

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗОБА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ НА ФОНЕ СИНДРОМА ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

### SURGICAL TREATMENT OF A STATE OF LARGE SIZE ON THE BACKGROUND OF ACUTE RESPIRATORY FAILURE SYNDROME

**A. Vilkov  
A. Golubev  
V. Davydkin  
I. Velmiskina  
A. Pigachev  
E. Kimyaev  
I. Pryanikov**

*Summary.* Acute Respiratory Failure Syndrome is a medical emergency that can complicate any disease and is characterized by widespread prevalence and high mortality rates worldwide. In clinical practice, there are patients with acute respiratory failure caused by thyroid-associated compression syndrome. The article presents a clinical observation of successful surgical treatment of large diffuse-nodular goiter in the setting of Acute Respiratory Failure Syndrome.

*Keywords:* acute respiratory failure syndrome, large goiter, surgical treatment.

**Вилков Александр Владимирович**

К.м.н., доцент, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет  
им. Н. П. Огарёва  
vilkov\_a\_v@mail.ru

**Голубев Александр Григорьевич**

К.м.н., доцент, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет  
им. Н. П. Огарёва

**Давыдкин Василий Иванович**

К.м.н., доцент, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет  
им. Н. П. Огарёва

**Вельмискина Ирина Васильевна**

К.м.н., доцент, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет  
им. Н. П. Огарёва

**Пигачев Андрей Вениаминович**

К.м.н., доцент, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет  
им. Н. П. Огарёва

**Кимяев Евгений Викторович**

Ассистент, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет  
им. Н. П. Огарёва

**Пряников Ильдар Ринатович**

Аспирант, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет  
им. Н. П. Огарёва

*Аннотация.* Синдром острой дыхательной недостаточности (ОДН) — это неотложное состояние, которое может осложнять любое заболевание и характеризуется широкой распространенностью и высоким уровнем летальности во всем мире. В клинической практике появляются пациенты с острой дыхательной недостаточностью, вызванной тиреоид-ассоциированным компрессионным синдромом. В работе приведено клиническое наблюдение успешного хирургического лечения диффузно-узлового зоба больших размеров на фоне синдрома ОДН.

*Ключевые слова:* синдром острой дыхательной недостаточности, зоб больших размеров, хирургическое лечение.

## Актуальность

**С**индром острой дыхательной недостаточности (ОДН) — это неотложное состояние, которое может осложнять любое заболевание и характеризуется широкой распространенностью и высоким уровнем летальности во всем мире [2].

Поскольку в отечественной литературе существует дефицит совокупных данных по эпидемиологии ОДН [1], сведения, полученные за рубежом, в целом свидетельствуют об увеличении распространенности этого синдрома [3].

На территории США за 9 лет численность пациентов, госпитализированных с диагнозом ОДН, возросла почти вдвое [2].

Полиэтиологический характер и высокая распространенность синдрома ОДН оставляют его на одном из первых мест в глобальной структуре смертности [4]. В клинической практике появляются пациенты с острой дыхательной недостаточностью, вызванной тиреоид-ассоциированным компрессионным синдромом. Учитывая широкую распространенность синдрома и высокий уровень летальности пациентов с ОДН, большое значение имеет умение врача своевременно выявить нарушения функции дыхания, провести надлежащую неотложную коррекцию дыхательных расстройств и тем самым предупредить развитие смертельного исхода [2].

## Цель исследования

Продемонстрировать клиническое наблюдение успешного хирургического лечения диффузно-узловатого зоба больших размеров на фоне синдрома ОДН.

## Клиническое наблюдение

Больная Л., 71 года, доставлена бригадой врачей СМП в дежурную больницу после звонка соседей о ее неадекватном поведении с диагнозом: Тромбоэмболия легочной артерии? Активных жалоб не предъявляет. Осмотру сопротивляется. На вопросы не отвечает. Подробный анамнез собрать не предоставляется возможным. Со слов родственников, у эндокринолога больная не наблюдалась, лечение не получала. Госпитализирована в отделение реанимации.

