

УДК 617.531

***УСПЕШНЫЙ СЛУЧАЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С
КРУПНЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА***

Стяжкина С.Н.

д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Леднева А.В.

к.м.н, ассистент кафедры факультетской хирургии хирургии

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Сафиуллин А.Н.

студент 4 курса лечебного факультета,

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Селимханов Э.Ш.

студент 4 курса лечебного факультета,

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Аннотация. Представлен анализ клинического случая успешного оперативного лечения пациента с крупным новообразованием щитовидной железы старческого возраста. Особенность данного клинического случая

заключается в том, что по данным анализов изменений относительно заболевания щитовидной железы не выявлено. Однако при проведении УЗИ и СКТ щитовидной железы, были выявлены признаки диффузно-узловой зоба (ДУЗ) крупные конгломератные узлы левой доли с увеличением объема, смещением органов шеи с включениями кальцинатов в толще и увеличенные лимфатические узлы.

Ключевые слова: щитовидная железа, диффузно-узловой зоб (ДУЗ), тиреотропный гормон, эутиреоз, клинический случай.

***A SUCCESSFUL CASE OF SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT
WITH A LARGE THYROID NEOPLASM OF SENILE AGE***

Styazhkina S.N.

*Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Ledneva A.V.

*Candidate of medical sciences, Assistant of the Department of Faculty Surgery
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Safiullin A.N.

*4th year student of the Faculty of Medicine,
Izhevsk State Medical Academy,
Izhevsk, Russia*

Selimkhanov E.S.

4th year student of the Faculty of Medicine,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Abstract. The analysis of the clinical case of a successful case of surgical treatment of a patient with a large thyroid neoplasm of senile age is presented. The peculiarity of this clinical case is that, according to the analysis data, there were no changes in relation to thyroid disease. However, during ultrasound and SCT of the thyroid gland, signs of diffuse nodular goiter (DUZ) were revealed: large conglomerate nodes of the left lobe with an increase in volume, displacement of the neck organs with inclusions of calcinates in the thickness and enlarged lymph nodes.

Key words: thyroid gland, diffuse nodular goiter (DUZ), thyroid-stimulating hormone, euthyroidism, clinical case.

Введение. Основным органом-мишенью при дефиците йода является щитовидная железа. Способствовать развитию патологии данного органа может курение, дефицит селена и железа [4].

Зоб диффузный эндемический, узловой коллоидный входят в категорию йоддефицитных заболеваний [2], которые в свою очередь подразделяются на токсические и нетоксические, связанные с гипертиреозом и снижением тиреотропного гормона (ТТГ) или с нормальным уровнем ТТГ соответственно[4]. Поэтому за состоянием щитовидной железы в качестве рутинного контроля производится за счет тиреоидных гормонов и ТТГ.

В процессе диагностики узлового заболевания щитовидной железы и выявлении одного узла или при множественных необходимо провести исследование на риск злокачественности, токсичности и определение местных симптомов компрессии [4]. Использование в клинической практике

лабораторных и инструментально-аппаратных методов исследования дает возможность качественно произвести оценку патологических проявлений в щитовидной железе и назначить соответствующее лечение. Для этого лабораторно определяются уровень ТТГ [4], тиреоидные гормоны в сыворотке крови, производится ультразвуковое исследование, компьютерная томография органов шеи, в частности щитовидной железы, тонкоигольная аспирационная биопсия. Для определения аутоиммунного фактора – определяются аутоантитела к тиреопероксидазе.

Редким патологическим случаем является тиреоидит де Кервена. Это гранулематозное заболевание щитовидной железы, который как правило протекает остро [6], возможно и подострое течение. Причины тиреоидита де Кервена до конца неизвестны, однако выделяют генетическую предрасположенность, заболеваемость выше у лиц с HLA-BW35 [1]. Характеризуется болезненной симптоматикой, повышением температуры тела, рецидивирующим течением [1], на гистологическом уровне происходит активное замещение нормальной ткани железы на гранулематозное.

В данной статье на примере клинического случая анализируется симптоматика, производится диагностическая оценка и определяется рекомендация по лечению нетоксичного диффузного и узлового зоба.

Цель: проанализировать клинический случай пациента с диффузно-узловым зобом щитовидной железы при нормальных и измененных показателях гормонов.

Задачи: изучить анамнез, лабораторно-инструментальные данные и лечение пациента с крупным новообразованием щитовидной железы старческого возраста.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента с крупным новообразованием щитовидной железы

старческого возраста на базе хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР».

