

7. Papayannopoulos V., Metzler K.D., Hakkim A., Zychlinsky A. Neutrophil elastase and myeloperoxidase regulate the formation of neutrophil extracellular traps // *J. Cell. Biol.* – 2010. – Vol. 191, № 3. – P. 677-691.

8. Prokopowicz Z., Marcinkiewicz J., Katz D.R., Chain B.M. Neutrophil myeloperoxidase: soldier and statesman // *Arch. Immunol. Ther. Exp. (Warsz.)*. – 2012. – Vol. 60, № 1. – P. 43-54.

9. Summers C., Rankin S.M., Condliffe A.M., Singh N., Peters A.M., Chilvers E.R. Neutrophil kinetics in health and disease // *Trends Immunol.* – 2010. – Vol. 31, № 8. – P. 318-324.

References

1. Nesterova I.V., Kovaleva S.V., Chudilova G.A., Lomtadze L.V., Yevglevskiy A.A. The dual role of neutrophilic granulocytes in realization of anti-tumor protection // *Immunology*. – 2012. – Vol. 33, № 5. – P. 281-287.

2. Terskova N.V., Nikolaeva, A.I., Vakhruchev S.G., Smbatyan A.C. Atmospheric air pollution as a risk factor in pharyngeal tonsil hypertrophy // *Siberian Medical Review*. – 2013. – № 5. – P. 59-64.

3. De Oliveira – Junior E.V., Bustamante J., Newburger P.E., Condino – Neto A. The human NADPH oxidase: primary and secondary defects impairing the respiratory burst function and the microbicidal ability of phagocytes // *Scand. J. Immunol.* – 2011. – Vol. 73, № 5. – P. 420-427.

4. De Sole P., Lippa S., Lixxarru G. Whole blood chemiluminescence: a new technical approach to access

oxygen – dependent microbial activity of granulocytes // *J. Clin. Lab. Autom.* – 1983. – Vol. 3. – P. 391-400.

5. El Kebir D., Filep J.G. Role of neutrophil apoptosis in the resolution of inflammation // *Scientific World Journal*. – 2010. – Vol. 10. – P. 1731-1748.

6. Marcoux J., Man P., Petit – Haertlein I. P 47 phox molecular activation for assembly of the neutrophil NADPH oxidase complex // *J. Biol. Chem.* – 2010. – Vol. 285, № 37. – P. 28980-28990.

7. Papayannopoulos V., Metzler K.D., Hakkim A., Zychlinsky A. Neutrophil elastase and myeloperoxidase regulate the formation of neutrophil extracellular traps // *J. Cell. Biol.* – 2010. – Vol. 191, № 3. – P. 677-691.

8. Prokopowicz Z., Marcinkiewicz J., Katz D.R., Chain B.M. Neutrophil myeloperoxidase: soldier and statesman // *Arch. Immunol. Ther. Exp. (Warsz.)*. – 2012. – Vol. 60, № 1. – P. 43-54.

9. Summers C., Rankin S.M., Condliffe A.M., Singh N., Peters A.M., Chilvers E.R. Neutrophil kinetics in health and disease // *Trends Immunol.* – 2010. Vol. 31, № 8. – P. 318-324.

Сведения об авторах

Куртасова Людмила Михайловна – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической иммунологии, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8 (391) 2200628; e-mail: sibmed-obozrenie@yandex.ru.

Лубнина Татьяна Викторовна – врач педиатр, КГБУЗ Красноярский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Адрес: 660049, г. Красноярск, ул. Карла Маркса, г. 45; тел. 8 (391) 2121624; e-mail: Lubnina@aids.krsn.ru.

Случаи из практики



© ЧАВКУНЬКИН Ф. П.

УДК 616.441-006-06

НЕСВОЕВРЕМЕННО РАСПОЗНАННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРИВЕДШЕЕ К СМЕРТИ БОЛЬНОЙ

Ф. П. Чавкункин

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор – д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра общей хирургии,
зав. – д. м. н., проф. Ю. С. Винник.

Резюме. Представлен случай рака щитовидной железы, осложненный кровотечением в органоккомплекс шеи и развитием механической асфиксии, приведшей к летальному исходу.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, осложнение.

UNTIMELY RECOGNIZED COMPLICATIONS OF THYROID CANCER, THAT LED TO THE DEATH OF THE PATIENT

F. P. Chavkunkin

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. A case of thyroid cancer with bleeding complication in organocomplex of the neck and development of mechanical asphyxia, which led to death.

Key words: thyroid cancer, complication.

Заболеваемость раком щитовидной железы (РЩЖ) в России составляет – 5,8 на 100 000 населения. Число впервые выявленных заболеваний РЩЖ увеличивается ежегодно на 0,09 % [2,3]. Наиболее часто рак щитовидной железы метастазирует в шейные лимфатические узлы – 68,8 %, в 39,7 % наблюдений отмечается инвазия помимо гортани и пищевода в крупные сосуды шеи и средостение [1,4]. Сведений о случаях прорастания рака щитовидной железы в артерии шеи с последующим кровотечением и развитием асфиксии в доступной литературе мы не нашли. Нам представляется интересным привести следующее клиническое наблюдение.

Больная П., 81 год, поступила 15.07.11 г. в хирургическое отделение Дорожной больницы ст. Красноярск. Заболела утром 14.07.11 г. Появились боли в эпигастральной области, тошнота, рвота «кофейной гущей», мелена, слабость.

