



Особенности диагностики и клиники декомпенсированного стеноза пищевода, вследствие сдавления новообразованием щитовидной железы*

Стяжкина С.Н.^{1,2}, Глушков С.А.¹, Шарифуллина Э.Р.², Жарова А.А.²

¹ Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Первая республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, хирургическое отделение, (Воткинское шоссе, 57, Ижевск, 426039, Россия)

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (Воткинское шоссе, 57, Ижевск, 426039, Россия)

Для цитирования: Стяжкина С.Н., Глушков С.А., Шарифуллина Э.Р., Жарова А.А. Особенности диагностики и клиники декомпенсированного стеноза пищевода, вследствие сдавления новообразованием щитовидной железы. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2025;(5): 141–146 doi: 10.31146/1682-8658-ecg-237-5-141-146

✉ Для переписки:

Стяжкина

Светлана

Николаевна

sstazkina064

@gmail.com

Стяжкина Светлана Николаевна, д.м.н., профессор, хирург высшей категории. Заслуженный врач Удмуртской Республики, заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, заведующая кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии; член экспертных комиссий в Удмуртии; академик Лазерной академии наук РФ, член-корреспондент академии Естествознания РФ, член правления Российского общества хирургов-эндокринологов, член Российской ассоциации хирургов-гепатологов

Глушков Сергей Аркадьевич, врач-хирург высшей категории Первой республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Удмуртской Республики. Стаж работы 38 лет.

Шарифуллина Эльмира Римовна, врач-ординатор отделения эндокринологии Первой республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Удмуртской Республики.

Жарова Анастасия Андреевна, врач-ординатор офтальмолог

Резюме

* Иллюстрации 1, 3–5 – на цветной вклейке в журнал (стр. XIV–XV).

Обоснование исследования. По данным отечественной и зарубежной литературы, загрудинный зоб относится к редким случаям среди заболеваний эндокринной системы, встречаемость которого составляет до 10% среди всех патологий щитовидной железы. Атипичное расположение зоба, в частности загрудинного, усложняет диагностику и дает специфическую симптоматическую картину, требуя специальную лечебно-диагностическую тактику.

Цель. Демонстрация клинического случая шейно-загрудинного диффузно-узлового зоба II ст., субклинического тиреотоксикоза, у женщины 72 лет.

Материалы и методы. Представлена демонстрация клинического случая шейно-загрудинного диффузно-узлового зоба II ст., субклинического тиреотоксикоза, у женщины 72 лет.

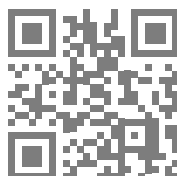
Результаты. Представленный клинический случай подтверждает особенности течения и морфологии рецидивного зоба с локализацией в средостении и в загрудинном пространстве.

Заключение. Данный клинический случай представляет большой интерес в связи с атипичной локализацией рецидивного зоба в переднем средостении, сложностями постановки диагноза, особенностями технического выполнения операции. В приведенном нами клиническом случае выбрана индивидуальная тактика хирургического лечения загрудинного зоба щитовидной железы. В послеоперационном периоде необходимо наблюдение у эндокринолога, хирурга и невролога. После проведенного хирургического вмешательства требуется мониторинг состояния пациентов в течение 6–12 месяцев.

Ключевые слова: рецидивный зоб, тиреотоксикоз, тиреоидэктомия

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: WWDQJI



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-237-5-141-146>

Features of diagnostics and clinical picture of decompensated esophageal stenosis due to compression by thyroid gland neoplasm*

S.N. Styazhkina^{1,2}, S.A. Glushkov¹, E.R. Sharifullina², A.A. Zharova²

¹ First Republican Clinical Hospital, (57, Votkinskoe shosse str., Izhevsk, 426039, Russia)

² Izhevsk State Medical Academy, (57, Votkinskoe shosse str., Izhevsk, 426039, Russia)

