

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПРАВСТОРОННИЙ УЗЛОВОЙ ЗУТИРЕОИДНЫЙ ЗОБ С РЕТРОТРАХЕАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ

CLINICAL CASE: RIGHT-SIDED NODULAR NON-TOXIC GOITER WITH A RETROTRACHEAL LOCATION

A. Shegolev
A. Larin
A. Slobodyanik
E. Svetlov
R. Shafgullin
V. Ulianova

Summary. The article describes a clinical case of a right-sided nodular euthyroid goiter with a retrotracheal location of the nodular formation. Despite the pronounced compression and displacement of the trachea, the patient did not complain, the nodular formation was detected during pregnancy planning.

Keywords: thyroid surgery, fine-needle aspiration biopsy of the thyroid gland, FNA of the thyroid gland, Bethesda classification, goiter, nodular goiter, thyroidectomy, hemithyroidectomy, tracheal compression.

Щеголев Александр Александрович

Доктор медицинских наук, профессор, ФГАОУ ВО
РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
ashegolev57@mail.ru

Ларин Александр Александрович

Кандидат медицинских наук, доцент, ФГАОУ ВО
РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России;
Руководитель группы эндокринной хирургии ГБУЗ КБ
№ 85 ФМБА России
alexandr_larin@mail.ru

Слободяник Андрей Сергеевич

Соискатель, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России;
Врач-хирург хирургического отделения центра
эндокринной хирургии ГКБ им. Ф.И. Иноземцева
doc.slobodyanik@gmail.com

Светлов Евгений Викторович

Врач-хирург хирургического отделения центра
эндокринной хирургии ГКБ им. Ф.И. Иноземцева
ron_63@mail.ru

Шафигуллин Ринат Равильевич

Врач-хирург хирургического отделения центра
эндокринной хирургии ГКБ им. Ф.И. Иноземцева
Dr.Rinat85@mail.ru

Ульянова Варвара Александровна

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава
России
uley95@gmail.com

Аннотация. В статье описан клинический случай правостороннего узлового зутиреоидного зоба с ретротрахеальным расположением узлового образования. Несмотря на выраженную компрессию и смещение трахеи, пациентка никаких жалоб не предъявляла, узловое образование было выявлено при планировании беременности.

Ключевые слова: хирургия щитовидной железы, пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы, ПТАБ щитовидной железы, классификация Bethesda, зоб, узловой зоб, тиреоидэктомия, гемитиреоидэктомия, компрессия трахеи.

Введение

В настоящее время, узловой зоб занимает второе место по распространенности среди всей эндокринной патологии, уступая только сахарному диабету и первое место среди заболеваний эндокринных органов, требующих хирургического лечения.

Пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия (ПТАБ) на сегодняшний день является “золотым стандартом” морфологической верификации узловых образований щитовидной железы. Результаты ПТАБ при узловом зобе являются решающим фактором, определяющим как лечебную тактику в целом, так и объем хирургического вмешательства [1,2,3,4,5,6].

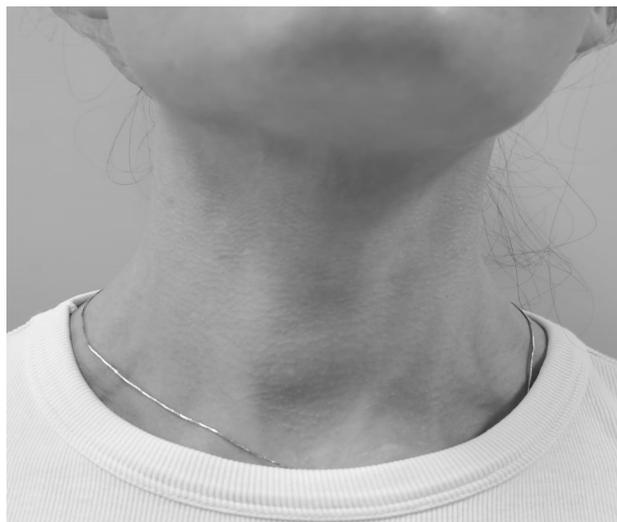


Рис. 1. Пациентка М. внешний вид передней поверхности шеи.

