

© CC BY Коллектив авторов, 2020  
УДК 616.438-06:616.743-001.35+616.1/9  
DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-4-76-78

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ МНОГООУЗЛОВЫМ ЗОБОМ С КОМПРЕССИОННЫМ СИНДРОМОМ ШЕИ И ВЫРАЖЕННОЙ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Е. А. Ильичева<sup>1, 2</sup>, Г. А. Берсенев<sup>1\*</sup>, В. Н. Махутов<sup>2</sup>, Г. Ю. Алдаранов<sup>2</sup>,  
Е. Г. Григорьев<sup>1, 3</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», г. Иркутск, Россия

<sup>2</sup> Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутская область "Знак почета" областная клиническая больница», г. Иркутск, Россия

<sup>3</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иркутск, Россия

Поступила в редакцию 03.12.19 г.; принята к печати 05.08.20 г.

Представлено клиническое наблюдение хирургического лечения многоузлового шейно-загрудинного зоба, осложненного компрессионным синдромом шеи (сдавление трахеи, пищевода) с выраженной коморбидной патологией.

**Ключевые слова:** шейно-загрудинный многоузловой зоб, компрессионный синдром, стеноз трахеи, сдавление пищевода, коморбидность, хирургическое лечение

**Для цитирования:** Ильичева Е. А., Берсенев Г. А., Махутов В. Н., Алдаранов Г. Ю., Григорьев Е. Г. Хирургическое лечение больной многоузловым зобом с компрессионным синдромом шеи и выраженной коморбидной патологией. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2020;179(4):76–78. DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-4-76-78.

\* **Автор для связи:** Глеб Александрович Берсенев, ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», 664003, Россия, г. Иркутск, ул. Борцов Революции, д. 1. E-mail: glbersenev17@gmail.com.

## SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH MULTINODULAR GOITER WITH COMPRESSION SYNDROME OF THE NECK AND SEVERE COMORBID PATHOLOGY

Elena A. Ilyicheva<sup>1, 2</sup>, Gleb A. Bersenev<sup>1\*</sup>, Valeriy N. Makhutov<sup>2</sup>, Gennadiy Yu. Aldaranov<sup>3</sup>,  
Eugene G. Grigoryev<sup>1, 3</sup>

<sup>1</sup> Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russia

<sup>2</sup> Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk, Russia

<sup>3</sup> Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

Received 03.12.19; accepted 05.08.20

The study was to report a case of surgical treatment of multinodular cervicothoracic goiter complicated by compression syndrome of the neck (compression of the trachea, esophagus) with severe comorbid pathology.

**Keywords:** cervicothoracic multinodular goiter, compression syndrome, tracheal stenosis, compression of the esophagus, comorbidity, surgical treatment

**For citation:** Ilyicheva E. A., Bersenev G. A., Makhutov V. N., Aldaranov G. Yu., Grigoryev E. G. Surgical treatment of a patient with multinodular goiter with compression syndrome of the neck and severe comorbid pathology. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2020;179(4):76–78. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-4-76-78.

\* **Corresponding author:** Gleb A. Bersenev, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, 1, Bortsov Revolyutsii str., Irkutsk, 664003, Russia. E-mail: glbersenev17@gmail.com.

**Введение.** Распространенность доброкачественных заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) остается высокой. Многоузловой зоб встречается у 5 % населения неэндемичных и у 15 % эндемичных регионов планеты [1]. Нередко к эндокринному хирургу пациенты направляются с зобом больших размеров и проявлениями компрессионного синдрома шеи: дисфагией, кашлем, «свистящим» дыханием на вдохе/выдохе, хронической гипоксией [2]. Размеры ЩЖ, шейно-загрудинная локализация, сопутствующая патология, старческий возраст в ряде случаев являются основанием для отказа пациенту в плановом хирургическом лечении, но, в конечном итоге, сдавление органов шеи, прежде всего, трахеи, и нарастание гипоксии определяют необходимость операции по жизненным показаниям.