For citation: Styazhkina S.N., Glushkov S.A., Sharifullina E.R., Zharova A.A. Features of diagnostics and clinical picture of decompensated esophageal stenosis due to compression by thyroid gland neoplasm. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2025;(5): 141–146. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-237-5-141-146

✉ *Corresponding author:*

Svetlana N. Styazhkina
sstazhkina064@gmail.com

Svetlana N. Styazhkina, Doctor of Medical Sciences, Professor, surgeon of the highest category. Honored Doctor of the Udmurt Republic, Honored Worker of Higher School of the Russian Federation, Head of the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery. Participates in the work of expert commissions in Udmurtia; academician of the Laser Academy of Sciences of the Russian Federation, a corresponding member of the Academy of Natural Sciences of the Russian Federation, a member of the board of the Russian Society of Surgeons-Endocrinologists, a member of the Russian Association of Surgeons-Hepatologists; Based on the results of the competition of surgeons and scientists of Russia

Sergey A. Glushkov, surgeon of the highest category

Elmira R. Sharifullina, Resident physician of the endocrinology department

Anastasia A. Zharova, Resident physician of the ophthalmology department

Summary

* Illustrations 1, 3–5 to the article are on the colored inset of the Journal (p. XIV–XV).

Background. According to Russian and foreign literature, chest goiter is one of the rare cases among diseases of the endocrine system, the occurrence of which is up to 10% among all thyroid pathologies. The atypical location of the goiter, in particular the chest, complicates diagnosis and gives a specific symptomatic picture, requiring special therapeutic and diagnostic tactics.

The aim. Demonstration of a clinical case of cervical diffuse nodular goiter II st., subclinical thyrotoxicosis, a 72-year-old woman.

Materials and methods. A demonstration of a clinical case of cervical diffuse nodular goiter II st., subclinical thyrotoxicosis, in a 72-year-old woman is presented.

Results. The presented clinical case confirms the features of the course and morphology of recurrent goiter with localization in the mediastinum and in the chest space.

Conclusion. This clinical case is of great interest due to the atypical localization of recurrent goiter in the anterior mediastinum, the difficulties of diagnosis, and the peculiarities of the technical performance of the operation. In the clinical case presented by us, an individual tactic of surgical treatment of a retrosternal goiter of the thyroid gland was chosen. In the postoperative period, it is necessary to be monitored by an endocrinologist, surgeon and neurologist. After the surgical intervention, monitoring of the patient's condition is required for 6–12 months.

Keywords: recurrent goiter, thyrotoxicosis, thyroidectomy

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Введение

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 отечественной и зарубежной литературы, загрудинный зоб относится к редким случаям среди заболеваний эндокринной системы, встречаемость которого

составляет до 10% среди всех патологий щитовидной железы [1]. Основным методом лечения шейно-загрудинного зоба является геми- или тиреоидэктомия, которая по показаниям может дополняться заместительной гормональной терапией. Таким образом, учитывая вышеперечисленные факторы, недостаточное количество информативности по данной теме, а также увеличение частоты

встречаемости новообразований щитовидной железы, чрезвычайно актуальным вопросом на сегодняшний день является своевременная диагностика и правильный подбор хирургического лечения.

Клинический случай

Пациентка 72 лет, поступила в плановом порядке на оперативное лечение в БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» 05.12.2023 г. с клиническим диагнозом шейно-загрудинный диффузно-узловой зоб II ст., субклинический тиреотоксикоз.

Жалобы при поступлении: на нарушение глотания, непроходимость плотной и полужидкой пищи в течение 3–4 месяцев, а также затрудненное прохождение жидкости – в течение 1 месяца, снижение веса на 17 кг за 3 месяца. Тремор в руках и ногах в покое, больше слева, который усиливается при волнении, замедление движений. Забывчивость, провалы в памяти. Имеются эпизоды потери сознания в августе и ноябре 2023 г. Наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи справа, безболезненного. Нарушений дыхания не отмечает. Общая слабость, выраженное головокружение, потеря аппетита, тошнота, рвота.

