

УРГЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У БОЛЬНЫХ С КОМПРЕССИОННЫМ СИНДРОМОМ

© Александр Вадимович Гостимский, Бахрам Атамуратович Селиханов

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Контактная информация: Селиханов Бахрам Атамуратович — ассистент кафедры общей медицинской практики
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России. E-mail: bahram83@mail.ru

РЕЗЮМЕ: В Центре хирургии органов эндокринной системы оперированы по неотложным или срочным показаниям 97 больных патологией щитовидной железы (ЩЖ), осложнённой компрессией органов шеи и средостения, что составило 0,34% от 28500 пациентов за 35 лет. Больные (31 (32,0%) человек) с декомпенсацией легочно-сердечной деятельности к операции готовились в реанимационном отделении. В 11 (11,3%) наблюдениях пациенты сразу переведены на управляемое или вспомогательное дыхание. Остальные готовились к операции в хирургическом отделении, где проводилась коррекция расстройств функций дыхания, кровообращения, пищеварения. В течение первых суток (по неотложным показаниям) оперирован 31 (32,0%) пациент. У остальных 66 (68,0%) больных консервативные мероприятия оказались эффективными, что позволило провести более полное обследование и предоперационную подготовку. Им операция выполнена по срочным показаниям в течение вторых, третьих суток. Необходимость в неотложных и срочных операциях обусловлена неоправданно длительным наблюдением и консервативным ведением больных патологией ЩЖ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: щитовидная железа; неотложная и срочная операция; компрессия трахеи.

URGENT OPERATIONS ON THE THYROID GLAND IN PATIENTS WITH COMPRESSION SYNDROME

© Alexandr V. Gostimskii, Bahram A. Selikhanov

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

Contact Information: Bahram A. Selikhanov, assistant of the Department of General Medical Practice of SPbSPMU of Ministry of Healthcare of Russian Federation. E-mail: bahram83@mail.ru

SUMMARY. 97 patients with disorders of the thyroid gland (TG), complicated by neck and mediastinum compression were operated in the Center of the endocrine system organs surgery. All of them admitted for surgery by emergency or urgent indications. There is 0.34% of 28500 patients for 35 years. 31 (32.0%) patients with decompensated cardiopulmonary activity before the surgery were in the intensive care unit. In 11 (11.3%) cases, patients immediately transferred to controlled or auxiliary breathing. Others were prepared for surgery in the surgical department, where the correction of disorders of the respiratory function, circulation, digestion was carried out. During the first day (on urgent indications) operated 31 (32.0%) patients. Other 66 (68.0%) patients were given more complete examination and preoperative preparation because of effective conservative measures. They were carried out the operation during the second or third day. The necessity for urgent and emergency surgery was due to unreasonably prolonged observation and conservative management of patients with thyroid disorders.

KEYWORDS: Thyroid gland; immediate and urgent operations; compression of the trachea.

ВВЕДЕНИЕ

Сообщения о неотложных и срочных вмешательствах на ЩЖ встречаются редко. Большинство таких операций выполняется в неспециализированных клиниках ургентной хирургии. Описания обычно касаются доброкачественных и злокачественных заболеваний ЩЖ, вызвавших нарушение проходимости верхних дыхательных путей. Компрессионный синдром является одной из основных причин гибели больных запущенным раком щитовидной железы (РЩЖ) [1, 2]. Реже показаниями к неотложным и срочным операциям являются кровотечение из опухолей [7, 9], сдавление пищевода с выраженной дисфагией [6].

Проблема определения в предоперационном периоде степени и места сужения трахеи у больных острой дыхательной недостаточностью, вызванной зобом, остается дискуссионной. Т.К. Thusoo et al. (2000) [10], обследовав 25 больных, оперированных по поводу компрессии дыхательных путей, пришли к выводу, что высоко информативным методом обнаружения степени сужения трахеи является спирометрия. Некоторые авторы считают, что спирометрия должна выполняться у всех больных с патологией ЩЖ [8].

