

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

<https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2023.5.CASE.1>

CASE DESCRIPTION

УДК 616.441-089

АТИПИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ УЗЛА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ ШЕИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

С.Н. Стяжкина¹, А.И. Рысов², Т.В. Федулова², М.А. Гасанова¹, М.И. Чакмина¹,
А.А. Турсукова¹, А.В. Гильмутдинов¹

¹Ижевская государственная медицинская академия, ул. Коммунаров, д. 281, Ижевск, Россия, 426056

²Первая республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики,
Воткинское шоссе, д. 57, Ижевск, Россия, 426039

Резюме. В настоящее время отмечается увеличение числа пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы (ЩЖ), которые требуют предоперационной диагностики, позволяющей выявлять своевременно фолликулярную неоплазию и высокодифференцированные формы рака, коллоидный зоб с компрессией органов шеи, узловой и диффузный токсический зоб (ДУЗ) [5]. Наиболее часто узлы располагаются в щитовидной железе, однако встречаются случаи с атипичной локализацией. Эктопия щитовидной железы, или тиреоидная эктопия (от греч. «ektos», т.е. «смещенный») – это наличие атипичной её ткани в месте, не характерном для нормальной локализации. Данная патология развивается вследствие нарушения миграции клеток-предшественников щитовидной железы во время её эмбрионального развития. Распространённость тиреоидной эктопии составляет 1 случай на 100 000–300 000 человек, 1 случай на 4–8 тыс. пациентов с патологией щитовидной железы. Среди заболевших, в 65–80 % наблюдений – это женщины. По данным изученной литературы, эктопия ЩЖ может становиться источником малигнизации, поэтому необходима своевременная диагностика и хирургическое лечение с целью предотвращения развития жизнеугрожающих состояний. Проведён анализ клинического случая атипичного расположения узла щитовидной железы с подозрением на онкологическое новообразование при рецидиве после гемитиреоидэктомии.

Ключевые слова: щитовидная железа, атипичное расположение узла щитовидной железы, эктопия щитовидной железы, рецидив, диффузно-узловой зоб.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Соответствие нормам этики. Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо.

Для цитирования: Стяжкина С.Н., Рысов А.И., Федулова Т.В., Гасанова М.А., Чакмина М.И., Турсукова А.А., Гильмутдинов А.В. Атипичное расположение узла щитовидной железы в верхнем отделе шеи (клиническое наблюдение). *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2023;13(5):121–124. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2023.5.CASE.1>

ATYPICAL LOCATION OF THE THYROID NODE IN THE UPPER SECTION OF THE NECK (CLINICAL OBSERVATION)

S.N. Styazhkina¹, A.I. Rysov², T.V. Fedulova², M.A. Gasanova¹, M.I. Chakmina¹,
A.A. Tursukova¹, A.V. Gil'mutdinov¹

¹Izhevsk State Medical Academy, 281 Kommunarov str., Izhevsk, 426056, Russia

²First Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, 57 Votkinskoe highway, Izhevsk, 426039, Russia

Abstract. Currently, there is an increase in the number of patients with nodular formations of the thyroid gland (TG), which requires preoperative diagnostics, which allows to detect in a timely manner follicular neoplasia and highly differentiated forms of cancer, colloid goiter with compression of the neck organs, nodular and diffuse toxic goiter (DUS) [5]. Most often, the nodes are located in the thyroid gland, but there are cases with atypical localization. Ectopia of the thyroid gland, or thyroid ectopia (from the Greek “ektos”, i.e. “displaced”) is the presence of its atypical tissue in a place that is not characteristic of normal localization. This pathology develops due to a violation of the migration of progenitor cells of the thyroid gland during its embryonic development. The prevalence of thyroid ectopia is 1 per 100,000–300,000 people, 1 case per 4–8 thousand patients with thyroid pathology. Among the sick in 65–80 % of cases are women. According to the studied literature, thyroid ectopia can become a source of malignancy, so timely diagnosis and surgical treatment is necessary to prevent the development of life-threatening conditions. An analysis of a clinical case of atypical location of a thyroid nodule with a suspected oncological neoplasm in case of recurrence after hemithyroidectomy was carried out.

Key words: atypical location of the thyroid nodule, thyroid gland, ectopia of the thyroid gland, recurrence, diffuse nodular goiter.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Funding. This research received no external funding.

