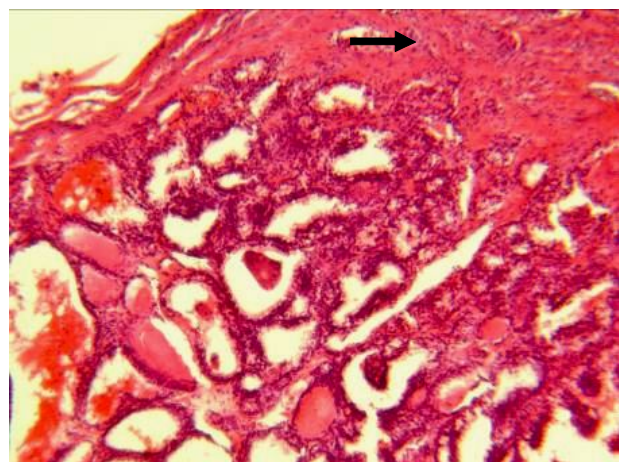
Рідкість виявлення дистопії ЩЗ, незнання цієї вади розвитку, недостатнє та неповне обстеження пацієнта чи неправильна інтерпретація інтраопераційних даних часто зумовлює діагностичні та тактичні помилки [3].

Наводимо випадок аберрантної ЩЗ у дівчини віком 20 років з клінічним діагнозом «підщелепного правобічного лімфаденіту» (медична карта стаціонарного хворого №2069/13).

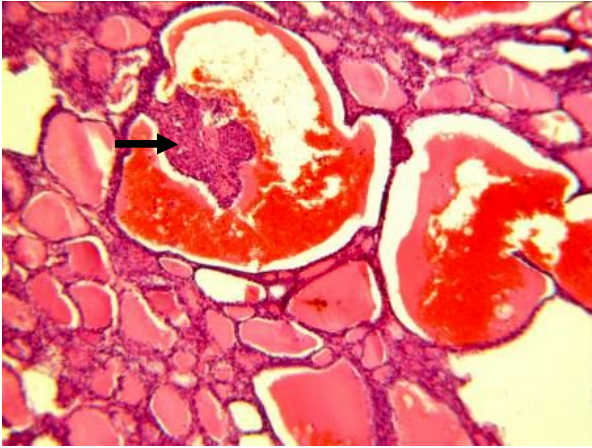
Пацієнтка була госпіталізована зі скаргами на наявність утвору в підщелепній ділянці справа. За даними анамнезу стало відомо, що страждає лімфаденопатією ший з 2011 року. При надходженні до стаціонару загальний стан задовільний, температура тіла 36,6°C, пульс ритмічний (78 уд./хв), артеріальний тиск 120/80 мм рт.ст., шкіра чиста та волога, видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, язик вологий та чистий. У підщелепній ділянці справа пальпується збільшений, рухомий і неболючий «лімфатичний вузол», шкіра над ним не змінена. Проведено УЗД ЩЗ, при якому було діагностовано типове розташування залози із симетричними частками, без додаткових утворень; справа по боковій поверхні ший та у підщелепній ділянці збільшений «лімфатичний вузол» діаметром 1,0-1,8-2,6 см, зліва – «лімфовузол» діаметром 1,0-0,8-1,8 см. У стаціонарі було проведено хірургічне втручання з метою «лімфаденектомії підщелепного лімфовузла» справа. В ході операції було виділено з навколишніх тканин і видалено «підщелепний лімфатичний ву-



**Рис. 1.** Аберантна щитоподібна залоза представлена фолікулами різного діаметру, які переважно заповнені колоїдом (1), окремі – групами еритроцитів (2). Аберантна залоза обмежена капсулою (3).  
Забарвлення: гематоксилін та еозин. Зб.: ок.10, об.10



**Рис. 2.** Вогнищевий склероз у аберантній щитоподібній залозі.  
Забарвлення: гематоксилін та еозин. Зб.: ок.10, об.20



**Рис. 3. Вогнищева проліферація фолікулярного епітелію аберантної щитоподібної залози.**  
Забарвлення: гематоксилін та еозин. Зб.: ок.10, об.20

зол». Після втручання стан хворої задовільний, скарги на незначну болючість у ділянці прооперованої рани при рухах.

Макроскопічно досліджуваний оперативно видалений матеріал ззовні нагадував лімфатичний вузол, пальпаторно – щільний. На розрізі тканина була злегка неоднорідна: візуалізувались місцями ділянки білого кольору, місцями – злегка рожевого кольору.

Патогістологічно (№5006-10/13) досліджувана тканина представлена ЩЗ, яка оточена фіброзною капсулою (рис. 1) з осередковою в останній лімфоцитарною інфільтрацією та дрібноосередковим склерозом (рис. 2). Тканина залози

візуалізується у вигляді різного розміру фолікулів. Фолікули переважно заповнені колоїдом, в окремих – групи еритроцитів (рис. 1). У поодиноких фолікулах відмічається проліферація фолікулярного епітелію з утворенням внутрішньофолікулярних псевдопапілярних структур (рис. 3).

Таким чином, наведено випадок аберантної ЩЗ без порушення функції останньої, який клінічно, в тому числі інтраопераційно, був верифікований як «лімфаденіт». Лише результати патогістологічного дослідження дозволили верифікувати аберантну ЩЗ. Складність патоморфологічної діагностики таких випадків полягає у верифікації аберантної ЩЗ або метастатичного ураження регіональних лімфатичних вузлів раком ЩЗ. Особливість даного випадку – наявність псевдопапілярних структур в окремих фолікулах, які можуть симулювати метастаз папілярного раку ЩЗ. Проте, відсутність ознак клітинного атипізму заперечують метастатичний характер росту та дозволяють ствержувати наявність аберантної ЩЗ.

### Література

1. Аберантна щитоподібна залоза і синдром плеврального випоту / І.Д. Дужий, І.Я. Гресько, Р.З. Еластал [та ін.] // Вісник СумДУ. Серія медицина. – 2008. – №1. – С.59-62.
2. Дистопія щитовидної залози / Л.В. Сапелкіна, В.В. Смирнов, М.В. Шурнене [и др.] // Педіатрія. – 1998. – №2. – С. 98-99.
3. Дистопія щитовидної залози у дітей / В.К. Литовка, І.П. Журило, Е.В. Литовка [и др.] // Клінічна хірургія. – 2003. – №10. – С. 57-58.
4. Ectopic thyroid gland: description of case and review of the literature / V. Triggiani, V.A. Giagulli, B. Licchelli [et al.] // *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. – 2013. – Vol. 13 (3). – P. 275-281.

Одержано 17.02.2014 року.