А.В. Гостимский и соавт. (2013) [1–5] рекомендуют использовать спирометрию для определения сроков операции при заболеваниях ЩЖ, осложненных компрессией трахеи.

Таким образом, проблема оказания хирургической помощи больным острыми расстройствами дыхания в результате сдавления трахеи в шейном и шейно-загрудинном отделе не решена и мало освещена.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшить результаты хирургического лечения больных патологией ЩЖ, осложнившейся компрессионным синдромом, на основании определения лечебной тактики при неотложных состояниях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основании анализа и изучения данных историй болезни пациентов с патологией ЩЖ, осложненных компрессионным синдромом, выделена группа больных из 97 человек. Все больные оперированы по неотложным и срочным показаниям. Это количество больных составило всего 0,34% от числа всех пациентов, оперированных в клинике.

Возраст оперированных был от 24 до 86 лет. Свыше 70% были людьми 6–7 декад жизни. Соотношение женщин и мужчин выражалось как 14:1. Все пациенты страдали сопутствующими заболеваниями. Анамнез болезни составлял от 5 до 40 лет, в среднем — $24,3 \pm 1,13$ года.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Больные, как правило, долгое время наблюдались у эндокринологов поликлиник. Хирургическое лечение не предлагалось, либо больные отказывались от него. За это время возраст пациентов стал еще большим, усугубились старые и появились новые сопутствующие заболевания, развились осложнения, связанные со сдавлением опухолью трахеи, пищевода, магистральных вен.

Причины, вызвавшие расстройство жизненно важных функций организма и приведшие к необходимости оказания экстренной помощи, следующие: у 50 (51,5%) больных дифференцированный рак (ДР) ЩЖ, в 40 (41,2%) наблюдениях полинодозный эутиреоидный зоб (ПЭЗ) шейно-загрудинной локализации, у 6 (6,2%) больных ПЭЗ шейной локализации у 1 (1,1%) пациентки тиреоидит Риделя.

Наиболее выраженным был компрессионный стеноз трахеи, вызванный опухолью. Основным клиническим проявлением сдавления органов шеи и средостения опухолью был синдром нарастающей легочно-сердечной недостаточности.

Жалобы на постоянное удушье предъявляли 47 (48,5%) больных. Такое же количество больных отмечало головные боли, головокружение, чувство приливов крови к лицу. Эти признаки нарастали при наклонах и в горизонтальном положении больных, что было обусловлено ухудшением оттока крови от головы.

На затруднение прохождения пищи указывали 32 (33,0%) больных. У 7 (7,2%) больных наступила полная непроходимость пищевода.

Распространение ДРЩЖ на нервные стволы вызвало появление болей с иррадиацией в область виска затылка и лопатки у 21 (21,6%) больного. При объективном исследовании отмечено вынужденное положение — сидя в кровати с фиксацией плечевого пояса. Цианоз губ и одышка в покое выявлены у 80 (82,5%) больных. Одышка при незначительной физической нагрузке отмечена у 18 (18,6%) пациентов. Дыхание носило стридорозный характер у 42 (43,3%) больных. Одутловатость и отек лица наблюдались у 32 (33,0%) пациентов. Расширение вен на шее, передней поверхности груди

и верхних конечностях отмечено у 85 (87,6%) больных.

Следовательно, у больных имели место признаки расстройства жизненно важных функций вследствие нарушения проходимости трахеи, пищевода, бассейна верхней полой вены, прорастания и смещения нервных стволов, сплетений шеи и средостения.

По времени оказания хирургической помощи пациентам с заболеваниями ЩЖ с жизнеугрожающими состояниями мы разделили хирургические вмешательства на неотложные и срочные.

Под неотложным хирургическим пособием следует понимать вмешательство в ближайшие часы после поступления пациента в клинику в связи с угрозой асфиксии. Операция выполнялась в тех случаях, когда мероприятия интенсивной терапии либо не обеспечивали компенсацию дыхательных расстройств, либо приносили лишь кратковременное нестабильное улучшение.