Развитие и течение болезни: считает себя больной с 2000 г., когда было выполнено первое оперативное лечение правой доли щитовидной железы, в 2012 г. – гемитиреоидэктомия левой доли щитовидной железы по поводу доброкачественных новообразований. По данным УЗИ щитовидной железы от 20.11.2023г: объем железы 66 см³. ЭХО признаки диффузно-узлового зоба справа (TI-RADS 2), состояние после резекции левой доли щитовидной железы. По данным МСКТ щитовидная железа увеличена в объеме, с четкими контурами, размерами 4,6×5,5×5,1см, неоднородной структурой с множественными округлыми гиподенсивными жидкостными участками диаметром до 0,8–1,3см в структуре, сдавливающее трахею, смещающее ее влево до 1,9см, протяженностью до 3,8 см. По данным лабораторных исследований от 21.11.2023 г.: ТТГ 0,01 мкМЕ/мл, свободный Т4 18,3 пмоль/л. Назначена медикаментозная терапия – левотироксин натрия.

Анамнез жизни: из перенесенных заболеваний отмечает COVID-19. В 2000 г. – операция на желчных путях, в дальнейшем оперирована по поводу послеоперационной вентральной грыжи. В 1993 г. и 1996 г. оперирована в Калужском областном клиническом онкологическом диспансере по поводу узловых образований на щитовидной железе. Гипертоническая болезнь 2 стадии, риск 3. Хроническая сердечная недостаточность 1 стадии, ФК 2.

Сопутствующие заболевания: Болезнь Паркинсона 2 стадия (по Хен-Яру) с преимущественным вовлечением левых конечностей.

Наследственность: сахарный диабет; заболевания щитовидной железы отрицает.

Цель нашего исследования заключается в предоставлении редкого клинического случая рецидивного зоба с локализацией в средостении и в загрудинном пространстве, а также тактике хирургического лечения данной патологии.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена. По шкале Глазго: 15 баллов. В пространстве и времени ориентируется. Масса тела 42 кг. Рост 150 см. Индекс массы тела 18,67 м² (дефицит массы тела). Походка шаркающая, несколько астенизирована. В покое наблюдается мелкоамплитудный тремор кисти и предплечья отчетливее слева. Язык чуть отклонен влево. В позе Ромберга наблюдается пошатывание влево. Кожные покровы физиологической окраски, без патологических высыпаний. Видимые слизистые оболочки бледно-розовой окраски, обычной влажности, без патологических высыпаний. Склеры физиологической окраски. Состояние подкожно-жировой клетчатки снижено. Отеки отсутствуют. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без патологических изменений. Голос ослаблен. Небольшой экзофтальм, глазные симптомы Штельвага, Грефе, Мебиуса отрицательны. Дыхание затруднено, самостоятельное. При аускультации дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 14–16 в мин. Сатурация 99%. При перкуссии границы сердца не изменены. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не определяется. ЧСС 72 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень перкуторно и пальпаторно: по краю реберной дуги, не увеличена. Селезенка не пальпируется. Пальпация органов брюшной полости безболезненна. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортенера отрицательный. Опухолевидные образования в брюшной полости пальпаторно не определяются. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Перистальтика выслушивается, активная. Область проекции почек внешне не изменена. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Оценка характера мочеиспускания: свободное, не затруднено, безболезненно.

