

УДК: 616.441-006-089

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПУХЛИНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В ЗАДНЬОМУ СЕРЕДОСТІННІ

**С.М. Завгородній, В.І. Перцов, Я.В. Телушко, С.І. Савченко,
М.Б. Данилюк**

*КУ «Міська клінічна лікарня екстреної та невідкладної медичної допомоги
м. Запоріжжя»*



Завгородній Сергій Миколайович

*д-р мед. наук, проф., зав. кафедри хірургії і
анестезіології ФПО
69035, м. Запоріжжя, пр-т Маяковського, 26
Тел.: (097) 109-04-61
E-mail: gkbesmp.zp@gmail.com*

ВСТУП

Загрудинний зоб – результат тиреоптозу, поступового опускання щитовидної залози за грудину. Внутрішньогрудинний зоб розвивається, як правило, з ектопірованих ембріональних зачатків щитоподібної залози.

Основним джерелом розвитку загрудинного зоба є низькорозташована щитоподібна залоза. Виниклі в нижньому полюсі такої залози вузли в процесі росту поступово можуть опускатися за грудину і ключицю. Опір потужних передніх м'язів шиї (особливо в м'язистих чоловіків з короткою шиєю) перешкоджає росту зоба вперед, а рух вузла при ковтанні, його власна вага сприяє росту його в бік найменшого опору, в бік середостіння, тканини якого надзвичайно податливі. За грудину може зміститися велика частина зоба. У таких випадках на шиї визначається (не завжди) лише верхній полюс вузла [1, 2].

У структурі тиреоїдної патології така форма зоба становить від 4 до 37%. Більшість пухлин щитоподібної залози поширюються від шиї у верхньопереднє середостіння. Близько 75–80% медіастинальних струм розташовуються в передньому середостінні, 20–25% займають його верхньозадній відділ. Поширеність раку щитоподібної залози серед загрудинного зоба становить близько 9% [2, 3].

Пацієнти з шийно-загрудинною локалізацією зоба, як правило, мають тривалий анамнез захворювання і пов'язані з цим ускладнення: наявність компресійного синдрому, супутню

патологію серцево-судинної і легеневої систем, різноманітність клінічних проявів. Ці проблеми зумовлюють труднощі у виборі оптимальної діагностичної та лікувальної тактики, а також більш частий розвиток післяопераційних ускладнень [4].

Класифікація загрудинного зоба була вперше запропонована С. Higgins у 1927 р. Автор виділив шийно-загрудинний, загрудинно-шийний і внутрішньогрудний зоб. Шийно-загрудинна локалізація зоба, незалежно від характеру вузлових утворень, зазвичай є показанням до хірургічного втручання.

ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Хворий П., 62 років, госпіталізований в торакальне відділення КУ «Міська клінічна лікарня екстреної та невідкладної медичної допомоги м. Запоріжжя» 07.03.2016 зі скаргами на осиплість голосу, запаморочення, виражену задишку при помірному фізичному навантаженні.

Осиплість голосу спостерігалася протягом 8 місяців, за медичною допомогою не звертався, лікувався самостійно. У листопаді 2015 р. з'явилися запаморочення, невпевненість при ходьбі, в зв'язку з чим був обстежений в неврологічному відділенні.

Хворому виконана КТ органів грудної порожнини. При дослідженні у верхньому відділі середостіння справа виявлене масивне, переважно м'якотканинне, пухлиноподібне утворення з чіткими, відносно рівними контурами, розміром 90x51x108 мм. Останнє неоднорідно і нерівномірно накопичує контраст. У середостінні, переважно

навколо пухлини, визначалися численні лімфатичні вузли (близько 10 одиниць) з максимальним розміром 8 мм. Пухлиноподібне утворення відтісняє тканину правої легені без зміни прилеглої легеневої паренхіми. Є безпросвітний контакт пухлини з правою часткою щитоподібної залози і трахеєю з відтісненням останньої вліво і звуженням її просвіту до 12 мм. Також відзначається відтіснення вперед пухлиною плечоголового стовбура і щільний її контакт із стравоходом зі зміщенням останнього вліво. В легеневій паренхімі вогнищевої патології не виявлено. Висновок: враховуючи зв'язок пухлини з правою часткою щитоподібної залози, а також наявність кістозного компонента й одиничного кальцинату, є підстави підозрювати загрудинний зоб (рис. 1, 2).