**Клиническое наблюдение.** Пациентка, 82 лет, поступила в отделение торакальной хирургии ГБУЗ ИОКБ 10.04.2019 г. с жалобами на затрудненное дыхание, появление «свистящего» звука при форсировании вдоха, затруднение приема твердой пищи, утомляемость и головокружение. Впервые диагноз многоузлового зоба выставлен 30 лет назад. Позднее установлена декомпенсация функциональной автономии щитовидной железы с развитием манифестного тиреотоксикоза, назначены тиреостатические препараты. В 2014 г. на фоне тиреотоксического сердца развилась персистирующая, рецидивирующая фибрилляция предсердий (тахисистолическая форма). С 2017 г. появились жалобы на затруднения при дыхании и приеме твердой пищи. Неоднократно лечилась в терапевтических отделениях по месту жительства. Последняя госпитализация была в январе 2019 г. по поводу хронического бронхита. Отмечен кратковременный положительный эффект от лечения. В феврале 2019 г. направлена на консультацию к эндокринному хирургу. Установлена шейно-загрудинная локализация многоузлового зоба. По данным лабораторного обследования: тиреотропный гормон – 0,281 мЕД/л, свободный тироксин – 16,06 пмоль/л. Выявлены антитела к тиреоидной пероксидазе. Ультразвуковое исследование: объем правой доли – 61 см<sup>3</sup>, левой доли – 104 см<sup>3</sup>, общий объем ЩЖ – 165 см<sup>3</sup>. Узловые образования обеих долей. Тонкоигольная аспирационная

биопсия: II диагностическая категория по Bethesda, соответствует доброкачественным изменениям. Мультиспиральная компьютерная томография: ЩЖ диффузно увеличена, распространяется загрудинно. Наблюдается смещение трахеи вправо за счет компрессии левой долей, просвет сужен до 6 мм (рис. 1).

Эхокардиография: диастолическая дисфункция левого желудочка I типа. Дегенеративные изменения аортального и митрального клапанов с регургитацией в митральном отверстии. Клинический диагноз: основной – «Многоузловой шейно-загрудинный токсический зоб 2-й степени (по ВОЗ); тиреотоксикоз, осложненная форма, медикаментозная компенсация». Осложнения: сдавление трахеи до 6 мм, сдавление пищевода. Стридорозное дыхание. Дисфагия. Тиреотоксическое сердце. Сопутствующие заболевания: вторичный бронхообструктивный синдром. Ишемическая болезнь сердца. Пароксизмальная, персистирующая, рецидивирующая фибрилляция предсердий (тахисистолическая форма), преходящая суправентрикулярная экстрасистолия. EHRA II CHA2DS2VASc 5b HAS-BLED 3b. Артериальная гипертензия 3-й стадии, риск 4. Дегенеративные изменения аортального и митрального клапанов. Хроническая сердечная недостаточность 2а стадии, 3-й функциональный класс. Энцефалопатия смешенного генеза (дисциркуляторная, дисметаболическая, гипоксическая), декомпенсация. Отдаленные последствия острого нарушения мозгового кровообращения от 2014 г. Атеросклероз брахиоцефальных артерий. Дизартрия. Эмоционально-волевые нарушения.

Учитывая сдавление органов шеи с сужением просвета трахеи до 6 мм, пациентке показано оперативное вмешательство по жизненным показаниям. 11.04.2019 г. – цервикотомия, тиреоидэктомия с контролем возвратно-гортанных нервов и паращитовидных желез (рис. 2).

Выполнен разрез по Кохеру. Обнажена ЩЖ после пересечения грудинно-подъязычных мышц. Правая и левая доли ЩЖ увеличены в размерах, эластической консистенции, распространяются загрудинно. Произведена экстрафасциальная мобилизация ЩЖ с перешейком и пирамидальной долей с использованием ультразвукового скальпеля Harmonic. Возвратные нервы, околощитовидные железы визуализированы, сохранены. Щитовидная железа удалена (рис. 3).

