

УДК 616.441-006.5-089

**СЛУЧАЙ ШЕЙНО-ЗАГРУДИННОГО ЗОБА С КОМПРЕССИЕЙ
ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ****Михайличенко В.Ю., Каракурсаков Н.Э., Шестопапов Д.В., Старых А.А.**

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского» Министерства образования и науки РФ, Симферополь,
e-mail: pancreas1978@mail.ru*

В статье описывается случай шейно-загрудинного зоба, который развивался у больной в течении 10 лет неадекватного лечения. Клиническая картина которого была принята за манифестацию бронхиальной астмы в результате прогрессирования дыхательной недостаточности. Через шейный доступ по Кохеру, больной выполнено радикальная тиреоидэктомия, с декомпрессией средостения и органов шеи, с сохранением функции нервов. Случай диктует необходимость внимания пульмонологов и эндокринологов на дифференциальную диагностику заболевания щитовидной железы с клиническими масками с которыми они могут протекать.

Ключевые слова: шейно-загрудинный зоб, компрессия верхней полой вены

**THE CASE OF CERVICAL-RETROSTERNAL GOITER WITH COMPRESSION
OF SUPERIOR VENA CAVA****Mykhaykichenko V.Y., Karakursakov N.E., Shestopalov D.V., Starih A.A.**

*Medical Academy named after S.I. Georgievskiy of Crimean Federal University named after
V.I. Vernadsky Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Simferopol,
e-mail: pancreas1978@mail.ru*

The article describes a case of cervical-retrosternal goiter that developed in a patient over 10 years of inadequate treatment. The clinical picture was taken as a manifestation of asthma due to progression of respiratory failure. Through neck access, Kocher, the patient underwent radical thyroidectomy, with decompression of the mediastinum and neck with preservation of nerve function. The case calls for the attention of pulmonologist and endocrinologist in the differential diagnosis of thyroid disease with clinical masks with which they may occur.

Keywords: cervical-retrosternal goiter, compression of the superior vena cava

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в современной тиреологии, остается ряд спорных вопросов, касающихся диагностики, объема оперативного лечения требующих коррекции. В настоящее время вопросу оперативного лечения зоба типичной локализации посвящены многочисленные публикации различных авторов. Несмотря на это проблемы, связанные с шейно-загрудинным зобом, освещены в литературе значительно меньше. При наличии шейно-загрудинного зоба возникает проблема дифференциальной диагностики с другими внутригрудными образованиями. Немаловажное значение для верификации имеют конституциональные особенности телосложения пациентов. В связи с этим, становится актуальной изучение топографо-анатомических особенностей по результатам специальных исследований и линейных измерений [1].

Оценить результаты хирургического лечения больных тиреоидной патологией, проведенного в срочном порядке по причине сдавления опухолью трахеи, пищевода, крупных сосудов, гнойного воспаления щитовидной железы или ранних послеоперационных осложнений с целью предупреждения или ликвидации витальных

осложнений (асфиксия, медиастинит). Современное хирургическое лечение больных узловыми новообразованиями ЩЖ, точное знание хирургической анатомии шеи, визуальный контроль возвратного нерва, укрытие нервов и уменьшение объема ложа щитовидной железы частью париетального листка четвертой фасции шеи при каждой тиреоидной операции значительно снизили опасность асфиксии и возникновения угрожающих жизни осложнений раннего послеоперационного периода. При анализе 23 777 оперированных больных Романчишным А.Ф. и соавт. продемонстрировано, что частота неожиданных и прогнозирувавшихся односторонних параличей мышц гортани соответствовала 1,0%, двусторонних – 0,38% [2].

При обследовании 25 больных с шейно-загрудинными узловыми образованиями щитовидной железы, Овчинниковым В.А. и соавт., выполнены дуплексное сканирование и мультиспиральная компьютерная томография сонных артерий и внутренних яремных вен. Клиническое применение указанных методов позволило четко визуализировать ту часть узлообразования, которая находилась за грудиной и оказывала экстравазальное воздействие на сосуды. Это воздействие на стен-

ку сонных артерий у 22 пациентов вызвало отклонение хода сосуда от его анатомической траектории, смещение и деформацию. У двух пациентов общая сонная артерия за грудиной оказалась сдавленной и суженой. Сдавление внутренней яремной вены привело к нарушению ее сосудистой геометрии, сужению и деформации. Все 25 больных были оперированы, часть из них с тяжелыми проявлениями компрессионного синдрома в срочном порядке. Операция выполнялась в объеме тиреоидэктомии. С устранением компрессии у 12 пациентов сонные артерии приобрели прямолинейный ход, удалось ликвидировать сужение артерий и яремных вен [3]. Оперативные вмешательства на щитовидной железе позволили устранить эти изменения, которые следует расценивать как осложнение зобной болезни [4].

Нами представляется вниманию читателей клинический случай больной 54 лет, которая находилась на лечении в клинике кафедры общей хирургии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского. Из анамнеза: больная постоянно лечилась у эндокринолога по поводу узлового зоба на протяжении 10 лет, получала йодомарин. В дальнейшем при нарастании одышке ей был выставлен диагноз хроническое обструктивное заболевание легких. Больная получала беродуал, регулярно лечилась амбулаторно у пульмонолога. За 5 суток до поступления в хирургическую клинику была доставлена в пульмонологическое отделение по линии скорой медицинской помощи из дома с приступом удушья и диагнозом – манифестация бронхиальной астмы. При дальнейшем обследовании было обнаружено образование средостения и щитовидной железы, для наложения

трахеостомы был вызван на консультацию ЛОР-врач и хирург-эндокринолог нашей клиники, после осмотра больной, она была переведена в хирургическую клинику для радикального оперативного лечения.

При общем осмотре отмечается выраженная одышка, с шумным дыханием, постоянным непродуктивным кашлем. Лицо, шея и верхняя часть тела синюшной окраски. На лице, шеи, верхних конечностях, грудной клетки контурируются варикозно расширенные венозные сети, значительно увеличивающиеся в размерах при кашле (рис. 1). Голос осиплый, звонкие звуки произносятся с трудом. Глотание сопровождается поперхиванием, твердая пища не проходит. При пальпации имеется значительное увеличение щитовидной железы, девиация трахеи влево, при глотании нижние полюса щитовидной железы не пальпируются.

Обзорная рентгенография грудной клетки (рис. 2) – заболевание средостения.

При КТ органов грудной клетки (рис. 3): щитовидная железа увеличена, структура ее неоднородна за счет разнокалиберных участков обызвествления. Правая доля распространяется в заднее и среднее средостение справа, левая – в переднее и среднее средостение слева. Имеется компрессия сосудов средостения. В толще кожи и подкожной клетчатки в передневерхних отделах грудной клетки – множественные плотные узелковые и овальные образования размерами 2-16 мм (которые явились при физикальном осмотре варикозно расширенными венами). Консультация ЛОР-врача – стеноз гортани 1 ст., сужение просвета трахеи на уровне 2-3 кольца до 0,5-0,6 см. Гормональный фон – эутиреоз.



Рис. 1



Рис. 2

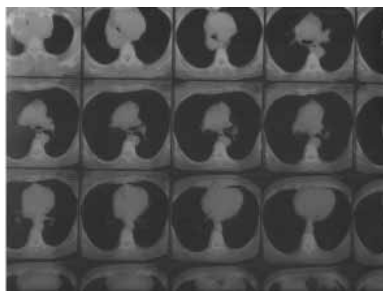


Рис. 3

Больной под общим обезболиванием и эндоскопической интубации трахеи выполнена радикальная тиреоидэктомия через стандартный шейный доступ без стернотомии. Срочное гистологическое исследование – макрофолликулярный коллоидный зоб. В раннем послеоперационном периоде явления компрессии верхней полой вены исчезли, больная с первых суток без ингаляторов, которые принимала длительный период, голос восстановлен полностью, дыхание свободное.

Клинический случай демонстрирует не корректное лечение эндокринологов и пульмонологов, а также возможность выполнить радикальное хирургическое лечение шейно-загрудинного гигантского зоба без стернотомии с восстановлением всех функций

организма, которые были вовлечены в патологический процесс.

Список литературы

1. Иванова М.М. Особенности анатомии верхних отделов средостения у больных шейно-загрудинным зобом / М.М. Иванова, В.Н. Николаев, А.В. Тобохов // Экология и здоровье человека на Севере. – 2013. – С. 288-293.
2. Романчишен А.Ф. Предупреждение и лечение неотложных состояний при заболеваниях щитовидной железы / А.Ф. Романчишен, А.А. Богатиков, И.Ю. Ким // Эндокринная хирургия. – 2014. – № 4. – С.43-52.
3. Современные методы диагностики и срочные оперативные вмешательства при компрессии магистральных сосудов загрудинными узловыми образованиями щитовидной железы / В.А. Овчинников, Е.А. Овчинников, А.В. Меньков и др. // МедиАль. – 2015. – № 2. – С. 36-39.
4. Узловые образования щитовидной железы как причина экстравазальных изменений магистральных сосудов шеи / В.А. Овчинников, А.В. Меньков, А.А. Стрельцов и др. // Медицинский альманах. – 2015. – № 1. – С. 130-134.