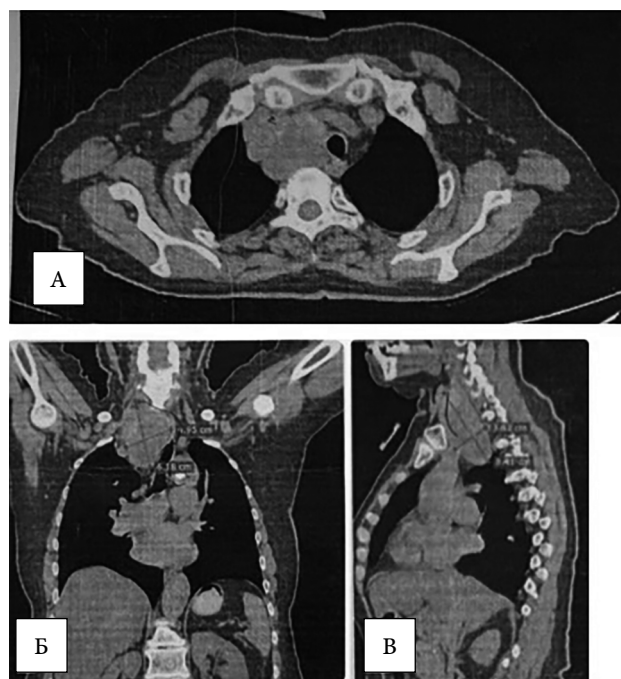
Оценка характера стула и кратности дефекации: стул нормальный, оформленный, без патологических включений, 1–2 раза в день.

Температура тела 36,6 °С.

Status localis: Передняя поверхность шеи деформирована за счет увеличенной щитовидной железы (2×2см) над ключицей справа (уходит за нее). При пальпации правая доля железы имеет размеры 8×6×5 см (V степень по Николаеву), плотно-эластической консистенции, безболезненная, смещаемая, с окружающими тканями не спаяна. Шейные лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы шеи без особенностей.

Рисунок 2.

Мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки;
Б – фронтальная проекция;
В – сагиттальная проекция.



Лабораторные и инструментальные данные. Консультации специалистов:

1. Анализ крови на определение уровня гормонов щитовидной железы от 21.11.2023 г.

T3 свободный = 3,46 пмоль/л

(N=2,6–6,74 пмоль/л).

T4 свободный = 18,30 пмоль/л

(N=9,3–24,5 пмоль/л).

ТТГ = <0,01 мкМЕ/мл (N=0,4–4 мкМЕ/мл).

Заключение: уровень трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) соответствует норме, тиреотропный гормон значительно снижен, что может указывать на субклинический тиреотоксикоз.

2. Тонкоигольная пункционная биопсия щитовидной железы от 29.11.2023 г.

Цитологическое заключение: LD – Узловой коллоидный зоб. Bethesda II.

3. Видеоэзофагогастродуоденоскопия от 29.11.2023 (рис. 1).

Заключение: Вдавление извне верхней трети пищевода. Атрофия слизистой желудка, О-3 (К.-Takemoto). Ксантома антрального отдела желудка.

4. Заключение КТ шеи, ОГК и ОБП от 17.11.2023.

Заключение: Диффузно-очаговые изменения щитовидной железы, подозрение на диффузно-узловой зоб. Рекомендовано УЗИ щитовидной железы. Убедительных данных за метастаз в зоне исследования не выявлено. Сужение просвета верхней трети пищевода. Левосторонний хронический гайморит. КТ-признаки венозного застоя. Пневмоплеврoфиброз. Киста пе-

чени. Диффузные изменения печени по типу жирового гепатоза. Диффузные изменения поджелудочной железы. Микролит правой почки. Дегенеративно-дистрофические изменения по типу остеохондроза, спондилеза. Атеросклероз.

5. УЗИ щитовидной железы от 20.11.2023 г.

Правая доля: объем 65 мм.

Левая доля: объем 1,8 мм (тиреоидный остаток).

Перешеек: 2,8 мм.

Суммарный объем: 66,8 см³;

положение обычное

Контуры ровные, четкие.

Структура левой доли диффузно-неоднородная. Эхогенность левой доли обычная.

Очаговые изменения: правая доля представлена конгломератом изоэхогенных образований без четких контуров и границ, умеренно выраженная васкуляризация, неоднородная структура за счет анэхогенных включений, нежесткие.

Регионарные лимфоузлы лоцируются единичные с сохраненной структурой.

Заключение: признаки диффузно-узловой зоба справа (TI-RADS 2), состояние после резекции левой доли щитовидной железы. Показаний для ТАПБ не выявлено.