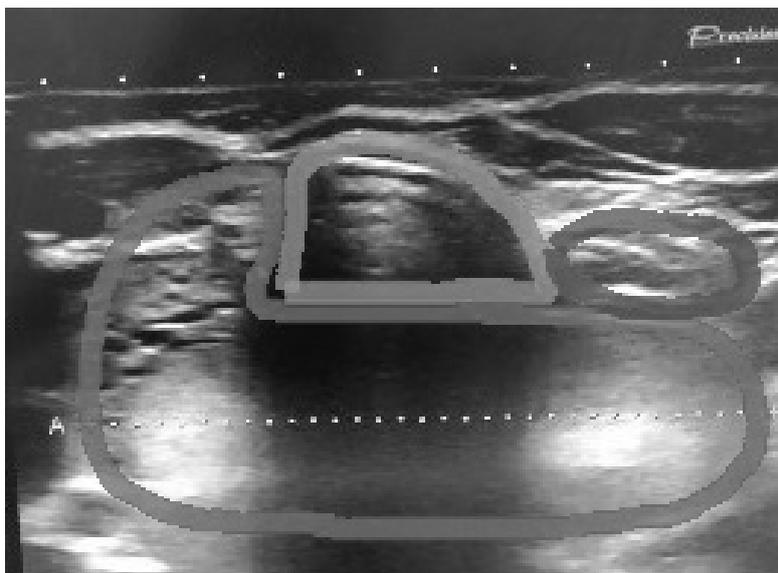


Рис. 2. Пациентка М. УЗИ щитовидной железы (красным цветом указана правая доля ЩЖ с узловым образованием, зеленым — трахея, синим — пищевод)

На сегодняшний день показания к хирургическому лечению узлового зоба строго ограничены. Наиболее частая тактика — динамическое наблюдение. Согласно клиническим рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов [7] показаниями для хирургического лечения являются:

- ◆ функциональная автономия с манифестным или субклиническим тиреотоксикозом при невозможности лечения радиоактивным йодом.
- ◆ Цитологическая категория Bethesda IV, V и VI.
- ◆ синдром компрессии трахеи, установленный на основании КТ.

- ◆ косметический дефект, снижающий качество жизни.

Тем не менее в клинической практике встречаются пациенты, у которых, несмотря на выраженную компрессию органов шеи и средостения, отсутствуют какие-либо жалобы и явления дискомфорта.

Клинический случай:

Больная М. 26 лет, в марте 2020г проходила обследование в поликлинике №121 г. Москвы по поводу

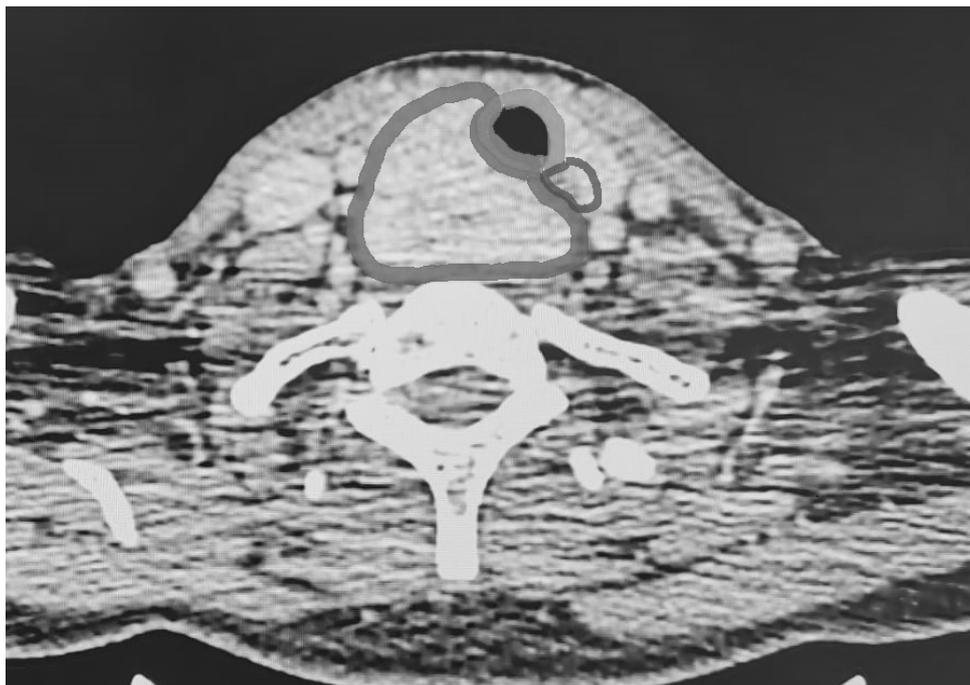


Рис. 3. МСКТ органов шеи (горизонтальный срез), красным цветом указан узел правой доли, синим — пищевод, зеленым — трахея