Срочные операции выполнялись у больных с угрозой развития критического состояния в тех ситуациях, когда консервативные мероприятия неэффективны, а относительно стойкое улучшение состояния позволяло в короткий срок завершить подготовку к операции. Тем не менее, у этих больных необходимо быть готовым выполнить неотложные вмешательства.

Исходя из данных клинико-рентгенологического исследования больных, избиралась тактика лечения. Больные (31 (32,0%) человек) с декомпенсацией легочно-сердечной деятельности готовились к операции в реанимационном отделении. 11 из них были сразу переведены на управляемое или вспомогательное дыхание. Другие пациенты готовились к операции в хирургической клинике, где проводилась коррекция расстройств функций дыхания, кровообращения, пищеварения. По времени выполнения операции больные разделились следующим образом: в течение первых суток (по неотложным показаниям) оперировано 1/3 пациентов (31 (32,0%) больных). У остальных 66 (68,0%) пациентов консервативные мероприятия оказались эффективными, что позволило провести более полное обследование и предоперационную подготовку. Им операция выполнена по срочным показаниям в течение вторых, третьих суток.

Все больные оперированы под общей многокомпонентной анестезией с ИВЛ. Ввиду выраженного смещения трахеи и сужения ее просвета опухолью, интубация представляла значительные трудности и требовала от анестезиолога специальных навыков. В условиях эндотрахеального наркоза вмешательства у

большинства больных удалось выполнить из шейного доступа. Продольно-поперечная стернотомия потребовалась лишь в 9 случаях — у больных ДРЩЖ.

При ПЭЗ объем операции определялся количеством узлов и их локализацией и обычно достигал объема субтотальной резекции железы или, в последние годы — тиреоидэктомии. Характер оперативных вмешательств при РЩЖ определялся степенью распространения опухоли на органы шеи и средостения, а также локализацией регионарных метастазов. Во всех операциях мы стремились к наиболее полному удалению опухоли и метастазов.

У 16 больных с ДРЩЖ распространение карцином на трахею или трахеомалация вследствие ее длительного сдавления опухолью явились показанием к трахеостомии. При наличии трахеомалации у больных с ПЭЗ мы прошивали трахею с двух сторон и фиксировали ее стенки к кивательным мышцам. После этого трахея не спадалась и необходимость в трахеостомии отпадала.

У больных ПЭЗ послеоперационный период протекал без осложнения. Осложнения после операции у больных ДРЩЖ были обусловлены местным распространением опухолевого процесса с инвазией ближайших органов и тканей. Пациенты выписывались из клиники на 5–7 сутки после операции.

При дальнейшем наблюдении установлено, что живы 47 (48,5%), умерло 50 (51,5%) пациентов. Гибель большинства пациентов связана с их преклонным возрастом, распространением РЩЖ на окружающие ткани и сопутствующими заболеваниями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предпринимавшиеся по жизненным показаниям неотложные и срочные операции при заболеваниях ЩЖ, осложнившихся компрессией органов шеи и средостения, являлись тяжелым испытанием для больного и хирурга. Анализ представленного материала свидетельствует о том, что во многих наблюдениях экстремальные ситуации могли быть исключены при условии своевременного выявления и планового оперативного лечения больных узловыми новообразованиями ЩЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гостимский А. В., Романчишен А. Ф., Селиханов Б. А. Неотложные операции на щитовидной железе. Онкохирургия. 2013; 5 (Спецвыпуск 1): 152.