6. ЭКГ от 29.11.2023 г.

Заключение: QRS=0,09; PQ=0,22; QT=0,400; угол оси= -15. Ритм синусовый, правильный. ЧСС=60 ударов в минуту. Электрическая ось сердца смещена влево. Диффузные изменения ST-T.

7. СКТ органов грудной клетки без к/у от 05.11.2023 г.

Заключение: Объемное образование верхнего отдела средостения, с компримированием и смещением трахеи и пищевода (подозрение на тимому, лимфому).

8. СКТ головного мозга в спиральном режиме от 05.11.2023 г. (рис. 2).

Заключение: данных за ОНМК на момент исследования не выявлено.

9. Консультация онколога от 13.11.2023 г.

Диагноз: Объемное образование верхнего отдела средостения неясного генеза (подозрение на тимому и лимфому) впервые выявленное. Подозрение на злокачественное новообразование пищевода. Дисфагия 3 степени. Анемия 2 степени.

Основное заболевание: Цереброваскулярная болезнь. ХИМ 2 степени смешанного генеза в виде умеренно-выраженного вестибуло-мозжечкового синдрома, церебрастенического синдрома. Не исключается болезнь Паркинсона.

10. Консультация эндокринолога от 29.11.2023 г.

Заключение: противопоказаний для хирургического лечения нет.

11. Консультация невролога от 02.12.2023.

Заключение: Основное заболевание: ХИМ 2–3 степени смешанного генеза в виде подкоркового синдрома, умеренно-выраженного вестибуло-мозжечкового синдрома, церебрастенического синдрома.

Показание к операции:

Шейно-загрудинный диффузно-узловой зоб II ст., субклинический тиреотоксикоз.

Степень риска оперативного вмешательства: высокий операционный риск.

Название операции: Гемитиреоидэктомия справа.

Рекомендации:

1. Наблюдение у хирурга в больнице по месту медицинского обслуживания;
2. наблюдение у эндокринолога по месту медицинского обслуживания;
3. снять швы 18.12.2023 г.;

Анестезия: Эндотрахеальный наркоз.

Доступ: Дугообразный разрез передней поверхности шеи.

Протокол: Начало операции 07.12.2023г, 9:20–10:40.

Продолжительность: 1 ч 20 мин.

Под эндотрахеальным наркозом дугообразным разрезом на передней поверхности шеи послойно обнажена щитовидная железа (рис. 3). Левая доля отсутствует. Правая доля размерами 10×5×5 см, находится в средостении, загрудинно. Правая доля удалена с техническими трудностями, с ревизией верхнего средостения. Взят лимфатический узел с передней поверхности трахеи. Контроль гемостаза – сухо. Трубчатый дренаж в средостение. Послойно рана ушита.

Цитологическое исследование операционного материала от 07.12.2023 (рис. 4, 5)

Операционный материал, взятый для проведения исследования:

1. щитовидная железа (опухоль);
2. вырезка опухоли;
3. лимфоузел.

Клинический диагноз: шейно-загрудинный диффузно-узловой зоб II ст, субклинический тиреотоксикоз, множественные конгломератные узлы правой доли. ГТЭ LS.

Цитологическое заключение: Цитограмма из узла правой доли и образований идентичны. Следовательно, это узловой коллоидный пролиферирующий зоб с участками фиброза стромы и кистозной дегенерации. Bethesda II.

Компьютерная томография средостения от 11.12.2023 г.

При контрольном обследовании в средостении не обнаружено никаких патологических образований.

Исход госпитализации: пациентка выписана 12.12.2023 с выздоровлением, в удовлетворительном состоянии.

4. узнать результат гистологического исследования через 10 суток;
5. СКТ шеи, средостения через 3 месяца.
6. левотироксин натрия 50 мкг утром, натощак, каждый день за 30 минут до еды;
7. ТТГ, Т4 свободный через 2 месяца.