Результаты исследования (клиническое наблюдение):

Пациент О. 88 лет, поступил стационар хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» города Ижевск в январе 2023 года с жалобами на объемное образование на шее, затрудненное глотание, дискомфорт при дыхании (рис.1). Из анамнеза болезни известно, что пациент считает себя больным с 2017 года, когда стал замечать объемное образование на шее, но за медицинской помощью не обращался. С течением времени образование увеличилось в размере, и пациент обратился за помощью в поликлинику по месту жительства, где было проведено обследование в ходе которого был выставлен предварительный диагноз: одноузловой зоб. Рак щитовидной железы, рекомендация оперативного лечения. Пациент получил направление на плановую госпитализацию в хирургическое отделение РКБ №1.

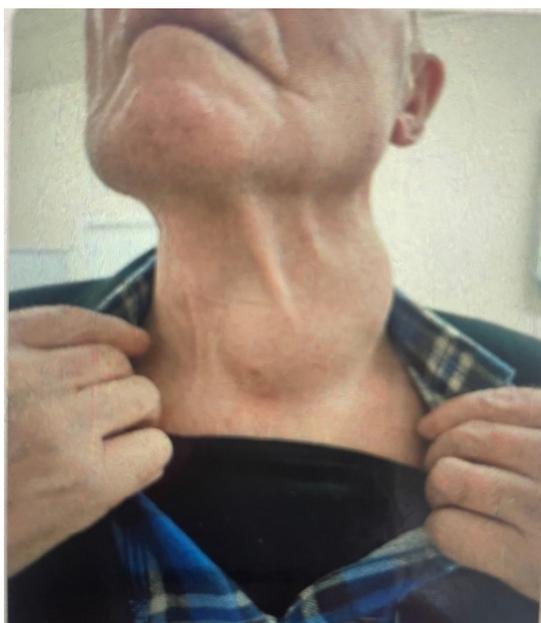


Рис.1. Состояние пациента с ДУЗ 2 ст. по Всемирной Организацией
Здравоохранения (ВОЗ), эутиреоз (перед операцией)

Общий осмотр: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, адекватен. Положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст., пульс - 82 уд/мин. Язык влажный с серым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Аппендикулярные симптомы отрицательные. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательный. Перистальтика выслушивается. Опухолевидных образований в брюшной полости не пальпируется. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Лимфатические узлы: б/о. Щитовидная железа: левая доля увеличена 13x9x8 см, слабо подвижная, кожные покровы не изменены.

Ректальное исследование: объемные образования не пальпируются. Кал на перчатке коричневого цвета.

Выполнены общеклинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, на которых было выявлено снижение гемоглобина, повышение СОЭ. 16.01.2023 г, уровень ТТГ составил 1,56 мкМЕ/мл, что соответствует референсному интервалу 0,4 – 4,0 мкМЕ/мл, 29.12.2022 г. уровень свободного тироксина составил 13,4 пмоль/л, что также находится в референсном интервале 10,2 – 23,2 пмоль/л. По данным анализов изменений относительно заболевания щитовидной железы не выявлено.

На сканирующей компьютерной томографии шеи было выявлено объемное солидное образование левой доли щитовидной железы, гетерогенной структуры с неровными контурами, размером 8,5x6,7x10 см, с включениями кальцинатов в толще, увеличенные лимфатические узлы.

При проведении ультразвукового исследования щитовидной железы и паращитовидных желез, были выявлены признаки диффузно-узловой зоба (ДУЗ) крупные конгломератные узлы левой доли с увеличением объема и смещением органов шеи. TR 2

По данным тонкоигольной пункционной биопсии щитовидной железы, которая является «золотым стандартом» морфологической диагностики на дооперационном этапе [5].

Результат цитологического заключения: единичные полуразрушенные клетки фолликулярного эпителия на фоне коллоида и элементов крови I категория по Bethesda.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Диффузно-узловой зоб 2 степени по ВОЗ. Компрессионный синдром. Эутиреоз.

Осложнения: отсутствуют

Сопутствующее заболевание: Артериальная гипертензия III стадии, 3 степени, ХСН 2А.

По МКБ: E04.1 Нетоксический одноузловой зоб

Проведено хирургическое лечение (24.01.2023.): под интубационным наркозом пациенту было проведено оперативное вмешательство по поводу гемитиреоидэктомии. Дугообразным разрезом на передней поверхности шеи была послойно обнажена щитовидная железа (рис. 2,3). В правой доле 5х3х2 см находился один узел эластической консистенции до 1 см в диаметре.