Anamnesis vitae: пациентка лечилась по поводу язвенной болезни ДПК, хронического панкреатита, гипертонической болезни, эутиреоидного зоба.

Status praesens: состояние больной средней степени тяжести, кожные покровы бледные, температура тела – 37,6°, дыхание везикулярное, ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 92 удара в минуту удовлетворительного наполнения, АД – 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. *Per rectum* – на перчатке следы кала черного цвета.

Общий анализ крови 15.07.11 г. в 14.00: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $10,0 \times 10^9$ /л; Нб – 120 г/л, Биохимический анализ крови – глюкоза – 4,2 ммоль/л, протромбиновый индекс – 92%, фибриноген – 4 884 г/л, мочевины – 8,9 ммоль/л, билирубин – 7 ммоль/л.

ФГДС – эрозивный эзофагит, остановившееся кровотечение, нестойкий гемостаз Forest II «В».

Больной произведена ЭКГ, консультация терапевта. Начата гемостатическая терапия. Состояние пациентки стабильное, признаков продолжающегося кровотечения нет.

Ухудшение состояния наступило 15.07.11 г. в 22.40. Жалобы на затруднение дыхания, одышку, кровохарканье, слабость. Объективно: состояние пациентки крайне тяжелое. Появился отек шеи, на передне-боковых поверхностях – подкожная гематома. Дыхание затруднено, ЧДД 26 в минуту, пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, АД 140/90 мм рт.ст. В 22.45. больная переведена в реанимационное отделение. Объективно: кожные покровы бледные, лицо и шея цианотичные, нарастает подкожная гематома шеи, вдох и выдох затруднены, ЧДД – 30 в минуту, пульс 106 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, АД 150/100 мм рт.ст.

Для исключения продолжающегося кровотечения в 22.50 выполнена ФГС. В ротовой полости сгустки крови, виден отек слизистой. Состояние больной резко ухудшилось, исследование прекращено. В 23.00 наступила остановка сердечной деятельности по типу неэффективного сердца. ЧСС – 20-30 ударов в минуту. АД не определяется, зрачки D=S=3 мм, рефлексов нет. Начаты реанимационные мероприятия, однако произвести интубацию не представилось возможным, из-за отека и обширной гематомы шеи. В 23.15

произведена трахеостомия. На фоне проводимой интенсивной терапии и массажа сердца, в 23.35 наступила смерть.

Обширный отек и гематома шеи, с последующей асфиксией, хирургом расценены как полученная ранее травма шеи с повреждением сосудов, о которой пациентка не сообщила при поступлении.

Клинический диагноз: ушиб шеи, напряженная гематома мягких тканей шеи со сдавлением трахеи и гортани. Операция – трахеостомия. Сопутствующее заболевание: эрозивный эзофагит, остановившееся кровотечение.

После проведенного патологоанатомического исследования установлено: фолликулярный рак щитовидной железы с крупными очаговыми разрастаниями опухолевой ткани, с прорастанием правой верхней артерии и дефектом ее стенки. Осложнение: некроз стенки щитовидной артерии, кровоизлияние в ткань щитовидной железы и в органокомплекс шеи, сдавление трахеи кровью, механическая асфиксия. Операция: трахеостомия. Фоновые заболевания: эутиреоидный зоб. Сопутствующие: эрозивный эзофагит, хронический панкреатит, гипертоническая болезнь.

Данное наблюдение свидетельствует о возможности прорастания рака щитовидной железы в артерии шеи, с последующим острым кровотечением, сдавлением трахеи и асфиксией, приведшей к летальному исходу.

Литература

1. Богатурия Г.О. Комбинированные хирургические вмешательства при запущенном раке щитовидной железы // Вестник хирургии. – 2009. – № 5. – С. 31-34.
2. Давыдов М.И., Матякин Е.Г., Любаев В.Л., Герасимов С.С. Лечение опухолей верхней грудной апертуры // Российский симпозиум с международным участием по хирургической эндокринологии. – Санкт-Петербург, 2003. – Т. 1. – С. 30-33.
3. Европейский консенсус по диагностике и лечению дифференцированного рака щитовидной железы из фолликулярного эпителия // *European J. of Endocrinology*. – 2006. – Vol. 154, № 6. – P. 787-803.
4. Романчинин А.Ф. Щитовидная железа (хирургическая эндокринология) / Под ред. А.П. Калинина, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшева. – Санкт-Петербург, 2004. – С. 84-264.

References

1. Bogaturiya G.O. Combined surgery in neglected thyroid cancer // *Journal of Surgery*. – 2009. – № 5. – P. 31-34.
2. Davydov M.I., Matyakin E.G., Lyubayev V.L., Gerasimov S.S. Treatment of tumors of the upper thoracic aperture // *Russian Symposium with International Participation in Surgical Endocrinology*. – St. Petersburg, 2003. – Vol. 1. – P. 30-33.
3. European consensus on diagnosis and treatment of differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium // *European J. of Endocrinology*. – 2006. – Vol. 154, № 6. – P. 787-803.
4. Romanchinin A.F. Thyroid (surgical endocrinology) / Ed. A.P. Kalinina, N.A. Maystrenko, P.S. Vetsheva. – St. Petersburg, 2004. – P. 84-264.

Сведения об авторах

Чавкункин Федор Петрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2487971; e-mail: terskova@rambler.ru.