Заключение

В приведенном нами клиническом случае выбрана индивидуальная тактика хирургического лечения загрудинного зоба щитовидной железы. Данный клинический случай представляет большой интерес в связи с атипичной локализацией рецидивного зоба в переднем средостении, сложностями

постановки диагноза, особенностями технического выполнения операции. В послеоперационном периоде необходимо наблюдение у эндокринолога, хирурга и невролога. После проведенного хирургического вмешательства требуется мониторинг состояния пациентов в течение 6–12 месяцев.

Литература | References

1. S.N. Styazhkina, A.I. Rysov, T.V. Fedulova, M.A. Hasanova, M.I. Chakmina, A.A. Tursukova, A.V. Gilmutdinov. Atypical location of the thyroid gland node in the upper neck (clinical observation) // Bulletin of the medical institute "REAVIZ". – 2023. – № 5.
С.Н. Стяжкина, А.И. Рысов, Т.В. Федулова, М.А. Гасанова, М.И. Чакмина, А.А. Турсукова, А.В. Гильмутдинов. Атипичное расположение узла щитовидной железы в верхнем отделе шеи (клиническое наблюдение) // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2023. – № 5.
2. Romanchishen A.F., Romanchishen F.A., Karpatsky I.V., Vabalaite K.V. Urgent surgical interventions in thyroid diseases and complications of the early postoperative period. *Pediatrician*. 2013; 4(4): 103–15.
Романчишен А.Ф., Романчишен Ф.А., Карпатский И.В., Вабалайте К.В. Ургентные хирургические вмешательства при заболеваниях щитовидной железы и осложнениях раннего послеоперационного периода. *Педиатр*. 2013; 4(4): 103–15.
3. Berezkina I.S., Saprina T.V., Winter A.P., etc. Clinical features and results of laboratory and instrumental examination of patients with nodular formations of the thyroid gland // *Clinical medicine*. – 2017. – Vol.95. – No.4. – pp. 355–361.
Березкина И.С., Саприна Т.В., Зима А.П., и др. Клинические особенности и результаты лабораторно-инструментального обследования пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы // *Клиническая медицина*. – 2017. – Т. 95. – № 4. – С. 355–361.
4. S.N. Styazhkina, A.N. Bass, Yu.V. Shklyayeva Clinical case of surgical treatment of diffuse nodular nontoxic goiter // 2023.
С.Н. Стяжкина, А.Н. Басс, Ю.В. Шкляева Клинический случай хирургического лечения диффузно-узловатого нетоксического зоба // 2023.
5. Douglas S.R., David S.C., Jean E.M. Clinical presentation and evaluation of goiter in adults // 2023.
6. Paolo V., Douglas S.R., Jean E.M. Iodine deficiency disorders // 2023.
7. Douglas C.J., Douglas S.R., Jean E.M. Respiratory function in thyroid disease // 2023.
8. Douglas S.R., David S.C., Jean E.M. Treatment of benign obstructive or substernal goiter // 2023.
9. Maistrenko N.A., Romashchenko P.N., Krivolapov D.S., Prishvin A.P., Mikhalechenko G.V. Minimally invasive thyroid surgery// *International Scientific Research Journal*, issue: No. 1 (55), 2017.
Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Криволапов Д.С., Пришвин А.П., Михальченко Г.В. Минимально-инвазивная хирургия щитовидной железы// *Международный научно-исследовательский журнал*, выпуск: № 1 (55), 2017.

К статье

Особенности диагностики и клиники декомпенсированного стеноза пищевода, вследствие сдавления новообразованием щитовидной железы (стр. 141–146)

To article

Features of diagnostics and clinical picture of decompensated esophageal stenosis due to compression by thyroid gland neoplasm (p. 141–146...)

Рисунок 1.
Видеоэзофагогаст-
родуоденоскопия.

