

*В. И. Десятерик, С. П. Михно, Л. Н. Полищук, В. В. Малунов*  
*Днепропетровская государственная медицинская академия*

## ШЕЙНО-ЗАГРУДИННЫЙ ЗОБ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКО-ЛЕЧЕБНЫЙ АЛГОРИТМ

Проведен анализ результатов хирургического лечения 381 пациента с шейно-загрудинной локализацией зоба. Определены основные клинические проявления данной локализации зоба, диагностические критерии инструментальной диагностики. Предложены диагностические и лечебные алгоритмы, а также меры по улучшению ранней диагностики.

**Ключевые слова:** шейно-загрудинный зоб, клинические проявления, хирургическое лечение.

Актуальной проблемой тиреоидной хирургии является хирургическое лечение зобов больших размеров с шейно-загрудинной локализацией. В структуре тиреоидной патологии такая форма зоба составляет от 4–16% до 16–37%. Пациенты с шейно-загрудинной локализацией зоба как правило имеют длительный анамнез заболевания и связанные с этим осложнения: наличие компрессионного синдрома, сопутствующую патологию сердечно-сосудистой и легочной систем, многообразие клинических проявлений. Эти проблемы обуславливают трудности в выборе оптимальной диагностической и лечебной тактики, а также более частое развитие послеоперационных осложнений.

**Цель исследования:** проанализировать результаты лечения пациентов с зобами больших размеров и шейно-загрудинным расположением, выработать рациональную диагностическую и лечебную программы для более раннего их выявления и коррекции с привлечением врачей общей практики.

### Материал и методы

Проведен анализ хирургического лечения 1152 пациентов с различными формами зоба, оперированных на базе клинической больницы № 2 города Кривого Рога за период 2002–2012 гг. Диагностическая программа включала в себя: общеклиническое и биохимическое исследование крови, определение уровней гормонов щитовидной железы в крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы и голосовых связок, УЗИ сосудов шеи, обзорную рентгенограмму грудной клетки, компьютерную томографию шеи и средостения, ларингоскопию, электрокардиографическое исследование, исследование функции внешнего дыхания (ФВД). Степень шейно-загрудинного расположения зоба определяли по классификации А. Ф. Романчишена.

### Результаты и обсуждение

Наличие шейно-загрудинной локализации зоба установлено у 381 (33%) пациента, среди них большую часть 351 (92,1%) составили женщины и лишь 30 (7,9%) – мужчины. Возраст пациентов варьировал от 18 до 83 лет, при этом подавляющее большинство составила возрастная группа от 60 лет и старше – 134 (35,2%). У 274 (71,9%) пациентов диагностирован узловой зоб, у 107 (28,1%) – токсический зоб.

Степень шейно-загрудинного расположения зоба определяли путем комплексной оценки клинического, инструментального обследования и данных интраоперационной ревизии. При этом было установлено наличие первой степени у 33 (8,7%), второй – у 109 (28,6%), третьей – у 213 (55,9%), четвертой – у 24 (6,3%), пятой – у 2 (0,5%) пациентов. При ретроспективном анализе анамнеза развития зобной болезни у исследуемой группы пациентов по данным опроса, изучения амбулаторных карт, историй болезни, протоколов операций установлено преобладание так называемого вторичного загрудинного зоба, характерной особенностью которого является длительный период развития и постепенное смещение части щитовидной железы за грудину. По нашим данным такая форма имела место у 380 (99,7%) пациентов, со средней продолжительностью заболевания  $7,2 \pm 0,6$  года. Первичный загрудинный зоб, источником которого является эктопированная тиреоидная ткань не связанная со щитовидной железой обычной шейной локализации, диагностирован у одной пациентки. У 154 (40,4%) пациентов зобная болезнь диагностирована после длительного и безуспешного обследования и лечения клинических синдромов, которые одновременно являлись и следствием шейно-загрудинной локализации ЩЖ и «маскировались» под различные заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Проявление шейно-загрудинного зоба характеризовалось преобладанием признаков компрессионного синдрома со специфическими жалобами, клиническими данными и инструментальным подтверждением. Так, 352 (92,4%) пациентов предъявляли жалобы на наличие «чувства комка» в области шеи, усиливающиеся при изменении положения головы, приеме плотной пищи. У 103 (27%) пациентов наблюдался периодический кашель, особенно в горизонтальном положении туловища или незначительной компрессии шеи одеждой. Нарушения фонации различной степени наблюдалось у 19 (5%) пациентов. Среди клинических проявлений преобладали симптомы деформации шеи, усиление сосудистого рисунка на коже шеи и передней грудной стенки.

