



УДК 616.44-002-03-08

КОМПРЕССИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СПОСОБЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ

И.Н. Пиксин, А.В. Любицкий, В.И. Давыдкин, А.В. Вилков, А.Г. Голубев, А.Н. Кечайкин,
ФБГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, г. Саранск

Любицкий Андрей Владимирович – e-mail: andbs1@yandex.ru

Проведен анализ хирургического лечения зоба, осложненного компрессионным синдромом. Из 548 прооперированных 422 (77%) больных имели компрессионный синдром (КС). Доброкачественный зоб был у 375 пациентов, у 38 – рак щитовидной железы и у 9 больных – аутоиммунный тиреоидит. Установлены основные проявления компрессионного синдрома при заболеваниях щитовидной железы, основные показания для хирургического лечения. Больные, как правило, у врачей не наблюдались, причиной обращения за медицинской помощью было наличие растущей опухоли на шее или развитие КС. Поэтому операции для предотвращения жизнеугрожающих осложнений выполнялись поздно. Для улучшения качества жизни пациентов требуется более ранняя верификация компрессионного синдрома и хирургическое вмешательство.

Ключевые слова: компрессионный синдром, патология щитовидной железы, хирургическое лечение.

Performed analysis of surgical treatment of goiter complicated compression syndrome. From 548 operated 422 (77%) patients with compression syndrome (CS). Benign goiter was in 375 patients, at 38 – Thyroid cancer and 9 patients with autoimmune thyroiditis. Determinate basic manifestation of compression syndrome in thyroid diseases, the main indications for surgical treatment. Usually, patients were not observed by doctors, the reason for seeking to medical help was the presence of a growing tumor on the neck or the development of compression syndrome. Therefore surgery for prevent life-threatening complications performed late. For improve life quality of patients requires earlier verification of compression syndrome and surgical treatment.

Key words: compression syndrome associated with goiter, thyroid disease, surgical treatment.

Пациенты с зобом могут долгое время не обращаться к врачу, так как часто, на начальных этапах, зоб протекает практически бессимптомно. По мере увеличения своих размеров щитовидная железа становится заметной и начинает давить на соседние органы (трахею, пищевод, кровеносные сосуды и нервы), что приводит к развитию механических симптомов зоба, а именно компрессионному синдрому (КС), который впоследствии значительно увеличивает риск развития осложнений основного заболевания, усложняет технику оперативного вмешательства и снижает качество жизни больных [1, 2, 3, 4].

КС может проявляться в виде дисфагии; сдавления трахеи, ассоциированного кашля и стридора, трахеомалации и асфиксии; синдрома верхней полой вены; синдрома Орнера; синдрома Бернара-Горнера; компрессии диафрагмального нерва; лёгочно-сердечной недостаточности; церебральной ишемии; синус-тромбоза; отёка мозга; хилоторакса; венозного тромбоза; портальной гипертензии; варикозного расширения вен пищевода и кровотечения из них; некоторых других расстройств [5, 6, 7, 8].

Цель исследования: провести анализ хирургического лечения зоба, осложненного компрессионным синдромом.

Материал и методы

Работа основана на анализе хирургического лечения 553 больных с зобом, находившихся на лечение в 1-ом хирургическом отделении ГБУЗ РМ РКБ № 4 г. Саранска в период с 2004 по 2012 год. Женщин было 534 (96,6%), мужчин – 19 (3,4%). Возраст исследуемых колебался от 26 до 76 лет, со средневозрастным числом 55,6 года. В числе исследуемых лиц, чья профессиональная деятельность связана/ была связана с умственным трудом, было 217 (39,3%) чел.; с физическим трудом – 336 (60,7%) чел. Трудоактивных пациентов было 314 (56,8%), пенсионеров – 239 (43,2%). Жителей города Саранска насчитывалось 137 человек (32,4%), жителей районов республики – 285 человек (67,6%). Отмечена более высокая заболеваемость зобом у жителей Темниковского, Zubovo-Полянского, Инсарского и Лямбирского районов. В Саранске наибольшее количество пациентов с зобом отмечено в Пролетарском (51%) и Октябрьском (29%) районах города.

Методами верификации КС послужили: клинический (жалобы, анамнез, данные физикального обследования), инструментальный (фибробронхоскопия, рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода, спирометрия), интраоперационный (девиация трахеи, циркулярное сдавление трахеи тканью щитовидной железы).