2. Гостимский А.В. Хирургическое лечение детей и подростков с патогенетически разным раком щитовидной железы. Автореф... д. м. н. СПб., 2009.
3. Гостимский А.В., Скородок Ю.Л., Дитковская Л.В. Токсическая аденома щитовидной железы у детей. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2007. Т. 166. № 2. С. 89-90.
4. Романчишен, А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. СПб, ИПК Вести, 2009.
5. Романчишен А. Ф., Романчишен Ф. А., Карпатский И. В., Вабалайте К. В. Ургентные хирургические вмешательства при заболеваниях щитовидной железы и осложнениях раннего послеоперационного периода. Педиатр.2013. 4 (4): 103-115.
6. Ge J.H., Zhao R.L., Hu J.L., Zhou W.A. Surgical treatment of advanced thyroid carcinoma with aero-digestive invasion (Article in Chinese). Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. 2004; 39, (4): 237-240.
7. Kumar S., Joshi M.K. Emergency total thyroidectomy for bleeding anaplastic thyroid carcinoma: a viable option for palliation. Indian J Palliat Care. 2011; 17: 67-69.
8. Modrykamien A.M., Gudavalli R., McCarthy K. et al. Detection of upper airway obstruction with spirometry results and the flow-volume loop: a comparison of quantitative and visual inspection criteria. Respir. Care. 2009; 54, (4): P. 474-479.
9. Testini M., Logoluso F., Lissidini G. et al.. Emergency total thyroidectomy due to non traumatic disease. Experience of a surgical unit and literature review. World Journal of Emergency Surgery 2012; 7: 9.
10. Thusoo T.K., Gupta U., Kochhar K., Hira H.S. Upper airway obstruction in patients with goiter studied by flow volume loops and effect of thyroidectomy. World J. Surg. 2000; Vol. 24, № 12.: P. 1570-1572.
2. Gostimskiy A.V. Khirurgicheskoe lechenie detey i podrostkov s patogeneticheski raznym rakom shchitovidnoy zhelezy. [Surgical treatment of children and teenagers with pathogenetic different cancer of a thyroid gland]. Avtoref... d. m. n. SPb., 2009
3. Gostimskiy A.V., Skorodok Yu.L., Ditkovskaya L.V. Toksicheskaya adenoma shchitovidnoy zhelezy u detey. [Toxic adenoma of a thyroid gland at children.]. Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova. 2007. T. 166. № 2. S. 89-90.
4. Romanchishen, A.F. Hirurgiya shchitovidnoj i okoloschitovidnyh zhelez. [Surgery thyroid and okoloshchitovidnykh of glands]. SPb.: IPK Vesti, 2009. (in Russian)
5. Romanchishen A. F., Romanchishen F. A., Karpatskiy I. V., Vabalayte K. V. Urgentnye khirurgicheskie vmeshatel'stva pri zabolevaniyakh shchitovidnoy zhelezy i oslozhneniyakh rannego posleoperatsionnogo perioda. [Urgent surgery for thyroid diseases and complications of early postoperative period]. Pediatr.2013. 4 (4): 103-115.
6. Ge J.H., Zhao R.L., Hu J.L., Zhou W.A. Surgical treatment of advanced thyroid carcinoma with aero-digestive invasion (Article in Chinese). Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. 2004; 39 (4): 237-240.
7. Kumar S., Joshi M.K. Emergency total thyroidectomy for bleeding anaplastic thyroid carcinoma: a viable option for palliation. Indian J Palliat Care. 2011; 17: 67-69.
8. Modrykamien A.M., Gudavalli R., McCarthy K. et al. Detection of upper airway obstruction with spirometry results and the flow-volume loop: a comparison of quantitative and visual inspection criteria. Respir. Care. 2009; 54 (4): 474-479.
9. Testini M., Logoluso F., Lissidini G. et al.. Emergency total thyroidectomy due to non traumatic disease. Experience of a surgical unit and literature review. World Journal of Emergency Surgery. 2012; 7: 9.
10. Thusoo T.K., Gupta U., Kochhar K., Hira H.S. Upper airway obstruction in patients with goiter studied by flow volume loops and effect of thyroidectomy. World J. Surg. 2000; 24 (12): 1570-1572.

REFERENCES

1. Gostimskij A.V., Romanchishen A.F., Selihanov B.A. Neotlozhnye operacii na SHCHitovidnoj zheleze. [Urgent Thyroid gland operations]. Onkohirurgiya. 2013; 5 (Specvypusk 1): 152. (in Russian)