Основным объективным подтверждением шейно-загрудинного зоба является инструментальная диагностика, среди которой первое место занимает УЗИ шеи. Обязательным условием ультрасонографии при этом является выполнение исследования на экспертном уровне, полипозиционное исследование ЩЖ с изменением положения пациента, комплексное применение датчиков с нестандартной рабочей частотой для поверхностных структур (при больших размерах ЩЖ), доплерография сосудов шеи, оценка подвижности голосовых связок, степени смещения трахеи относительно оси шеи, возможности визуализации нижних полюсов ЩЖ и степени их подвижности. Целесообразность такого комплекса УЗИ подтверждает факт наличия у 42 (11%) пациентов исследуемой группы нарушения подвижности голосовых связок, подтвержденных ларингоскопией, на дооперационном этапе, что послужило важной информацией в тактическом и деонтологическом плане. Объем ЩЖ в данной группе пациентов варьировал от 40 до 108 кубических сантиметров.

Компьютерная томография с контрастным усилением применена у 106 (27,8%) пациентов с 3–4 степенью загрудинного расположения, для уточнения локализации, степени распространения зоба, возможной инвазии в окружающие структуры. При выраженном компрессионном синдроме с целью выбора операционного доступа применяли методику определения обтурации верхней грудной апертуры.

Радикальным методом лечения зоба с шейно-

загрудинным расположением является хирургический. У 369 (96,9%) пациентов при хирургическом лечении шейно-загрудинного зоба применена цервикотомия по Кохеру с односторонним или двусторонним пересечением предтрахеальных мышц – 263 (71,3%). Показанием к ее применению были ультразвуковые критерии подвижности ЩЖ. Цервикотомия со стернотомией применена у 10 (2,6%) пациентов с фиксированным зобом 3–4 степени. При этом преимущество отдавали продольно-поперечной (Г-образной) стернотомии, которая обеспечивала удовлетворительную функциональную стабильность грудной стенки. Цервикотомия в сочетании с боковой торакотомией применена у 2 (0,5%) пациентов с пятой степенью загрудинного зоба. Тиреоидэктомию при этом начинали с пересечения перешейка, этапную мобилизацию ЩЖ выполняли с применением современных гемостатических технологий для достижения адекватного гемостаза, ложе удаленной ЩЖ дренировали активным дренажом. Интраоперационные осложнения в виде кровотечения из тиреоидных сосудов при мобилизации ЩЖ наблюдалось у 7 (1,8%). Послеоперационные осложнения развились у 14 (3,7%). Из них: 2 (0,5%) – локальный остеомиелит грудины; 1 (0,3%) – кровотечение из ложа ЩЖ в послеоперационном периоде; 6 (1,6%) – гипопаратиреоз; 5 (1,3%) – односторонний парез возвратного нерва. Летальных случаев не наблюдалось. В сравнении результатов хирургического лечения пациентов с обычным шейным расположением ЩЖ послеоперационные осложнения наблюдались у 0,75% пациентов.

### Выводы

Проведенный анализ подтверждает актуальность проблемы ранней диагностики и своевременности хирургического лечения зобов с шейно-загрудинной локализацией. С этой целью необходимо более глубокое ознакомления врачей первичного звена и смежных специальностей (отоларингологов, пульмонологов, неврологов, кардиологов) с особенностями клинического проявления и диагностического алгоритма шейно-загрудинных зобов. Своевременное и адекватное выполнение хирургического вмешательства является единственным радикальным методом лечения данной тиреоидной патологии.

*Стаття надійшла до редакції: 04. 08. 2013*

*В. І. Десятерик, С. П. Міхно, Л. Н. Поліщук, В. В. Малунів*  
*Дніпропетровська державна медична академія*

## ШИЙНО-ЗАГРУДИННИЙ ЗОБ: КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИЙ АЛГОРИТМ

Проведений аналіз результатів хірургічного лікування 381 пацієнта з шийно-загрудинною локалізацією зобу. Визначені основні клінічні прояви даної локалізації зобу, діагностичні критерії інструментальної діагностики. Запропоновані діагностичні та лікувальні алгоритми, а також заходи з покращення ранньої діагностики.

**Ключові слова:** шийно-загрудинний зоб, клінічні прояви, хірургічне лікування.

*V. I. Desyaterik, S. P. Mikhno, L. N. Polischuk, V. V. Malunov*  
*Dnipropetrovsk State Medical Academy*

## CLINICAL MANIFESTATION, ASSESSMENT AND TREATMENT ALGORITHM OF THE NECK AND SUBSTERNAL GOITER

The retrospective evaluation of the surgical treatment results of 381 patients with the intrathoracic goiter. Verification of the main clinical sings and criteria of the instrumental methods of assessment for the disease. Also we offer assessment and treatment algorithms as well as measures needed for the improving the early exposure.

**Keywords:** mediastinal goiter, clinical manifestation, surgical treatment.