

УДК 616.441-008.61

Мухортов А. Д.

студент

4 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Россия, г. Ижевск

Иванова Е. С.

студент

4 курс, лечебный факультет

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Россия, г. Ижевск

Стяжкина С.Н., доктор медицинских наук, профессор

профессор кафедры «Факультетская хирургия»

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Россия, г. Ижевск

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДИФФУЗНО-УЗЛОВОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА II СТЕПЕНИ ПО
ВОЗ**

Аннотация: В данной статье рассматривается образцовое ведение больного Болезнью Грейвса-Базедова в хирургическом стационаре. Особое внимание обращается на данные, полученные при сборе анамнеза, получение лабораторно-инструментальных данных, а также предоперационную подготовку, саму операцию – тиреоидэктомию с последующим ведением больного в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: хирургия, щитовидная железа, тиреотоксикоз, диффузный, диффузно-узловой, зоб, тиреоидэктомия.

Mukhortov A.D.

student

4 year, medical faculty

Federal State Budget Organization of Higher Education "ISMA"

Russia, Izhevsk

Ivanova E.S.

student

4 year, medical faculty

Federal State Budget Organization of Higher Education "ISMA"

Russia, Izhevsk

Styazhkina S.N, doctor of medical sciences, professor

Professor of the faculty "Faculty Surgery"

Federal State Budget Organization of Higher Education "ISMA"

Russia, Izhevsk

CLINICAL CASE OF SURGICAL TREATMENT OF DIFFUSE-NODAL TOXIC GOITER II DEGREE BY WHO

***Annotation:** This article examines the exemplary management of a patient with Graves-Bazedov's disease in a surgical hospital. Particular attention is drawn to the data obtained during the collection of anamnesis, obtaining laboratory and instrumental data, as well as preoperative preparation, the operation itself - thyroidectomy with subsequent management of the patient in the postoperative period.*

***Key words:** surgery, thyroid gland, thyrotoxicosis, diffuse, diffuse-nodular, goitre, thyroidectomy.*

На сегодняшний день к наиболее часто выявляемым заболеваниям эндокринной системы относятся заболевания щитовидной железы и сахарный диабет. Согласно данным исследований, опубликованных в журнале «Инновационная наука» [1], в Российской Федерации наблюдается ежегодный рост заболеваемости больных с диагнозом болезней эндокринной

системы, расстройствами питания и нарушением обмена веществ. Так, в 2014 году по сравнению с 2013 годом заболеваемость увеличилась почти на 110 тысяч больных (7,1%), при том, что по данным ВОЗ, прирост числа заболеваний щитовидной железы в мире составляет 5% в год.

В Российской Федерации у эндокринологов по поводу зоба наблюдается порядка 0,3% населения, что составляет около 500 тысяч человек. Такой высокий уровень заболеваемости объясняется некоторыми ведущими факторами: высокая распространенность эндемичных по зобу регионов в Российской Федерации; ухудшение питания (сокращение потребления йодсодержащих продуктов); разрушение государственной системы профилактики зоба и йоддефицитных состояний; повышенный радиационный фон [2,3].

В России диффузным токсическим зобом страдает около 1% населения, а его распространенность выше в йоддефицитных районах. Женщины болеют этим недугом в 10 раз чаще мужчин. Развивается это заболевание чаще в молодом и среднем возрасте (20-40 лет), что в целом характерно для аутоиммунной патологии [5]. Наиболее грозным состоянием, сопряженным с наличием диффузного токсического зоба является тиреотоксикоз – синдром, обусловленный избыточным содержанием тиреоидных гормонов в крови и их токсическим действием на различные органы и ткани [4]. Этот синдром консолидированный с диффузно-увеличенным зобом именуется болезнью Грейвса-Базедова.

Зоб небольших размеров, обычно, протекает бессимптомно, что редко заставляет пациентов обратиться к врачу. Однако, без лечения наличие зоба является опасным состоянием, так как:

Во-первых, без лечения зоб имеет тенденцию к дальнейшему росту. Он увеличивается примерно на 5% за год и через несколько лет вызывает уже не только косметические проблемы, но и компрессионный синдром.

Во-вторых, если не вмешиваться в ход естественного течения йододефицитного зоба, то возникает цепь патогенетических событий, которые приводят к формированию функциональной автономии щитовидной железы. Возникающий же при ее декомпенсации тиреотоксикоз клинически всегда протекает более тяжело для пациента и требует больших усилий со стороны врача.

В-третьих, лечение ранней стадии зоба и мероприятия по его предотвращению обходятся здравоохранению во много раз дешевле, чем лечение далеко зашедшей стадии.

Наиболее важной и эффективной составляющей в лечении диффузного и диффузно-узлового токсического зоба III-IV степени по Николаеву (II степени по ВОЗ) является хирургическая операция – тиреоидэктомия. Учитывая высокую распространенность зоба, неизбежное попадание таких пациентов в хирургическое отделение, а также отсутствие широкого распространения профилактики йододефицита в России, становится очевидной актуальность проблемы хирургического лечения и ведения пациентов с данной патологией. По этой причине предлагаем рассмотреть следующий клинический случай.