Результаты и их обсуждение

Признаки КС были отмечены у 422 (77%) больных, в то время как у 131 (23,7%) пациента поводом обращения в клинику было лишь наличие объемного опухолевидного образования на передней поверхности шеи, не приносящего дискомфорт. Доброкачественный зоб встретился у 506 (91,5%) пациентов; рак щитовидной железы – у 38 (6,9%); аутоиммунный тиреоидит – у 9 (1,6%). Узловой зоб отмечен у 155 (30,7%) больных, диффузный – у 30 (5,9%) и смешанный – у 321 (63,4%).

КС выявлен клинически у 422 пациентов; подтвержден инструментально у 53; интраоперационные признаки КС выявлены у 86 прооперированных.

Основные клинические проявления КС у пациентов приведены в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1.
Клиническая симптоматика компрессионного синдрома

Основные жалобы	Количество (чел. / %)
Чувство «кома в горле»	422 / 100
Дискомфорт при глотании	356 / 82,36
Удушье в положении лежа	51 / 12,08
Чувство сдавления шеи	16 / 3,79
Одышка в покое	7 / 1,65
Покашливание	5 / 1,18
Головная боль	4 / 0,94
Осиплость голоса	3 / 0,71
Боли при глотании любой пищи	1 / 0,23

ТАБЛИЦА 2.
Объём оперативного вмешательства на щитовидной железе

Оперативное вмешательство	Количество (чел. / %)
Субтотальная резекция щитовидной железы	278 / 65,87
Тиреоидэктомия	57 / 13,50
Удаление рецидивного зоба	59 / 13,98
Резекция одной доли	5 / 1,18
Резекция обеих долей	6 / 1,42
Гемитиреоидэктомия	17 / 4,05

Симптоматика, связанная с компрессией трахеи, как правило, носила прогрессирующий характер и нарастала совместно со степенью увеличения щитовидной железы. Наиболее раннее ее проявление было у пациентов с зобом, затрагивающим одну долю щитовидной железы, что, возможно, связано с девиацией трахеи, менее выраженной при увеличении обеих долей. Одышка при физической нагрузке и покашливание сменялись одышкой в покое и/или стридором, вплоть до перехода в тяжелую дыхательную недостаточность у некоторых пациентов. Стоит отметить, что одышка и чувство удушья в большинстве случаев возникали в положении лежа, т. е. были позиционными и практически полностью регрессировали в вертикальном положении больного. Дисфагия преимущественно проявлялась по типу дискомфорта при глотании и аэрофагии из-за непрерывного раздражения структур шеи тканью щитовидной железы, однако в 1 случае ее степень была критической, пациентка испытывала сильную боль при глотании любой пищи. Наиболее яркие и быстроразвивающиеся симптомы дисфагии отмечались у пациентов со злокачественными новообразованиями щитовидной железы. Цереброваскулярные симптомы КС проявились по типу головной боли, у 2 пациентов был положительным знак Пембертона (original «Pemberton's sign»), в обоих случаях зоб имел загрудинную локализацию. Еще одним редким проявлением КС явилось снижение наполнения пульса и величины артериального давления на левой руке относительно правой у одного пациента, зоб также был субстернальным. Синдром Орнера был вызван в двух случаях злокачественным новообразованием щитовидной железы и в одном – зобом загрудинной локализации.

Оперативные техники, используемые при лечении пациентов с зобом, осложненным КС, приведены в таблице 2.

Осложнение оперативного вмешательства возникло в 1 случае и проявилось в виде двухстороннего транзиторного пареза гортани, которое полностью разрешилось после курса проведенной терапии. Исходом лечения у остальных больных с зобом (421), осложненным КС, на момент завершения стационарного периода лечения явилось выздоровление и полное исчезновение симптомов компрессии. Количество койко-дней, проведенное пациентами в клинике, составило: минимально – 5; максимально – 28, со средним числом проведенных койко-дней – 9,5.