Рис. 2,3. Обнажение щитовидной железы и оценка визуально и пальпаторно (путем ощупывания) характера пораженной ткани.

Левая доля 13x9x8 см, всю долю занимал узел эластической консистенции. С окружающими тканями железа не сращена. После перевязки верхних и нижних щитовидных сосудов слева уделена левая доля щитовидной железы с перешейком. Контроль гемостаза - сухо. Ложе дренировало резиновым выпускником. Рана послойно ушита с наложением спиртовой асептической повязки. В ходе проведенной операции был взят с левой доли щитовидной железы с гигантским узлом серого цвета, биопсийный (операционный) материал на гистологическое исследование (рис. 4)

Заключение прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала (Протокол № 818): диффузно-узловой коллоидно паренхиматозный зоб с кистозной дегенерацией, с элементами гранулематозного зоба де Кервена.



Рис. 4. Щитовидная железа (послеоперационный материал)

В дневнике за наблюдением пациента отмечается, что с 24.01.2023 появились умеренные боли в области послеоперационной раны. Тошноты, рвоты не было. Температура тела нормальная. Голос звучный. С 25.01 характер болей сменился на ноющий. С 27.01.2023 по 30.01.2023 боли стали незначительными вплоть до полного их прекращения. Тошноты, рвоты нет. Стул, диурез сохранен. Голос сохранен. 30.01.2023 пациент выписан с рекомендациями.

Рекомендации при выписке:

- 1) Амбулаторное лечение у эндокринолога по м/о.
- 2) Обработка шва бриллиантовой зеленью ежедневной.
- 3) Снять послеоперационный шов 7.02.2023 г.



Рис. 5. Пациент после успешной операции (послеоперационный шов)

Заключение.

Важной задачей для современных специалистов является своевременное диагностирование пациентов с подозрением на диффузно-узловой зоб с дальнейшим правильным начатым лечением. Исключить риск развития онкологического заболевания у больных возможно при выполнении тонкоигольной аспирационной биопсии которая обязательно проводится под ультразвуковым контролем, но только когда диаметр узлового образования достигает одного сантиметра и более. Большое количество выявленных на ранних этапах узлов не требует никакого лечения, больные с данной патологией раз в полгода или год посещают врача-эндокринолога, сдают кровь на гормоны щитовидной железы и выполняют ультразвуковое исследование области шеи. Прибегать к хирургическому лечению рекомендуется при возникновении давления узлов на соседние ткани при котором у больных появляется дискомфорт при дыхании, проглатывании слюны, а также хрипота в голосе. Вследствие недостатка йода в потребляемой пище и воде, Удмуртская Республика признана эндемичным регионом по числу больных с заболеваниями щитовидной железы, в том числе диффузно-узловым зобом, которым страдают значительное количество молодых, работоспособных людей детородного

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

возраста. Подводя итоги выше сказанному хотелось бы отметить, что является важным применять в течение жизни профилактические меры (добавление в рацион питания продуктов с достаточным количеством насыщения йода и приём препаратов для дефицита этого элемента, борьба со психоэмоциональными нагрузками, отказ от приёма алкоголя и табачных изделий) по снижению риска возникновения заболевания щитовидной железы или же его рецидива [3, с. 512].

Библиографический список.

1. Клинические рекомендации. Острый и хронический тиреоидит (исключая аутоиммунный тиреоидит). Взрослые. 2020 Разработан Российской ассоциацией эндокринологов
2. Клинические рекомендации Российской Федерации на 2013-2017 годы (Россия). Узловой зоб у взрослых. Разработан Российской ассоциацией эндокринологов
3. Клиническая эндокринология: Руководство для врачей / Под ред. Н. Т. Старковой. – М.: Медицина, 1991. – 512 с.
4. Кнобель, М. Этиопатология, клинические особенности и лечение диффузного и многоузлового нетоксического зоба. // J Endocrinol Invest 39, 357-373 (2016). <https://doi.org/10.1007/s40618-015-0391-7>
5. Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Криволапов Д.С. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению заболеваний щитовидной железы // Военно-медицинский журнал. - 2018. - Т. 339. - № 1. - С. 37-46. doi: 10.17816/RMMJ72873
6. Терещенко И. В. Подострый тиреоидит де Кервена. Варианты лечения. Таврический медико-биологический вестник. 2021. Том 24. № 2. С. 156-161. DOI: 10.37279/2070-8092-2021-24-2-156-161

Оригинальность 84%