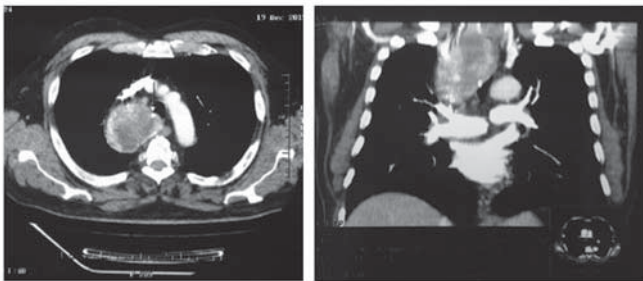


Рис. 1.

Рис. 2.

Хворий був оглянутий онкологом, ендокринним хірургом, торакальним хірургом.

Результати обстежень:

Тиреотропний гормон – 1,17 (N 0,27–4,20), тиреоглобулін – більше 500,0 (N 3,5–77,0).

Фібробронхоскопія: права стінка трахеї у верхній і середній третині відтіснена вліво. У бронхах внутрішньопросвітної патології не виявлено.

Ехокардіоскопія: ознаки помірної гіпертрофії міокарда. Порушення діастолічної функції лівого шлуночка. Систолічна функція збережена, клапанний кровотік не змінений.

Спірометрія: обструктивні порушення легкого ступеня тяжкості.

З огляду на скарги, дані анамнезу, результати лабораторних та інструментальних методів дослідження хворому рекомендовано планове оперативне лікування.

10.03.2016 під внутрішньовенною анестезією із штучною вентиляцією легень у положенні хворого на лівому боці виконана бічна торакотомія в п'ятому міжребер'ї справа довжиною до 15 см. При ревізії: в задньому середостінні є пухлиноподібне утворення

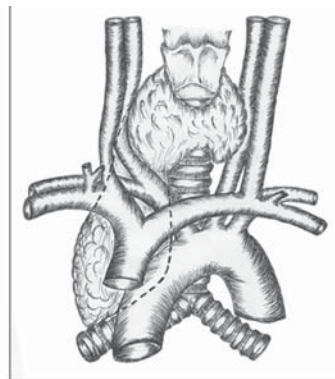


Рис. 3.

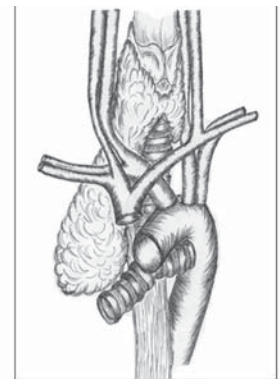


Рис. 4.

округлої форми до 11 см у діаметрі щільної консистенції. Останнє прилягає ззаду до стравоходу, медіально – до трахеї, спереду – до верхньої порожнистої вени, межує з нижньо-зовнішнім півколом дуги підключичної вени, знизу справа – з правим головним бронхом, викликаючи компресію зазначених структур. Тупим і гострим шляхом утворення відокремлене від навколишніх тканин, від стравоходу. Виконано дисекцію лімфатичних вузлів у даній ділянці. Вузли направлені на цитологічне дослідження – атипичних клітин не виявлено.

При подальшій ревізії виявлено, що утворення поширюється краніально в надключичну ділянку, позаду ключиці і підключичної вени (в переддрабинчастому просторі). У зв'язку з цим виконання оперативного втручання з торакотомного доступу є неможливим (рис. 3, 4).

Зроблено коміроподібний розріз шкіри по передній поверхні шиї довжиною до 10 см, пошарово виконано доступ до щитоподібної залози. При огляді: права частка значно збільшена в розмірі, нижній полюс опускається загрудинно з відтісненням назовні внутрішньої яремної вени і загальної сонної артерії. Пухлина опускається в заднє середостіння позаду підключичної артерії і вени.

Поетапно пересічено перешийок, виділено та перев'язано полюсні судини лівої частки щитовидної залози, ліва частка видалена. Візуалізовано поворотний нерв і паращитоподібні залози зліва.

Зі значними технічними складнощами виконано видалення правої частки щитоподібної залози.

Медіальна частина частки тупим і гострим шляхом відокремлена від трахеї, латеральна частина мобілізована після взяття на турнікет внутрішньої яремної вени, над сонною артерією і *n.Vagus*, мобілізована підключичної вена справа.