Протокол гистологического заключения: «ЩЖ массой 280 г с множественными узлами; правая доля – 8×10×4 см,

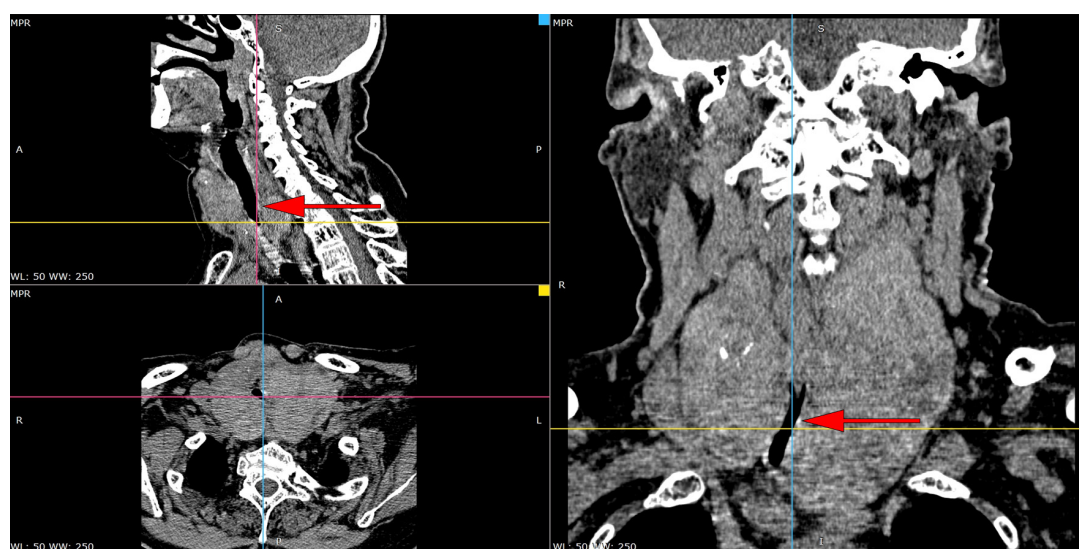


Рис. 1. Компьютерная томография шеи. Смещение трахеи вправо за счет компрессии левой долей щитовидной железы. Просвет трахеи сужен до 6 мм (стрелка)

Fig. 1. Computed tomography of the neck. Displacement of the trachea to the right due to compression by the left lobe of the thyroid gland. Trachea lumen is constricted to 6 mm (pointer)



Рис. 2. Фотография шейной области в боковой проекции на операционном столе. Маркированы границы кожного разреза  
Fig. 2. Preoperative photo of the cervical region in lateral projection on the operating table. Borders of the skin incision are marked

перешеек – 3×3 см, левая доля – 10×7×4 см». Гистологическая картина: узловая гиперплазия макрофолликулярного типа строения с очаговыми кровоизлияниями, склерозом, кальцинозом; очаговая лимфоидная инфильтрация стромы.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. На 2-е сутки выполнена фиброларингоскопия – без патологии. Швы сняты на 7-е сутки. Заживление первичным натяжением. В послеоперационном периоде дыхание свободное, головокружение и утомляемость исчезли, улучшилась физическая активность. Выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение с рекомендациями принимать L-тироксин по 125 мг 1 раз в день с последующей коррекцией дозировки у эндокринолога. Осмотрена спустя 1 месяц после операции: состояние удовлетворительное, жалоб на затруднение дыхания, слабость, головокружение, дисфагию нет.

**Заключение.** Таким образом, представленное клиническое наблюдение в очередной раз подтверждает известное положение о том, что пациентов с многоузловым шейно-загрудинным зобом следует оперировать в плановом порядке до появления критических проявлений компрессии органов шеи, независимо от возраста и сопутствующих заболеваний.

#### Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

#### Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

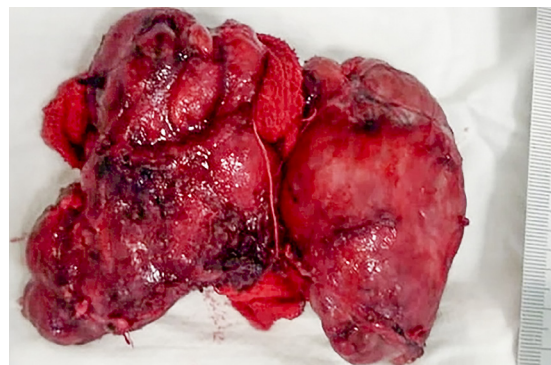


Рис. 3. Макропрепарат щитовидной железы  
Fig. 3. Postoperative macro specimens of the thyroid gland

#### Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

#### Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Йододефицитные заболевания в Российской Федерации : время принятия решений / Е. А. Трошина, Н. М. Платонова, Ф. М. Абдулхабилова, Г. А. Герасимов ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. М. : Конти-Принт, 2012. 232 с.
2. Пиксин И. Н., Вилков А. В., Давыдкин В. И. и др. Особенности лечебно-диагностической тактики при компрессионном синдроме у больных доброкачественными заболеваниями щитовидной железы // Тавр. медико-биол. вестн. 2017. № 20 (3). С. 221–226.

#### REFERENCES

1. Troshina E. A., Platonova N. M., Abdulkhabirova F. M., Gerasimov G. A. Iododeficient diseases in the Russian Federation: time for decision making. Eds. Dedov I. I., Melnichenko G. A. Moscow, Konti-Print, 2012:232. (In Russ.).
2. Piksin I. N., Vilkov A. V., Davydkin V. I., Golubev A. G., Pryanikov I. R. Peculiarities of diagnostic and treatment tactics when compression syndrome in patients with benign thyroid diseases. Tavrskiy Mediko-Biologicheskii Vestnik. 2017;20(3):221–226. (In Russ.).

#### Информация об авторах:

**Ильичева Елена Алексеевна**, доктор медицинских наук, профессор, зав. научным отделом клинической хирургии, Иркутский научный центр хирургии и травматологии (г. Иркутск, Россия); врач-хирург торакального хирургического отделения, Иркутская областного клиническая больница (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0002-2081-8665; **Берсенева Глеб Александрович**, очный аспирант научного отдела клинической хирургии, Иркутский научный центр хирургии и травматологии (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0002-6887-8325; **Махутов Валерий Николаевич**, кандидат медицинских наук, зав. отделением торакальной хирургии, Иркутская областного клиническая больница (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0001-7318-7193; **Алдаранов Геннадий Юрьевич**, торакальный хирург торакального хирургического отделения, Иркутская областного клиническая больница (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0003-3123-1939; **Григорьев Евгений Георгиевич**, член-корреспондент РАН, научный руководитель, Иркутский научный центр хирургии и травматологии (г. Иркутск, Россия); зав. кафедрой госпитальной хирургии, Иркутский государственный медицинский университет (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0002-5082-7028.

#### Information about authors:

**Ilyicheva Elena A.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Scientific Department of Clinical Surgery, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology (Irkutsk, Russia); Thoracic Surgeon at the Thoracic Surgical Department, Irkutsk Regional Clinical Hospital (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0002-2081-8665; **Bersenev Gleb A.**, Postgraduate Student of the Scientific Department of Clinical Surgery, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0002-6887-8325; **Makhutov Valeriy N.**, Cand. of Sci. (Med.), Head of the Department of Thoracic Surgery, Irkutsk Regional Clinical Hospital (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0001-7318-7193; **Aldaranov Gennadiy Yu.**, Surgeon at the Thoracic Surgical Department, Irkutsk Regional Clinical Hospital (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0003-3123-1939; **Grigoryev Evgeniy G.**, Corresponding Member of the RAS, Scientific Advisor, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology (Irkutsk, Russia); Head of the department of hospital surgery, Irkutsk State Medical University (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0002-5082-7028.