В хирургический стационар БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска в плановом порядке поступила женщина 35 лет с жалобами на наличие объемного образования на передней поверхности шеи, ощущение «кома в горле», затруднение глотания, периодически чувство нехватки воздуха в положении лёжа на спине, общую слабость.

При проведении общего осмотра отмечается наличие объёмного образования на передней поверхности шеи, расположенного симметрично относительно срединной линии, представляющее собой увеличенную щитовидную железу. Кожные покровы над образованием не изменены, не спаяны с подлежащим образованием.

При пальпации обе доли и перешеек щитовидной железы значительно увеличены в размерах за счет долей и перешейка, но не выходят за пределы кивательных мышц (размеры обеих долей 5х3х3 см, перешеек 5х1,5 см), мягко-эластической консистенции, безболезненны и легко смещаемы. Лимфоузлы на шее увеличены, безболезненны, плотноватой консистенции.

Больной был назначен соответствующий план обследования с подозрением на наличие диффузно-узловой зоба. Каких-либо изменений в полном, биохимическом анализах крови, общем анализе мочи, при исследовании содержания ТТГ, св. Т4 в крови, а также на флюорографии не обнаружено.

Заключение УЗИ: в перешейке в обеих долях множественные конгломеративные узловые образования с гиперэхогенными включениями справа max до 3,0 см, слева до 3,5 см, с преимущественно по периферии. В перешейке – до 2,0 см. Шейные лимфоузлы до 20 мм с обеих сторон, структура без особенностей. ДУЗ, множественные конгломеративные узлы обеих долей и перешейка, шейная лимфаденопатия.

Было рекомендовано проведение тонкоигольной пункционной биопсии щитовидной железы. В правой доле 42*36*35 мм, в левой доле 80*30,5*59 мм. Цитологическое заключение: узловой коллоидный пролиферирующий зоб. Лимфоматоз стромы не выражен.

На основании данных анамнеза, данных объективного исследования, данных лабораторных и инструментальных методов диагностики был выставлен следующий клинический диагноз: диффузно-многоузловой токсический зоб, II ст. по ВОЗ. Тиреотоксикоз легкой степени тяжести.

Учитывая наличие зоба, не поддающегося консервативному лечению тирозолом (у данной пациентки с 2016 года), а также II степень его увеличения, было рекомендовано в плановом порядке после тщательной предоперационной подготовки провести тиреоидэктомию.

Под ЭТН выполнен разрез кожи на передней поверхности шеи. Пересечены мышцы. Обнажена щитовидная железа, при ревизии установлено: ткань железы плотная, интимно спаяно с мышцами. В ткани обеих долей железы пальпируются множественные узлы от 0,5 см до 5 см. Доли железы и перешеек не спаяны с трахеей. Размеры правой доли 4,5*4*2,5 см, левой доли 8,2*3,6*5,8. После перевязки сосудов полностью удалены обе доли железы. Контроль гемостаза. В образовавшиеся полости установлены резиновые выпускники. Послойные швы на рану.

После операции температура тела не поднималась. Были наложены два резиновых дренажа на шею, которые убрали на 4 день после операции. Рана на 1 день после операции с сукровичным отделяемым, на 4 день рана чистая. Перевязки и обработка раны проводились ежедневно [6].

Итак, рассмотренный клинический случай должен рассматриваться как образцовый в ведении пациентов с болезнью Грейвса-Базедова на далеко зашедших стадиях, так как состояние тиреотоксикоза требует неизбежной хирургической операции, а аналогов для пожизненного консервативного купирования этого синдрома в России просто нет.

Библиографический список

1. Цаликова А. А., Анализ заболеваемости болезнями эндокринной системы в Российской Федерации в 2013-2014 г. г. / А. А. Цаликова, Международный научный журнал «Инновационная наука» №7-8/2016
2. Савельев, В.С. Хирургические болезни: том 1 / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М., – 2006. –608 с.
3. Савельев, В.С. Хирургические болезни: том 2 / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М., – 2006. –400 с.
4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению тиреотоксикоза с диффузным зобом (диффузный токсический зоб, болезнь Грейвса-Базедова), узловым/многоузловым зобом // Федеральные клинические рекомендации утверждены на II Всероссийском конгрессе с участием стран СНГ «Инновационные технологии в эндокринологии» (25-28 мая 2014 г) – 2014 г. – Москва. – 25 с.
5. Фархутдинова Л.М. Диффузный токсический зоб в терапевтической практике: учебное пособие / Л. М. Фархутдинова. – Уфа., – 2015. – 92 с.
6. История болезни хирургического отделения БУЗ УР «РКБ 1» МЗ РФ.