## При объективном осмотре

Общее состояние тяжелое. В сознании, возбуждена. Критика к собственному состоянию отсутствует. Сатурация  $O_2$  не определяется. Кожные покровы бледные

с акроцианозом, влажные. Телосложение правильное. Конституция нормостеническая. Положение лежа на каталке. Грудная клетка конической формы. Над легкими жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах, рассеянные сухие и влажные хрипы, с ЧД-28 в/мин. Область сердца не изменена. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС-100/мин. АД-130/80 мм рт. ст. Перкуторно границы сердца не смещены, не расширены. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Пальпаторно мягкий, безболезненный. Локально: щитовидная железа значительно увеличена (II степень по ВОЗ). Пальпаторно в обеих долях железы — множественные узловатые образования до 10,0 см, спаянные с окружающими тканями, безболезненные, плотно-эластической консистенции. Тремора, экзофтальма и глазных симптомов не выявлено.

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования:

*Общий анализ крови:* Лейкоциты- $8,1 \cdot 10^9$ /л; Hb-131 г/л; эритроциты- $4,7 \cdot 10^{12}$ /л. Ht-40%; Тромбоциты- $239 \cdot 10^9$ /л.; СОЭ-12 мм/ч.

*Общий анализ мочи:* уд. вес-1018, цвет-желт.; белок-0,169, эр.-5-8 в п.зр. Лейк.— 10-12 в п.зр.

*Биохимический анализ крови:* Билирубин-общий-10,72 ммоль/л, непрямой-10,72. АЛТ-41 Ед/л, АСТ-82 Ед/л,  $\alpha$ -амилаза-53 мг; мочевины-9,5 ммоль/л, креатинин-0,100 моль/л, общий белок-74 г/л. сахар крови-7,0 ммоль/л

*Коагулограмма:* АЧТВ-23, МНО-1,25, ПТИ-86, Фибриноген-3500

*ЭКГ:* Ритм синусовый с ЧСС-100/мин. ЭОС не отклонена. Блокада правой ножки пучка Гиса.

*Рентгенограмма органов грудной клетки:* Правосторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония. Диффузный пневмосклероз.

*УЗИ ЩЖ:* щитовидная железа значительно увеличена в размерах за счет обеих долей и перешейка, правая доля  $90 \cdot 60 \cdot 92$  мм; левая- $110 \cdot 66 \cdot 100$  мм, контуры четкие, ровные, перешеек 3,5 см, структура неоднородная, нормэхогенная со множественными узловатыми образованиями до 4 см с кистозным компонентом и кальцинатами. Общий объем щитовидной железы — 583 мл<sup>3</sup>.

*Гормоны щитовидной железы:* свободный трийодтиронин-2,57, свободный тироксин-7,69, ТТГ-0,98, АТ к ТПО-0,98.



Рис.1. Макропрепарат удаленной щитовидной железы

*Исследование крови на онкомаркеры:* СА-125–84,23Ед/мл. СА-19.9–20,67 Ед/мл. СА 15,3–30,41 Ед/мл. Раково-эмбриональный антиген-0,81 нг/мл.

*КТ органов грудной полости:* КТ-признаки правосторонней полисегментарной нижнедолевой пневмонии, внутригрудной лимфаденопатии. Щитовидная железа увеличена в размерах за счет наличия многоузлового объемного образования с четкими бугристыми контурами (правая доля –86\*54\*92мм; левая –103\*66\*101мм), структура неоднородная с наличием микро- и макрокальцинатов. Узловое образование распространяется каудально в верхний этаж средостения до уровня дуги аорты, несколько деформируя ее контур. Образование выражено деформирует и суживает просвет трахеи до 9 мм и компрессирует прилежащие структуры мягких тканей шеи, общие сонные артерии и вены смещены кзади без убедительных признаков сужения их просвета.

*Пункция узловых образований ЩЖ:* Диффузно-узловой макрофолликулярный коллоидный зоб.

*Фибробронхоскопия:* Сужение и деформация верхней и средней третьей трахеи (сдавление извне)

*Осмотр невролога:* Дисциркуляторная (атеросклеротическая, гипоксическая) энцефалопатия III степени смешанного генеза.

*Осмотр эндокринолога:* Диффузно-узловой зоб II ст. Эутиреоидная форма.

*Осмотр хирурга:* Диффузно-узловой зоб II ст. с компрессионным синдромом. Эутиреоидная форма.

*Осмотр терапевта:* Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония тяжелое течение. ДН III.