Compliance with ethical principles. The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary.

Cite as: Styazhkina S.N., Rysov A.I., Fedulova T.V., Gasanova M.A., Chakmina M.I., Tursukova A.A., Gil'mutdinov A.V. Atypical location of the thyroid node in the upper section of the neck (clinical observation). *Bulletin of the Medical Institute “REAVIZ”. Rehabilitation, Doctor and Health.* 2023;13(5):121–124. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2023.5.CASE.1>

Введение

Щитовидная железа формируется на 3–4 неделе в процессе эмбриогенеза. Наиболее типичным её расположением является передняя область шеи (лопаточно-трахеальный треугольник) на уровне позвонков C5 и T1. Это эндокринная железа, которая имеет две доли, соединённые между собой перешейком.

Существуют случаи с атипичным расположением, называемые эктопией. Впервые в истории эктопическая локализация щитовидной железы была описана в XIX веке, в 1869 году Хикманом описан случай тиреоидной эктопии в корень языка. Впоследствии задокументировано описание других атипичных расположений ткани щитовидной железы, например, позадистернальное, позадитрахеальное и кольцевое. Топография весьма разнообразна, но чаще встречается подъязычная локализация; расположение в других анатомических областях встречается реже и менее изучено. Эктопированная щитовидная железа редко встречается в повседневной клинической практике, заболевание является малоизвестным, чем вызывает интерес у практикующих врачей-эндокринологов, хирургов и онкологов.

Клиническое наблюдение

Пациентка Н., 47 лет, поступила в стационар Первой Республиканской клинической больницы г. Ижевска в июне 2022 года. Основные жалобы: объёмное образование на шее, дискомфорт при глотании и дыхании. Из анамнеза пациентки известно, что вышеописанные жалобы беспокоили на протяжении 1,5 лет. Пациентка состояла на учёте у эндокринолога, так как в 2002 году ей была выполнена гемитиреоидэктомия справа по поводу диффузно-узлового зоба. Среди сопутствующих заболеваний:

гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, ишемическая болезнь сердца.

Объективно: при осмотре выявлено гиперстеническое телосложение (ИМТ = 38), ожирение 2 ст. Щитовидная железа левой доли не увеличена, неоднородная при пальпации, безболезненная. В подчелюстной области по срединной линии пальпируемое образование около 4 см, плотное, подвижное, безболезненное.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

- биохимический анализ крови: ТТГ – 0,6 мкМЕ/мл (0,35–4,5); Т3 – 3,2 МЕ/мл (3,5–6,5); Т4 – 11,7 пмоль/л (11,5–22,7). Гормоны щитовидной железы в пределах нормы;

- по данным электрокардиографии (ЭКГ): неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

- по данным ультразвукового исследования (УЗИ): эхографические признаки после гемиструмэктомии справа, множественных образований правой доли, образования средней линии шеи. По средней линии шеи локализуется изоэхогенное образование с ровным, чётким контуром, неоднородной структуры, гиперваскулярное, с гиперэхогенным включением с акустической тенью 15 мм. Размеры образований 31×34×32 мм. Объём щитовидной железы 16,8 куб. см, перешеек – 3,1 мм. Регионарные лимфоузлы без особенностей.

- по данным спиральной компьютерной томографии (СКТ) диагностирована гемитиреоидэктомия справа. Увеличение левой доли щитовидной железы в комплексе с её структурными изменениями (зоб). Образование подъязычной области, вероятно исходящее из перешейка щитовидной железы. Умеренная подчелюстная лимфаденопатия.

- тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы является «золотым стандартом» морфологической диагностики на дооперационном этапе [5].



Рисунок 1. Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Figure 1. Ultrasound of the thyroid gland

Цитологическое заключение: LS-кровь, тиреоциты отсутствуют. Bethesda I. Образование шеи – коллоид, эпителиоциты без признаков атипизма. Эктопированная ткань щитовидной железы. Заключение интерпретировалось на основе стратификации риска малигнизации узловых образований щитовидной железы в рамках международных классификационных систем Bethesda [6, 7].

На основании проведённого обследования выставлен клинический диагноз: диффузно-узловой зоб 2 степени (по ВОЗ), эутиреоз. Рецидив. Осложнения: компрессионный синдром.

Таким образом определены показания для оперативного вмешательства.

Ход операции: под эндотрахеальным наркозом дугообразным разрезом на передней поверхности шеи послойно обнажена эктопированная щитовидная железа размерами 8×6×4 см, содержащая множество узлов плотно эластической консистенции до 1 см в диаметре. С окружающими тканями железа не сращена. Порционно

выполнена её мобилизация, гемостаз прошиванием, перевязкой и электрокоагуляцией. Контроль гемостаза – сухо. Ложе дренировано резиновой полоской, что используется рутинно после традиционных вмешательств [8]. Послойно рана ушита. Наложена спиртовая асептическая повязка.

Результат морфологического исследования биопсийного материала (протокол № 8609): выявлен диффузно-узловой пролиферирующий коллоидный зоб с функциональной активностью тиреоидного эпителия, участками обызвествления ткани. Злокачественное новообразование было опровергнуто. Таким образом эктопированная ткань щитовидной железы, расположенная в подъязычной области, не является злокачественным новообразованием.

Послеоперационный период прошёл гладко с улучшением состояния, пациентка была выписана на 7-е сутки. Рекомендации при выписке: динамическое наблюдение у эндокринолога, хирурга.



Рисунок 2. Диффузно-узловой зоб 2 степени, эутиреоз
Figure 2. Diffuse nodular goiter of the 2nd degree, euthyroidism



Рисунок 3. Щитовидная железа (послеоперационный материал)
Figure 3. Thyroid gland (postoperative material)

Вывод

Эктопированная ЩЖ может быть представлена паренхиматозным зобным узлом с гипо- или гиперфункцией и разнообразными патологическими процессами, идентичными тем, что выявляются в обычно расположенном органе. Редко в эктопированной ткани щитовидной железы выявляют доброкачественные и злокачественные опухоли, а также тиреоидит Хашимото. Основным направлением исследования пациента с диффузно-узловым зобом 2 степени было исключение злокачественной опухоли щитовидной железы, так как по данным анамнеза у пациентки произошёл рецидив, что могло повлиять на «повышение онкологического риска» в отношении рака щито-

видной железы. Причинами рецидива могло стать первичное хирургическое лечение с оставлением мелких узлов в противоположной доле или остающейся части оперированной доли. Озлокачествление рецидивного зоба, по данным разных авторов, наблюдается с частотой от 8,1 до 20 % и происходит «скрыто» без чётких клинических симптомов рака щитовидной железы. Таким образом, эктопированная щитовидная железа является малоизученным заболеванием и, как демонстрируют наши наблюдения, может быть интерпретирована неверно, очень важно своевременно провести диагностику и назначить лечение, равно как и повышение осведомленности врачей других специальностей.

Литература [References]

- 1 Успенская А.А., Черников Р.А., Воробьев С.Л., Слепцов И.В., Семенов А.А., Чинчук И.К. и др. Автономно функционирующие узлы щитовидной железы (эпидемиология, клиника, диагностика). *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина*. 2014;2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/avtonomno-funktsioniruyuschie-uzly-schitovidnoy-zhelezy-epidemiologiya-klinika-diagnostics> [Uspenskaya A.A., Chernikov R.A., Vorobyev S.L., Slepsov I.V., Semenov A.A., Chinchuk I.K., etc. Autonomously functioning thyroid nodes (epidemiology, clinic, diagnostics). *Bulletin of St. Petersburg University. Medicine*. 2014;2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/avtonomno-funktsioniruyuschie-uzly-schitovidnoy-zhelezy-epidemiologiya-klinika-diagnostics> (In Russ)].

- 2 Альмяшев А.З. Эктопированная щитовидная железа: обзор литературы и анализ клинического наблюдения. *Опухоли головы и шеи*. 2013;4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ektopirovannaya-schitovidnaya-zheleza-obzor-literatury-i-analiz-klinicheskogo-nablyudeniya> [Almyashev A.Z. Ectopic thyroid gland: literature review and analysis of clinical observation. Tumors of the head and neck. 2013;4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ektopirovannaya-schitovidnaya-zheleza-obzor-literatury-i-analiz-klinicheskogo-nablyudeniya> (In Russ)].
- 3 Зима Д.В., Алиев М.А., Кульбаба П.В., Зяблицкая Е.Ю., Безруков О.Ф., Малов А.Е. Эктопия щитовидной железы: механизмы и клинические наблюдения. *Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины*. 2019;4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ektopiya-schitovidnoy-zhelezy-mehanizmy-i-klinicheskie-nablyudeniya> [Zima D.V., Aliyev M.A., Kulbaba P.V., Zyablitskaya E.Yu., Bezrukov O.F., Maslov A.E. Ectopia of the thyroid gland: mechanisms and clinical observations. Crimean Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2019;4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ektopiya-schitovidnoy-zhelezy-mehanizmy-i-klinicheskie-nablyudeniya> (In Russ)].
- 4 Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Криволапов Д.С., Пришвин А.П. Концепция диагностики и лечения хирургических заболеваний щитовидной железы. URL: <https://cyberleninka.ru> [Maistrenko N.A., Romashchenko P.N., Krivolapov D.S., Prishvin A.P. The concept of diagnosis and treatment of surgical diseases of the thyroid gland. URL: <https://cyberleninka.ru> (In Russ)].
- 5 Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Криволапов Д.С. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению заболеваний щитовидной железы. *Военно-медицинский журнал*. 2018;339(1):37–46. [Maistrenko N.A., Romashchenko P.N., Krivolapov D.S. Modern approaches to the diagnosis and surgical treatment of thyroid diseases. Military Medical Journal. 2018;339(1):37–46. (In Russ)].
- 6 Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Криволапов Д.С., и др. Современные диагностические и малоинвазивные технологии в хирургии щитовидной железы. *Вестник Российской Военно-медицинской академии*. 2019;S1:101–105. [Romashchenko P.N., Maistrenko N.A., Krivolapov D.S., etc. Modern diagnostic and minimally invasive technologies in thyroid surgery. Bulletin of the Russian Military Medical Academy. 2019;S1:101–105. (In Russ)].
- 7 Ромащенко П.Н., Майстренко Н.А., Криволапов Д.С. Современные возможности диагностики и хирургического лечения заболеваний щитовидной железы. *Избранные вопросы клинической хирургии*. Самара, 2018;189–198. [Romashchenko P.N., Maistrenko N.A., Krivolapov D.S. Modern possibilities of diagnosis and surgical treatment of thyroid diseases. Selected issues of clinical surgery. Samara, 2018;189–198. (In Russ)].
- 8 Хирургическая эндокринология, руководство / под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. СПб. : Питер, 2004. [Surgical endocrinology, manual / edited by A.P. Kalinin, N.A. Maistrenko, P.S. Vetsheva. St. Petersburg : Peter, 2004. (In Russ)].

Авторская справка

Стяжкина Светлана Николаевна

Д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии.
ORCID 0000-0001-5787-8269; sstazkina064@gmail.com
Вклад автора: разработка концепции исследования, анализ данных.

Турсукова Антонина Алексеевна

Студентка.
ORCID 0009-0009-0418-2781; alecseevna02092001@mail.ru
Вклад автора: сбор материала, анализ и обработка данных.

Чакмина Мария Игоревна

Студентка.
ORCID 0009-0007-6876-4006; chakmina01@mail.ru
Вклад автора: сбор материала, анализ и обработка данных.

Гасанова Мегри Аладдиновна

Студентка.
ORCID 0009-0005-0072-2390; megrigasanova@mail.ru
Вклад автора: разработка концепции исследования, анализ и обработка данных.

Гильмутдинов Алексей Викторович

Студент.
ORCID 0009-0000-1983-859X; leha.gilmutdinov.2000@mail.ru
Вклад автора: сбор материала, анализ и обработка данных.

Author's reference

Svetlana N. Styazhkina

Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Faculty Surgery.
ORCID 0000-0001-5787-8269; sstazkina064@gmail.com
Author contributions: research concept development, data analysis.

Antonina A. Tursukova

Student.
ORCID 0009-0009-0418-2781; alecseevna02092001@mail.ru
Author's contribution: data capture & processing, data analyze.

Mariya I. Chakmina

Student.
ORCID 0009-0007-6876-4006; chakmina01@mail.ru
Author's contribution: collection of material, analysis and data processing.

Megri A. Gasanova

Student.
ORCID 0009-0005-0072-2390; megrigasanova@mail.ru
Author's contribution: development of the research concept, data analysis and processing.

Aleksey V. Gilmutdinov

Student.
ORCID 0009-0000-1983-859X; leha.gilmutdinov.2000@mail.ru
Author's contribution: collection of material, analysis and data processing.