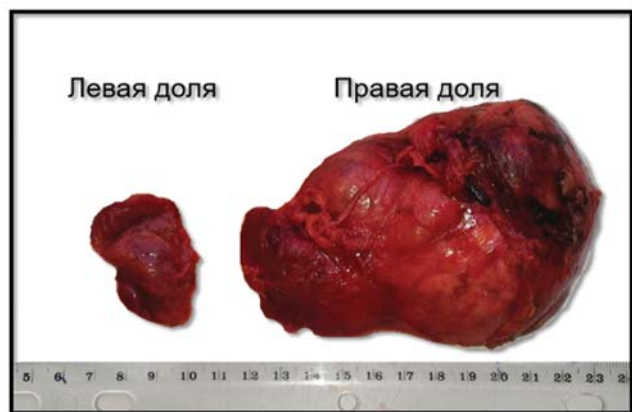


Рис. 5.

Після пересікання полюсних судин правої частки остання видалена через торакотомний доступ. Ретельний гемостаз – сухо.

Виконана лімфодисекція в ділянці шостої групи лімфатичних вузлів шиї.

Рана на шиї пошарово ушита, дренована поліхлорвініловим дренажем з активною аспірацією. Виконано ушивання торакотомної рани з дронуванням плевральної порожнини за Бюлау.

Опис макропрепаратів: щитоподібна залоза з пухлиноподібним утворенням у ділянці нижнього полюса правої частки розміром 11х6 см, утворення синюшно-бурого кольору, щільної консистенції з нерівними краями (рис. 5).

У першу добу післяопераційного періоду хворий перебував у відділенні інтенсивної терапії, надалі переведений до торакального відділення, де проводилася планова терапія: антибіотикотерапія, знеболювання, гормональна терапія (еутирокс 100 мкг/добу), введення 10% глюконату кальцію протягом 3 днів (для профілактики гіпокальцемії в ранньому післяопераційному періоді).

Паратгормон від 12.03.2016: 18,2 (N 12,0–65,0 пг/мл).

Післяопераційний період протікав без ускладнень, дренаж на шиї видалений на четверту добу, з плевральної порожнини – на шосту, шви зняті на 11-ту добу, рани загоїлися первинним натягом. Хворий виписаний з відділення на 12-ту добу в задовільному стані.

На момент виписки голос у пацієнта повністю відновлений, запаморочень і задишки немає.

Рекомендовано: гормональна терапія (еутирокс 100 мкг/добу), контроль гормонів: тиреотропний гормон, тиреоглобулін, тетраїодтиронін через

5 тижнів після виписки. Проведення тиреоїдної абляції радіоактивним йодом 131.

Патогістологічний висновок № 16CSD08536 від 22.03.2016:

1. Фолікулярна карцинома щитоподібної залози Т3N0M0 (8330/3).

2. Лімфовузли середостіння – метастазів не виявлено.

3. Лімфовузли шостої групи – метастазів не виявлено.

ВИСНОВКИ

1. При локалізації пухлини в задньому середостінні під час виконання оперативного втручання з шийного доступу можуть виникати серйозні технічні складнощі, що залежить від розміру пухлини, зрощення з прилеглими тканинами й анатомічними відхиленнями організму.

2. Стернотомія не в повному обсязі забезпечує адекватний і безпечний доступ до пухлини заднього середостіння.

3. Найбільш раціональним доступом у випадку загрудинного зоба з локалізацією в задньому середостінні може бути комбінація торакотомії в п'ятому міжребер'ї з шийним коміроподібним доступом по передній поверхні шиї.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вагнер Е.Н. Трудности и ошибки диагностики внутригрудных опухолей / Е.Н. Вагнер, В.А. Брунс, А.Н. Кубариков // Хирургия. – 1993. – Т. 10. – С. 88–91.
2. Мишель Л.А. Загрудинный зоб и «ENBLOC» резекции при местнораспространенном раке щитовидной железы / Л.А. Мишель // XI (XIII) Росс. симпозиум по хирургической эндокринологии. – 2003. – Т. 1. – С. 99–103.
3. Тимофеева Л.А. Комплексное ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография в диагностике очаговой патологии щитовидной железы / Л.А. Тимофеева // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. – № 3. – С. 484–487.
4. Трошина Е.А. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению токсического зоба / Е.А. Трошина, Н.Ю. Свириденко, В.Є. Ванушко [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2014. – № 6. – С. 67–77.

РЕЗЮМЕ

Хірургічна тактика при локалізації пухлини щитоподібної залози в задньому середостінні
С.М. Завгородній, В.І. Перцов, Я.В. Телушко, С.І. Савченко, М.Б. Данилюк

В статті описано рідкісний клінічний випадок загрудинного розташування раку щитоподібної залози – у задньому середостінні. При цьому пухлина розміром до 11 см у діаметрі виходить з нижнього полюса правої частки щитоподібної залози та опускається загрудинно з відтісненням назовні внутрішньої яремної вени та загальної сонної артерії. Пухлина опускається у заднє середостіння, позаду підключичної артерії та вени, ззаду прилягає до стравоходу, медіально – до трахеї, попереду – до верхньої порожнистої вени, межує з нижньо-зовнішнім півколом дуги підключичної вени, знизу справа – з правим головним бронхом, викликаючи при цьому компресію вказаних структур.

При такій локалізації пухлини та її розмірах під час виконання оперативного втручання з шийного доступу можуть виникати серйозні технічні складнощі, а стернотомія не забезпечує адекватного і безпечного доступу до неї.

Отже, найбільш раціональним доступом у випадку загрудинного зоба з локалізацією в задньому середостінні може бути комбінація торакотомії в п'ятому міжребер'ї з шийним коміроподібним доступом по передній поверхні шиї.

Ключові слова: загрудинний зоб, фолікулярна карцинома, щитоподібна залоза, торакотомія.

РЕЗЮМЕ

Хирургическая тактика при локализации опухоли щитовидной железы в заднем средостении

С.Н. Завгородний, В.И. Перцов, Я.В. Телушко, С.И. Савченко, М.Б. Данилюк

В статье описан редкий клинический случай загрудинного расположения фолликулярного рака щитовидной железы – в заднем средостении. При этом опухоль размером до 11 см в диаметре исходит из нижнего полюса правой доли щитовидной железы и опускается загрудинно с оттеснением наружу внутренней яремной вены и общей сонной артерии. Опухоль опускается в заднее средостенье позади подключичной артерии и вены, прилегает сзади к пищеводу, медиально – к трахее, спереди –

к верхней полой вене, граничит с ниже-наружной полуокружностью дуги подключичной вены, снизу справа – с правым главным бронхом, вызывая компрессию указанных структур.

При такой локализации опухоли и ее размерах, выполняя оперативное вмешательство из шейного доступа, можно столкнуться с серьезными техническими сложностями, а стернотомия не обеспечивает в полной мере адекватный и безопасный доступ к ней.

Поэтому наиболее рациональным доступом в случае загрудинного зоба с локализацией в заднем средостении может быть комбинация торакотомии в пятом межреберье с шейным воротникообразным доступом по передней поверхности шеи.

Ключевые слова: загрудинный зоб, фолликулярная карцинома, щитовидная железа, торакотомия.

SUMMARY

Surgical tactics in thyroid tumors located in the posterior mediastinum

S.N. Zavgorodniy, V.I. Pertsov, Y.V. Telushko, S.I. Savchenko, M.B. Danylyuk

The article described a rare clinical case of retrosternal follicular thyroid cancer located in the posterior mediastinum. The tumor was 11 cm in diameter, originating from the lower section of the right thyroid lobe, descended down retrosternally, while bulging out the internal jugular vein and common carotid artery. The tumor descended in the posterior mediastinum, from behind the subclavian artery and vein, adjoining posterior - to the back of the esophagus, medial – to the trachea, anterior - to the superior vena cava, and bordered the lower arc of the subclavian vein, inferior right - to the right main bronchus, and caused compression of structures described above.

With such a location of the tumor and its size performing surgery by cervical access poses serious technical difficulties, while sternotomy does not fully ensure adequate and secure access to the posterior mediastinal tumor.

Therefore, the most efficient access in the case of retrosternal goiter located in the posterior mediastinum would be the combination of thoracotomy in the fifth intercostal space with cervical access via the front of the neck.

Key words: retrosternal goiter, follicular carcinoma, thyroid, thoracotomy.

Дата надходження до редакції 03.08.2016 р.