#### Обсуждение

Учитывая тяжесть состояния, обусловленную явлениями нарастающей дыхательной недостаточности, возраст и результаты лабораторно-инструментальных методов обследований было принято решение о госпитализации пациентки в отделение реанимации, где проводилась антибактериальная терапия, антикоагулянтная терапия, гастропротективная, бронхолитическая и муколитическая терапия. Отмечается, что при инсуффляции увлажненного кислорода через назальный катетер, явления дыхательной недостаточности не купируются, о чем свидетельствуют низкие цифры сатурации O<sub>2</sub>. В связи с этим было принято решение об интубации трахеи. Оперативное вмешательство в объеме наложения временной трахеостомы произвести было невозможно в виду патологического разрастания тканей щитовидной железы, риска кровотечения и возможных гнойно-септических осложнений в раннем послеоперационном периоде. После стабилизации состояния неоднократно предпринимались попытки удаления интубационной трубки, что сопровождалось приступами удушья и риском развития асфиксии. Больной в последующем было предложено мультидисциплинарным консилиумом врачей оперативное лечение в объеме

тиреоидэктомии и наложении постоянной трахеостомы. Такой объем оперативного вмешательства был обусловлен прежде всего наличием узловых образований в обеих долях щитовидной железы и наличием сформировавшегося стеноза трахеи по типу «песочных» часов. Дополнительным отягощающим фактором послужило высокий класс сложности интубации трахеи (Mallampati III–IV) и умеренным анестезиолого-операционным риском (II–III степень по МНОАР), что было связано патологическим разрастанием тканей щитовидной железы загрудинно с деформацией и изменением контура трахеи. После адекватно проведенной предоперационной подготовки под общим обезболиванием было проведено хирургическое вмешательство в запланированном объеме: тиреоидэктомия, трахеостомия.

Послеоперационная гистология: Диффузно-узловой макрофолликулярный коллоидный зоб. В послеоперационном периоде больная продолжила получать антибактериальную, антикоагулянтную и обезболивающую терапию. Экстубирована на 5 –е сутки после оперативного вмешательства. Приступов удушья зафиксировано не было. Послеоперационная рана зажила первично. На момент выписки трахеостома функционирует. Больная выписана под амбулаторное наблюдение хирурга и эндокринолога по месту жительства. Планируется пла-

новое оперативное вмешательство в объеме закрытия трахеостомы через 6 месяцев.

## ВЫВОДЫ

1. Наличие сопутствующей патологии на фоне синдрома дыхательной недостаточности обуславливает взаимное отягощение течения обоих заболеваний, повышая риск развития осложнений.
2. Развитие острой дыхательной недостаточности, вызванной тиреоид-ассоциированным компрессионным синдромом является показанием к экстренной или срочной операции.
3. Определение выбора анестезиологического пособия, объема оперативного вмешательства и профилактики до-, интра-, после –операционных осложнений при развитии острой дыхательной недостаточности, вызванной тиреоид-ассоциированным компрессионным синдромом, меняет «привычный» ход действий врача в сторону более радикальных методов лечения, значительно снижающих качество жизни больных.
4. Принятие активных мер для предотвращения декомпенсации состояния больных, связанных с развитием тяжелой ДН на фоне тиреоид-ассоциированного компрессионного синдрома являются главными приоритетами в работе врача.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С. Н. Острая дыхательная недостаточность: основные подходы к диагностике и терапии // Практическая пульмонология. — 2005. — 4. — С. 25–29.
2. Биркун А. А. Острая дыхательная недостаточность // Медицина неотложных состояний № 7 (78)-с.102–108–2016 г.].
3. Stefan M.S., Shieh M. S., Pekow P. S., Rothberg M.B, Steingrub J. S., Lagu T., Lindenauer P.K. Epidemiology and outcomes of acute respiratory failure in the United States, 2001 to 2009: a national survey // J. Hosp. Med. — 2013. — 8(2). — P. 76–82.
4. World Health Organization — Media Centre [online resource]. Fact sheet No. 310. Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

© Вилков Александр Владимирович ( vilkov\_a\_v@mail.ru ), Голубев Александр Григорьевич, Давыдкин Василий Иванович,

Вельмискина Ирина Васильевна, Пигачев Андрей Вениаминович,

Кимяев Евгений Викторович, Пряников Ильдар Ринатович.

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»