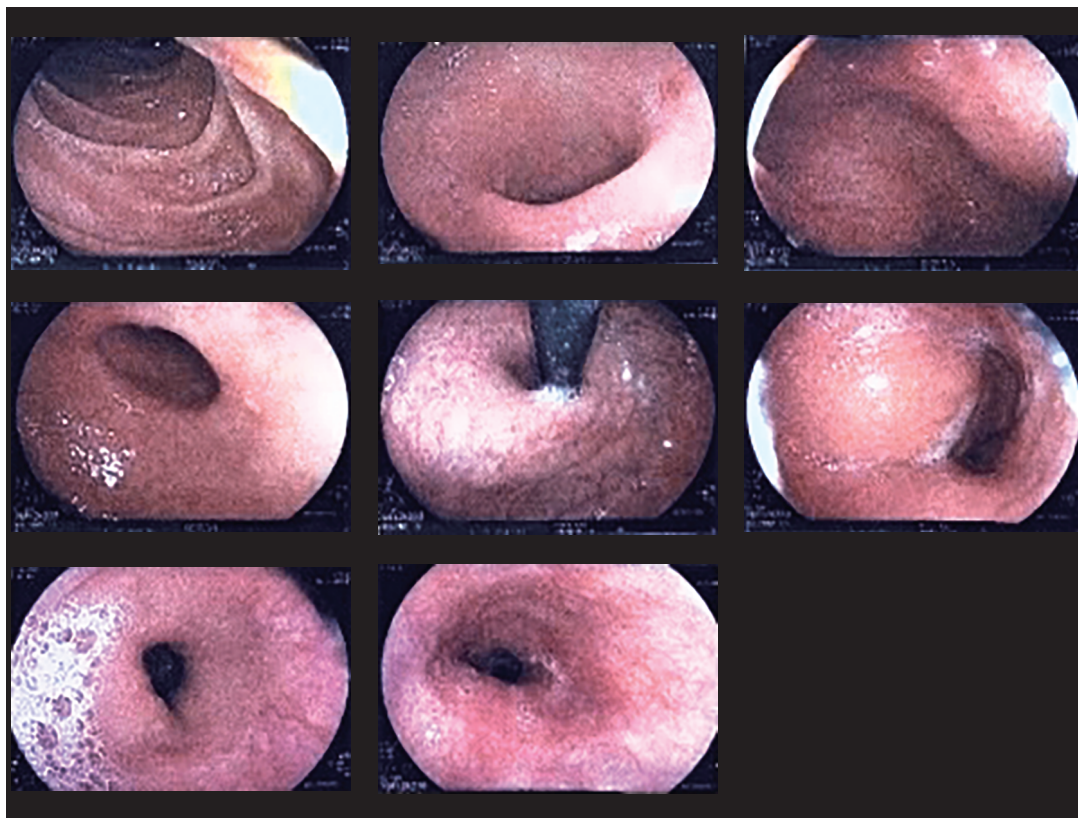
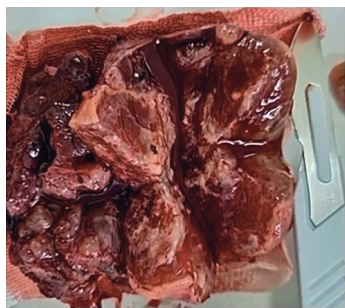
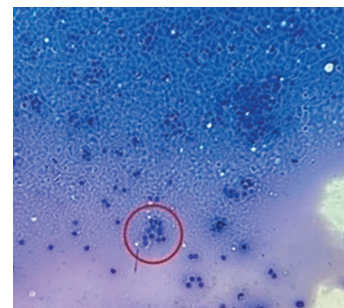


Рисунок 3.
Рисунки 4, 5.
Figure 4, 5.



Щитовидная железа (послеоперационный материал).



Диффузно-узловой конгломератный многоузловой зоб. На фоне светло-голубого коллоида расположено скопление тиреоцитов (А-клеток) без признаков злокачественности.

Diffuse nodular conglomerate multi-nodular goiter. Against the background of a light blue colloid, there is an accumulation of thyrocytes (A cells) without signs of malignancy.