

УДК 616.441-006.5-089.87

DOI: 10.34215/1609-1175-2020-1-97-99

Тиреоидэктомия у больной с гигантским многоузловым нетоксическим шейно-загрудинным зобом

Ю.В. Кухтенко, О.А. Косивцов, Л.А. Рясков, Е.И. Абрамян

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Представлен клинический пример успешного хирургического лечения пациентки с гигантским шейно-загрудинным нетоксическим зобом с тяжелой кардиальной патологией. Выполнена тиреоидэктомия из шейного доступа без стернотомии. При контрольном обследовании через 5 месяцев после операции инструментальных и клинических признаков рецидива заболевания не выявлено.

Ключевые слова: шейно-загрудинный зоб, хирургическое лечение

Поступила в редакцию 21.01.2020 г. Принята к печати 27.01.2020 г.

Для цитирования: Кухтенко Ю.В., Косивцов О.А., Рясков Л.А., Абрамян Е.И. Тиреоидэктомия у больной с гигантским многоузловым нетоксическим шейно-загрудинным зобом. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2020;1:97–9. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-97-99

Для корреспонденции: Кухтенко Юрий Владимирович – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолГМУ (400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1), ORCID: 0000-0002-4893-7770; e-mail: urikuhten@gmail.com

Thyroidectomy in a patient with a giant multinodular nontoxic cervical retrosternal goiter

U.V. Kukhtenko, O.A. Kosivtsov, L.A. Ryaskov, E.I. Abramian

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Summary: A clinical case of successful surgical treatment of a patient with a giant cervical retrosternal nontoxic goiter with severe cardiac pathology is presented. Thyroidectomy from cervical access without sternotomy was performed. At the follow-up examination 5 months after the operation, instrumental and clinical signs of disease relapse were not detected.

Keywords: cervical retrosternal goiter, surgical treatment

Received: 21 January 2020; Accepted: 27 January 2020

For citation: Kukhtenko UV, Kosivtsov OA, Ryaskov LA, Abramian EI. Thyroidectomy in a patient with a giant multinodular nontoxic cervical retrosternal goiter. *Pacific Medical Journal*. 2020;1:97–9. doi: 10.34215/1609-1175-2020-1-97-99

Corresponding author: Yuri V. Kukhtenko, MD, PhD, associate professor, Volgograd State Medical University (1 Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd, 400131, Russian Federation); ORCID: 0000-0002-4893-7770; e-mail: urikuhten@gmail.com

Хирургическое лечение шейно-загрудинных зобов больших размеров остается актуальной проблемой до настоящего времени. У пациентов с такой локализацией зоба, как правило, имеются длительный анамнез заболевания и компрессионный синдром, к типичным проявлениям которого относят сдавление трахеи, осиплость голоса, кашель, одышку (вплоть до удушья в положении лежа), боли и затруднения при глотании. Для данного поражения свойственны высокий риск малигнизации и сопутствующая сердечно-сосудистая патология [1, 2]. Все это обуславливает трудности в выборе лечебной тактики и способствуют возникновению послеоперационных осложнений, характерных как для операций на щитовидной железе, так и связанные с загрудинной локализацией процесса [3, 4]. Приводим собственное наблюдение.

В клинику хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолГМУ 12.02.2018 г. обратилась больная Б., 73 лет, с жалобами на наличие опухолевидного образования больших размеров в проекции щитовидной железы,

чувство «кома в горле», затруднение при глотании. Узлы в щитовидной железе обнаружены 10 лет назад, наблюдалась у эндокринолога с диагнозом «многоузловой нетоксический зоб». С 2014 г. отмечен рост узлов. От неоднократно предложенного оперативного лечения отказывалась. Четыре месяца назад появилось затруднение при глотании, кашель, одышка в положении лежа, пациентка согласилась на операцию.

При поступлении общее состояние расценено как относительно удовлетворительное. На передней поверхности шеи определялась увеличенная щитовидная железа размером 22×18×13 см, плотная, бугристая, безболезненная, перешеек и нижний полюс левой доли уходили за грудину (рис., а). Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 125 г/л, лейкоциты – $8,3 \times 10^9/л$ (эозинофилы – 4%), СОЭ – 43 мм/ч. Биохимический анализ крови и общий анализ мочи без патологии. Гормональный профиль: тиреотропный гормон – 0,5 мЕд/л, трийодтиронин свободный – 3,3 пмоль/л, тироксин свободный – 11,44 пмоль/л, антитела к тиреоглобулину – 4,5 Ед/мл. Ультразвуковое исследование: железа представлена конгломератом солидно-кистозных узлов размером 18×16×14 см с кальцинатами, пери- и интранодулярной васкуляризацией; ниже яремной вырезки с распространением на переднее средостение



Рис. Гигантский многоузловой нетоксический зоб:

а – внешний вид пациентки до операции; б – операционный макропрепарат; в – зона оперативного вмешательства через 5 месяцев.

визуализируется паренхиматозной плотности образование размером 15×6,8 см, средней эхогенности, неоднородной структуры, с васкуляризацией. Рентгенография органов грудной клетки, шейного отдела пищевода и гортани: верхнее средостение слева расширено до 10 см за счет загрудинного зоба, смещающего трахею и пищевод вправо на 3 см на протяжении 9 см до уровня дуги аорты. Все элементы гортани смещены вправо на 3 см, подвижность сохранена. При непрямой ларингоскопии — левосторонний парез гортани, гортань развернута вправо. Результат тонкоигольной аспирационной биопсии: паренхиматозный зоб.

Пациентка была осмотрена терапевтом и кардиологом, выявлены следующие сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца: кардиосклероз, перманентная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия; хроническая сердечная недостаточность I ст., II функционального класса; гипертоническая болезнь III ст., риск 4.