Рис. 4. МСКТ органов шеи (фронтальный срез), красным цветом указан узел правой доли, зеленым — гортань и трахея



Рис. 5. Послеоперационный материал

планирования беременности. При плановом УЗИ шеи выявлено узловое образование в правой доле щитовидной железы. Для определения дальнейшей тактики лечения направлена в Центр эндокринной хирургии ГКБ им. Ф.И. Иноземцева.

Из анамнеза: щитовидную железу ранее не обследовала, у эндокринолога не наблюдалась. Семейный анамнез не отягощен.

Локальный статус: передняя поверхность шеи не изменена, в правой доле щитовидной железы узловое образование убедительно не пальпируется (рисунок 1).

Гормональный статус: ТТГ — 2,25 мМЕ/л (0,4–4,0), кальцитонин — 1,0 пг/мл (<2).

УЗИ щитовидной железы: щитовидная железа расположена типично, размерами: правая доля — 93x33x28 мм (V – 41 мл), левая доля — 45x16x14 мм (V – 4,8 мл), перешеек 2,5 мм. Объем железы 45,8 мл. Контуры четкие, ровные. Структура паренхимы средней эхогенности, диффузно-неоднородная, в правой доле с сетью расширенных венозных сосудов. В правой доле лоцируется изоэхогенное образование, частично прикрытое трахеей, овальной формы, неоднородной структуры, с зонами сниженной эхогенности и единичными кистозными включениями диаметром 6 мм, с четким halo-ободком, видимая часть размерами 63x27x34 мм, при ЦДК с пери- и интранодулярным кровотоком (степень TIRADS установить не представляется возможным, в связи с частичной визуализацией узла). При ЦДК в правой доле отмечается выраженное

усиление сосудистого рисунка, в левой доле сосудистый рисунок не изменен. Периферические лимфоузлы не визуализируются (рисунок 2).

Выполнена пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия узла правой доли щитовидной железы. Результат ПТАБ: цитограмма коллоидного зоба (Bethesda II).

МСКТ органов шеи: определяется объемное образование правой доли щитовидной железы размерами 29x42x50 мм со смещением гортани, трахеи и пищевода влево от срединной линии (рисунок 3, 4).

На основании проведенного обследования принято решение, что оптимальной тактикой в отношении пациентки, несмотря на отсутствие жалоб, проведение хирургического лечения в объеме правосторонней гемитиреоидэктомии.

Противопоказаний для хирургического лечения не выявлено.

В плановом порядке 21.10.2020 г. пациентка оперирована в объеме правосторонней гемитиреоидэктомии. Длительность операции составила 65 минут.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз. Несмотря на выраженное смещение трахеи, во время интубации сложностей не возникло.

Выполнен доступ по Кохеру с рассечением подкожной жировой клетчатки, подкожной мышцы шеи. Грудн-

ноподъязычная и грудинощитовидная мышцы справа выделены и отведены латерально, обнажена правая доля щитовидной железы.

При ревизии: правая доля размерами 4x4x7 см содержит узловое образование до 60 мм в диаметре, распространяющееся за трахею. Пре и паратрахеальные лимфоузлы не увеличены.

Ход операции: с техническими трудностями, обусловленными диффузной повышенной кровоточивостью тканей, ретротрахеальным расположением узлового образования, тупым и острым путем выделена правая доля щитовидной железы. Верхняя и нижняя щитовидные артерии выделены, перевязаны. Выполнена правосторонняя гемитиреоидэктомия. При экспозиции ложа правой доли щитовидной железы в трахеопищеводной борозде визуализируется возвратный гортанный нерв, целостность его не нарушена. При использовании постоянного нейромониторинга, потеря сигнала (loss of signal) не наблюдалась. Гемостаз — сухо. В ложе правой доли щитовидной железы установлен латексный выпускник. Рана послойно ушита отдельными узловыми швами. Косметический шов на кожу (рисунк 5).