Клинический случай

Больная, 53 года, работает бухгалтером. Поступила с жалобами на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, боли при глотании любой пищи, удушье в положение лёжа и одышку в покое, чувство «кома в горле», головную боль, раздражительность, учащенное сердцебиение. Из анамнеза: первые симптомы появились около 3 лет назад, в последние 4 месяца стали стремительно нарастать. Гемитиреоидэктомия по поводу диффузно-узлового зоба (6 лет назад от момента текущей госпитализации). При осмотре: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Дыхание с умеренно-жестким оттенком, проводится по всем легочным полям, ЧДД = 26 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, патологических шумов не выслушивается, ЧСС = 105 в 1 минуту, АД на правой руке (двукратно) – 165/85 Hg (168/87 Hg), на левой (двукратно) 135/80 Hg (140/82 Hg), отмечается снижение наполнения пульса на левой руке относительно правой. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого – отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. Данные обследования: Щитовидная железа увеличена до IV степени по Николаеву 1955 г. (II по ВОЗ, 2001), неоднородная, бугристая, безболезненная при пальпации, размерами 10 x 8,5 см, частично спускается за грудину. Методами ЦДС и УЗДГ выявлено сдавление а. subclavia sinistra и исключена атеросклеротическая природа процесса. Фибробронхоскопия: сдавление верхней трети трахеи II степени. Рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода: сдавление пищевода в верхней трети в загрудинном сегменте. Выставлен диагноз: Рецидив диффузно-узлового зоба IV степени со сдавлением органов шеи. Эутиреоз.

Больной проведена операция – удаление рецидивного зоба. Интраоперационно: сильное смещение трахеи влево тканью щитовидной железы. Послеоперационный период без особенностей. Отмечен полный регресс симптомов компрессии после проведенного лечения. Результаты гистологического исследования: картина микро-, макрофолликулярной аденомы щитовидной железы с очагами

кровоизлияний. Больная выписана из стационара на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. Развитие компрессионного синдрома является основной причиной обращения больных за медицинской помощью и требует более ранней верификации с целью предотвращения жизнеугрожающих осложнений и улучшения качества жизни пациентов.

2. Наиболее типичными проявлениями компрессионного синдрома по данным нашего исследования являются сдавление трахеи с ассоциированным кашлем, стридором и позиционной одышкой вплоть до удушья в положении лежа, дисфагия.

3. С увеличением степени компрессии возрастает число атипичных проявлений компрессионного синдрома (одышка в покое, головная боль, осиплость голоса, боль при глотании пищи, разница артериального давления, пульса и др.).

4. Наличие компрессионного синдрома у пациента является абсолютным показанием к операции на щитовидной железе.

5. Субтотальная резекция щитовидной железы или тиреоидэктомия являются наиболее оправданными оперативными вмешательствами при лечении больных зобом, осложненным компрессионным синдромом.



ЛИТЕРАТУРА

1. Пиксин И.Н. Токсический зоб: клиника, диагностика, хирургическое лечение. Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2008. 116 с.
2. Píksin I.N. Toksicheskiy zob: klinika, diagnostika, hirurgicheskoe lechenie. Saransk: Izd-vo Mordov. Un-ta, 2008. 116 s.
3. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. С-Пб.: ИПК Вести, 2009. 648 с.
4. Romanchishen A.F. Hirurgiya shitovidnoy i okoloshitovidnyh jelez. S-Pb.: IPK Vesti, 2009. 648 s.
5. Anders Hans-Joachim Compression syndromes caused by substernal goiters. Postgrad Med. J. 1998. № 74. P. 327-329.
6. Michael T. Stang, Michael J. Armstrong, Jennifer B. Oglivie, Linwah Yip, Kelly L. McCoy, Christopher N. Faber, Sally E. Carty Positional Dyspnea and Tracheal Compressions Indications for Goiter Resection. Arch Surg. 2012. № 147 (7). P. 621-626.
7. Хирургическая эндокринология / под ред. А.П. Калинина. СПб.: Питер, 2004 960 с.
8. Hirurgicheskaya endocrinologiya / pod.red. A.P. Kalinina SPb.: Piter, 2004. 960 s.
9. Albinas Naudziunas, Genovaite Korsakiene¹, Palmira Kopustinskaitė. Gigantinis eutireotinis retrosterninis guzys, sukeles brachiocefaliniu, poraktikauliniu, jungo ir aksiliariniu venu kompresija, tromboze bei smegenu pabrinkima ir nekroze. revija MEDICINA. 2004. T. 40. № 1. P. 64-67.
10. Gittoes N. J. L., Miller M.R., Daykin J., Sheppard M.C., Franklyn J.A. Upper airways obstruction in 153 consecutive patients presenting with thyroid enlargemen. BMJ. 1996. № 312. P. 484-486.
11. Carmen Delgado, Manuel Martin, Fernando de la Portilla. Retrosternal Goiter Associated With Chylothorax. Chest journal. 94. № 106. P. 1924-1925.