Операция проведена 12.02.2018 г. по жизненным показаниям под эндотрахеальным наркозом. Ввиду выраженного смещения трахеи интубация представляла значительные трудности. Манипуляции выполняли в положении больной на спине с запрокинутой кзади и повернутой вправо головой. Учитывая большие размеры зоба, проведена цервикотомия от сосцевидного отростка слева вдоль кивательной мышцы с переходом на переднюю поверхность шеи с мобилизацией кожно-подкожного лоскута и двусторонним пересечением претрахеальных мышц. Предварительно выделена кивательная мышца слева от грудины до верхнего угла разреза, длина которого составила 20 см.

Щитовидная железа была представлена конгломератным зобом без возможности дифференцировки ее отделов, трахея и пищевод смещены вправо на протяжении 10 см до уровня дуги аорты. Опухолевый конгломерат распространялся за грудину не менее чем на 8 см, признаков инвазии не выявлено, регионарные лимфатические узлы не увеличены. После ревизии железы приступили к мобилизации ее связочного аппарата. При мобилизации нижних полюсов рассекли связочный аппарат и выделили нижние щитовидные артерии и вены. Стволы нижних щитовидных артерий не пересекали, перевязывая веточки, идущие от них к зобу, чтобы сохранить кровоснабжение паращитовидных желез. Нижний край конгломерата удалось мобилизовать и вывихнуть без стернотомии. Верхние щитовидные артерии и вены перевязаны и пересечены на поверхности капсулы органа. Дальнейшую мобилизацию железы

проводили с боковых поверхностей долей, разделяя элементы связки Бэрри с визуализацией возвратных гортанных нервов. Зоб удален одним блоком, остатки фасций подшиты к трахее над возвратными гортанными нервами, средостение дренировано двумя трубками для активной аспирации, выведенными через дополнительные проколы. Препарат: щитовидная железа в виде бугристого конгломерата узлов светло-коричневого цвета 18×15×13 см с кальцинатами (рис., б). Гистологически: полиморфнопластический зоб с очагами склероза и обызвествления.

В послеоперационном периоде осуществлялись антикоагулянтная, антиаритмическая, гипотензивная и обезболивающая терапия, ингаляции. Заместительное лечение L-тироксином начато на 5-й день в дозировке 50 мкг в сутки с последующим увеличением до 100 мкг в сутки. Проводили контроль уровня кальция крови, за время наблюдения его снижения не зафиксировано. Перманентная форма фибрилляции предсердий сохранялась, но перешла в более стабильную нормосистолическую форму.

Течение послеоперационного периода гладкое. Улавливающие дренажи и швы удалены на 7-е сутки. Выписана в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки под наблюдение эндокринолога.

Осмотрена через 5 месяцев после операции (рис., в). Жалоб не предъявляет, дыхание свободное, одышки в горизонтальном положении нет, глотание не затруднено. Принимает L-тироксин по 100 мкг в сутки. Контрольная сонография: ткань щитовидной железы не визуализируется, гортань смещена вправо на 1 см. Осмотр ЛОР-врача: гортань подвижна, пареза нет.

Приведенный клинический случай демонстрирует возможность радикального хирургического лечения гигантского шейно-загрудинного зоба без стернотомии с восстановлением функций органов, которые были вовлечены в патологический процесс. Мобилизация щитовидной железы в подобной ситуации должна проводиться с отдельной перевязкой ветвей нижних и верхних щитовидных сосудов, визуализацией и выделением паращитовидных желез, возвратного и, при необходимости, верхнего гортанного нервов. Преклонный возраст больных и сопутствующая патология не являются противопоказаниями к операции.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Литература / References

1. Пиксин И.Н., Любичкий А.В., Давыдкин В.И., Вилков А.В., Голубев А.Г., Кечайкин А.Н. Компрессионный синдром при заболеваниях щитовидной железы и способы его коррекции. *Медицинский альманах*. 2014;3:143–5. [Piksin IN, Lyubitskiy AV, Davydkin VI, Vilkov VA, Golubev AG, Kechaykin AN. Compression syndrome in diseases of the thyroid gland and methods for its correction. *Medical Almanac*. 2014;3:143–5 (In Russ).]
2. Михайличенко В.Ю., Каракурсаков Н.Э., Шестопапов Д.В., Старых А.А. Случай шейно-загрудинного зоба с компрессией верхней полой вены. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016;1(3):352–4. [Mikhaylichenko VY, Karakursakov NY, Shestopalov DV, Staryh AA. The case of cervico-retrosternal goiter with compression of the superior vena cava. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2016;1(3):352–4 (In Russ).]
3. Алексанян А.А. Особенности оперативного вмешательства у больных с заболеваниями загрудинно расположенной щитовидной железы. *Московский хирургический журнал*. 2016;3:53–5. [Aleksanyan AA. Features of surgical intervention in patients with diseases of the retrosternal thyroid gland. *Moscow Surgical Journal*. 2016;3:53–5 (In Russ).]
4. Пиксин И.Н., Давыдкин В.И., Вилков А.В., Голубев А.Г., Пryanиков И.Р. Стратификация тяжести компрессионного синдрома у больных зобом. *Вестник новых медицинских технологий [Электронное издание]*. 2017;3:2–17. [Piksin IN, Davydkin VI, Vilkov VA, Golubev AG, Pryanikov IR. Stratification of the severity of compression syndrome in patients with goiter. *Journal of New Medical Technologies*. 2017;3:2–17 (In Russ).] URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2017-3/2-17.pdf> (Accessed Jan 19, 2020).