Макропрепарат: правая доля щитовидной железы с узловым образованием размерами: 10x5x4 см, буровато-коричневая, эластичная. На разрезе: коричневая, практически вся доля представлена узловым образованием с четкими границами, желтоватого цвета.

В раннем послеоперационном периоде у пациентки отмечалась осиплость голоса. При проведении непрямой ларингоскопии выявлено, что голосовая щель широкая (7–8 мм) на вдохе отведение левой голосовой складки не ограничено, правая голосовая складка остается неподвижно в околосрединном положении. Заключение: парез отведения голосовой складки справа.

26.10.2020 г. в удовлетворительном состоянии пациентка выписана из стационара с рекомендациями: лечение у фониатора, гормонально-заместительная терапия левотироксидом натрия 50 мкг в сутки под наблюдением эндокринолога.

Результат планового гистологического исследования: фолликулярная аденома микро-нормофолликулярного строения на фоне хронического лимфоцитарного тиреоидита.

При динамическом наблюдении за пациенткой в отдаленном послеоперационном периоде при непрямой ларингоскопии через 8 месяцев после операции: голосовая щель широкая (11–12 мм), ограничение движения голосовых складок не выявлено. По результатам УЗИ щитовидной железы: трахея расположена по срединной линии, правая доля оперативно удалена, левая доля расположена обычно, узловые образования достоверно не лоцируются. Гормональный статус: медикаментозный эутиреоз на фоне приема Левотироксина натрия 50 мкг в сутки.

Обсуждение

Как было указано выше, показаниями к хирургическому лечению у больных с узловым зобом являются: функциональная автономия с манифестным или субклиническим тиреотоксикозом при невозможности лечения радиоактивным йодом, цитологическая категория Bethesda IV, V и VI, синдром компрессии трахеи, установленный на основании КТ, косметический дефект, снижающий качество жизни. Однако отсутствие жалоб, клинических проявлений, доброкачественного цитологического результата и косметического дефекта, показаниями к хирургическому лечению в нашем клиническом наблюдении явились выраженная компрессия, смещение пищевода и трахеи, выявленное случайным образом при планировании беременности.

Несмотря на сохранение целостности возвратного гортанного нерва во время операции, в раннем послеоперационном периоде имел место парез гортани. По всей видимости послеоперационное осложнение связано с чрезмерной тракцией узлового образования во время операции. При динамическом наблюдении спустя 8 месяцев после операции парез гортани регрессировал. Таким образом можно сделать вывод, что транзиторный парез гортани возможен в раннем послеоперационном периоде, независимо от сохранения целостности возвратного гортанного нерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеева Л.А. Диагностическая тактика при узловых образованиях щитовидной железы. Казанский медицинский журнал 2012; 93 (1):103–107.
2. Соколова Е.И., Сергеева Е.Д., Александров Ю.К. Формирование показаний для тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии при субсантиметровых узлах щитовидной железы. Хирургия. Онкология 2013; 2 (67):88–90.
3. Щеголев А.А., Ларин А.А. Неотложная резекция щитовидной железы у 80-летней пациентки с загрудным зобом и компрессионным синдромом. Клиническая геронтология 2010; 7–8: 37–41.
4. Щеголев А.А., Ларин А.А. Малоинвазивная хирургия щитовидной железы. Лечебное дело 2008; 2:49–51.

5. Tanaka A., Hirokawa M. Optimal needle size for thyroid fine needle aspiration cytology. *Endocrine journal* 2019; 66 (2):143–147.
6. Щеголев А.А., Ларин А.А. Пункционная тонкоигольная аспирационная биопсия узлов щитовидной железы: сравнительная оценка цитологического и гистологического заключений. *Лечебное дело* 2021; 3:120–124.
7. Бельцевич Д.Г. Клинические рекомендации диагностика и лечение (много) узлового зоба у взрослых и детей. Общественная организация “Российская ассоциация эндокринологов”. Доступно по: https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/proekt_uzlovoi_zob.pdf

© Щеголев Александр Александрович (ashegolev57@mail.ru), Ларин Александр Александрович (alexandr_larin@mail.ru), Слободяник Андрей Сергеевич (doc.slobodyanik@gmail.com), Светлов Евгений Викторович (ron_63@mail.ru), Шафигуллин Ринат Равильевич (Dr.Rinat85@mail.ru), Ульянова Варвара Александровна (uley95@gmail.com).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова