

УДК 13058

Клинический пример оперативного лечения диффузно-узлового зоба.

Стяжкина С.Н.¹, Кошкина Д.А.¹, Иванова А.В.¹, Рычагова Е.С.¹

¹ ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»

Резюме: В настоящее время процент заболеваемости диффузным узловым зобом неуклонно растет, причем болезнь не носит ярких проявлений долгий промежуток времени. Поэтому больные обращаются за специализированной помощью достаточно поздно, что приводит к выбору более радикальных мер лечения данного заболевания.

Ключевые слова: заболевание щитовидной железы, гипотериоз, хирургическое лечение.

Clinical example of the surgical treatment of diffuse-nodular goiter.

Styazhkina S. N.¹, Koshkina D. A.¹, Ivanova A. V.¹, Rychagova E. S.¹

¹ Izhevsk state medical Academy

Summary: Currently, the percentage incidence of diffuse nodular goiter is growing steadily, and the disease is not striking manifestations of a long period of time. Therefore, patients seek the help of a dedicated late enough, which leads to the choice of more drastic measures of treatment of this disease.

Key words: thyroid disease, hypothyroidism, surgical treatment.

Введение

В настоящее время процент заболеваемости диффузным узловым зобом неуклонно растет, причем болезнь не носит ярких проявлений долгий промежуток времени. Поэтому больные обращаются за специализированной помощью достаточно поздно, что приводит к выбору более радикальных мер лечения данного заболевания.

Диффузно-узловой зоб — это эндокринологическое заболевание, при котором происходит разрастание тканей щитовидной железы, а также образование узловых включений в тканевой структуре органа.

Эпидемиология. Заболевание встречается чаще среди женщин. Развивается в среднем возрасте (30-50 лет), но может и появиться у лиц более молодого возраста. Причинами данного заболевания обычно служит недостаток йода в организме человека, стресс, нагрузки, недосыпание, нервные напряжения, радиоактивное излучение.

Патогенез. Диффузный узловой зоб обусловлен недостаточным поступлением йода в организм, стрессами, избыточными физическими нагрузками, нервными напряжениями. В связи с этим происходит недостаточный синтез гормонов щитовидной железы и это

приводит к компенсаторному разрастанию ее ткани. Этапы развития диффузно-узлового зоба:

1. Первый этап. Компенсаторная гипертрофия тиреоидной ткани;
2. Второй этап. Диффузная и очаговая гиперплазия тиреоцитов;
3. Третий этап. Необратимая трансформация эпителия с образованием микрофолликулов;
4. Четвертый этап. Образование и рост узла;
5. Пятый этап. Соматические мутации в узлах. Приобретение автономии.

Клиническая картина.

Ранние стадии узлового зоба щитовидной железы практически никак себя не проявляют. Крупные узловые образования могут быть выражены косметическим дефектом в области шеи.

По прошествии времени появляются механические симптомы зоба. Они возникают из-за разрастания узлов и увеличения давления на соседние органы и ткани (кровеносные сосуды, трахею, пищевод и нервы): осиплость голоса; появляется ощущение инородного тела, «комка» в горле; сухой кашель; затруднение дыхания; приступы удушья; головокружение; шум в голове; болезненность в месте образования узла.

Обычно при узловом зобе наблюдается эутиреоз, т.е. выработка гормонов не нарушается, но иногда возникает гипертиреоз или гипотиреоз. При этом могут появиться разнообразные симптомы. При гипофункции возникают боли в области сердца, часто развивается бронхит, ОРВИ, пневмония, сонливость, желудочно-кишечные расстройства, гипотония, выпадение волос, снижение температуры тела, сухость кожи. Также на фоне гипотиреоза у женщин может появиться нарушение менструального цикла и проблемы с вынашиванием. У мужчин развивается импотенция и возникает снижение либидо.

Нами был рассмотрен следующий клинический случай:

Больная Е., начало заболевания март 2016 года. В течение заболевания наблюдалось: визуальное увеличение щитовидной железы, деформация шеи, быстрая утомляемость, слабость, сонливость, головокружение, осиплый голос, затрудненное дыхание и частые простудные заболевания. При осмотре изменение контуров шеи, увеличение размеров щитовидной железы, правая доля: 6*5 см – безболезненна, левая доля: не увеличена. На основании клинических, эхографических, физикальных, лабораторно-инструментальных данных был выставлен диагноз: Диффузно-узловой зоб III степени тяжести. Эутиреоз.

03.10.16 г. обратилась в 1 РКБ г. Ижевска с жалобами на опухолевидное образование передней поверхности шеи, периодически – дискомфорт при глотании. В течение года образование увеличивалось. Была направлена на плановое оперативное вмешательство.

На амбулаторном этапе были проведены инструментально - лабораторные исследования. Результаты следующие: клинические анализы крови, мочи в пределах нормы; анализ крови на гормоны щитовидной железы в пределах нормы. УЗИ: структурные изменения и данные ЦДЖ характерны для диффузно-узловой зоба. Заключение врача эндокринолога: диффузно-узловой зоб 2 степени. Рецидивирующее течение.

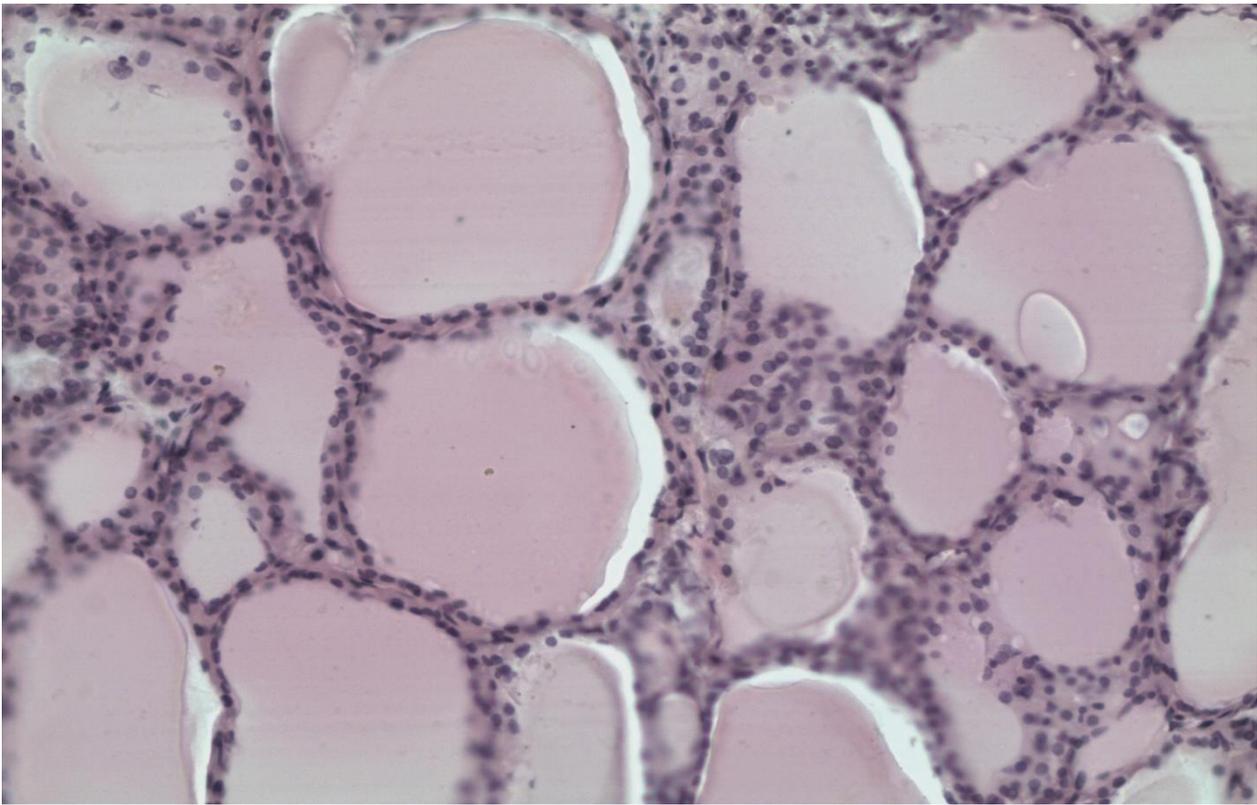
Предоперационный эпикриз:

Клиника, физикальные данные диффузно-узловой зоб 3 степени, является показанием к оперативному лечению в плановом порядке. Предположительный объем операции: гемитиреоидэктомия справа. Согласие пациентки на операцию получено.

Протокол операции:

Диффузно-узловой зоб 3 степени, эутиреоз. Гемитиреоидэктомия справа с перешейком. Дата операции 4.10.16. 9:30. Продолжительность 1 ч 20 мин. Выполнен воротникообразный разрез по Кохеру кожи и подкожножировая клетчатка. Выделена щитовидная железа. Левая доля железы 3*4 см, мягкая, узел пальпаторно не определяется. Правая доля 8*6*4 см, всю долю заполняет крупный узел плотно-эластической консистенции (размером 4*5*6 см). После перевязки верхней и нижней щитовидных артерий выполнена гемитиреоидэктомия справа. Перешеек 3*3 см (плотно-эластической консистенции) – после перевязки удален. Контроль гемостаза – сухо. В ложе правой доли железы установлен перчаточный дренаж. Послойно швы на рану. Спирт. Асептическая повязка.

Препарат – правая доля щитовидной железы с перешейком направлена на гистологическое исследование.



Заключение: Коллоидный зоб, эутиреоидное состояние. Расширенные фолликулы, заполненные коллоидом, без признаков его резорбции тиреоцитами (сниженная функциональная активность тироцитов).

Находилась на стационарном лечении в хирургическое отделение 1 РКБ с 03.10.2016 по 11.10.2016 с DS: Диффузный узловой зоб III степени, эутиреоз.

Послеоперационный период-без особенностей.

Рана заживает. Выписывается в удовлетворительном состоянии на долечивание по месту жительства, с последующей консультацией эндокринолога и определение уровня ТТГ и Т3.

Выводы:

Таким образом, в результате нашей работы мы можем сделать следующие выводы:

- Главными признаками диффузно-узлового зоба является физикальное обследование, а именно пальпация щитовидной железы, заключение УЗИ; Цитологическое исследование с консультацией онколога.
- В послеоперационном периоде уделять внимание изменению голоса больных. В случае осиплости голоса необходимо обследование у фониатра.

Литература.

1. Валдина Е.А. - Заболевания щитовидной железы - Практическое руководство, 2006
2. В.В. Серов, Н.Е. Ярыгин, В.С. Пауков. Учебное пособие. – М.: Медицина, 1986. – 368 с.: ил. – (Учебная литература для студентов медицинских институтов).
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология (учебник для студентов медицинских вузов). – М. Медицина, 2000.
4. Стяжкина С.Н., Елгашина Л.Н., Габимова С.Ф., Максимова Т.А. Выявление рака щитовидной железы у больной с узловым зобом// Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 1.;
5. Стяжкина С.Н., Мишулина Г.Ф., Плешакова А.Н. Цитологическая картина при узловом и токсическом зобе // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 4-2. – С. 217-217;
6. Стяжкина С.Н., Порываева Е.Л., Гребнева М.А., Крылова Л.Р., Панкратова И.А. Психоэмоциональное состояние пациентов с заболеваниями щитовидной железы в ближайшем и отдаленном периодах // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-1.