

в популяции отмечаются сопряженные с ожирением метаболические нарушения. Для изменения ситуации наряду с государственной политикой в области здорового питания и создания условий для занятия физической культурой необходимо формирование у населения мотивации к улучшению качества жизни.

Литература

1. Анциферов М.Б. Ожирение – эпидемия нашего столетия / М.Б. Анциферов // Эффективная фармакотерапия. – 2007. – №1. – С. 38.
2. Gurova O.Yu. Метаболические и психи-

ческие особенности пациентов с ожирением: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.Ю. Гурова. – М., 2010.

Gurova O. Yu. Metabolic and mental features of obese patients: author. dis. ... PhD / O. Yu. Gurova. – M., 2010.

3. Дедов И.И. Ожирение / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. – М.: МИА, 2004. – 456 с.

Dedov I.I. Obesity / I.I. Grandfathers, G.A. Melnichenko. – M.: MIA, 2004. – 456 p.

4. Дедов И.И. Проблема ожирения: от синдрома к заболеванию / И.И. Дедов // Ожирение и метаболизм. – 2006. – №1. – С. 2-4.

Dedov I.I. Obesity: from syndrome to disease / I.I. Dedov // Obesity and Metabolism. – 2006. – №1. – p. 2-4.

5. Климова Т.М., Фёдорова В.И., Балтахинова М.Е. Критерии ожирения для идентификации метаболических факторов риска у коренного сельского населения Якутии / Т.М. Климова, В.И. Фёдорова, М.Е. Балтахинова //

Сибирский медицинский журнал. – 2012. – №8. – С. 110-113.

Klimova T.M. Criteria for identifying obesity metabolic risk factors in native rural population of Yakutia / T.M. Klimova, V.I. Fedorova, M.E. Baltakhinova // Siberian Journal of Medicine. – 2012. – №8. – p. 110-113.

6. Do physical activity and sedentary behavior relate to cardio-metabolic risk factor clustering in indigenous Siberian adults? / H.J. Wilson [et al.] // American Journal of Human Biology. – 2015. – Vol. 27. – P. 149-156.

7. Objectively measured physical activity and sedentary behavior of Yakut (Sakha) adults / H.J. Wilson [et al.] // Annals of human biology. – 2014. – Vol. 41. – №2. – P. 178-184.

8. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report on a WHO Consultation. Technical Report Series, №894 / WHO. – Geneva, 2000. – 265 p.

В.Д. Слепцов, А.В. Тобохов, В.Н. Николаев

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЙНО-ЗАГРУДИННОГО ЗОБА

УДК 616.441-089.87

Представлен клинический случай шейно–загрудинного зоба. Описаны особенности клинической картины и диагностики шейно–загрудинного зоба, когда внутригрудное расположение зоба пальпаторно не определялось.

Ключевые слова: загрудинный зоб, тиреоэсцинтиграфия, хирургическое лечение.

The article presents a clinical case of neck and retrosternal goiter. We describe the clinical features and diagnosis of cervical-retrosternal goiter when intrathoracic goiter location cannot be determined by palpation.

Keywords: retrosternal goiter, thyroescintigraphy, surgical treatment.

Введение. Загрудинным называется зоб, значительная часть которого опускается ниже уровня яремной вырезки грудины. Степень опущения может быть различной, однако верхний полюс зоба обычно доступен пальпации. Загрудинный зоб – результат тиреоптоза, постепенного опускания щитовидной железы за грудину.

Основным источником развития загрудинного зоба является низко расположенная щитовидная железа. Возникающие в нижнем полюсе такой железы узлы постепенно в процессе роста могут опускаться за грудину и ключицу. Сопротивление мощных передних мышц шеи (особенно у людей с короткой шеей) препятствует росту зоба кпереди, а движение узла при глотании, его собственная тяжесть способствуют росту его в сторону наи-

меньшего сопротивления, в сторону средостения, ткани которого чрезвычайно податливы.

Загрудинный зоб не относится к числу редких заболеваний. Частота загрудинных зобов среди зобов обычной локализации колеблется в широких пределах – от 0,2 до 50%, составляя в среднем 3–6%. Такая пестрота статистических данных объясняется, прежде всего, отсутствием четкого определения «загрудинный зоб», поскольку нет единодушного мнения, какую же степень опускания щитовидной железы следует относить к загрудинной локализации.

По мнению Б. В. Петровского, приблизительно 12–20% всех зобов в той или иной степени опускаются за грудину.

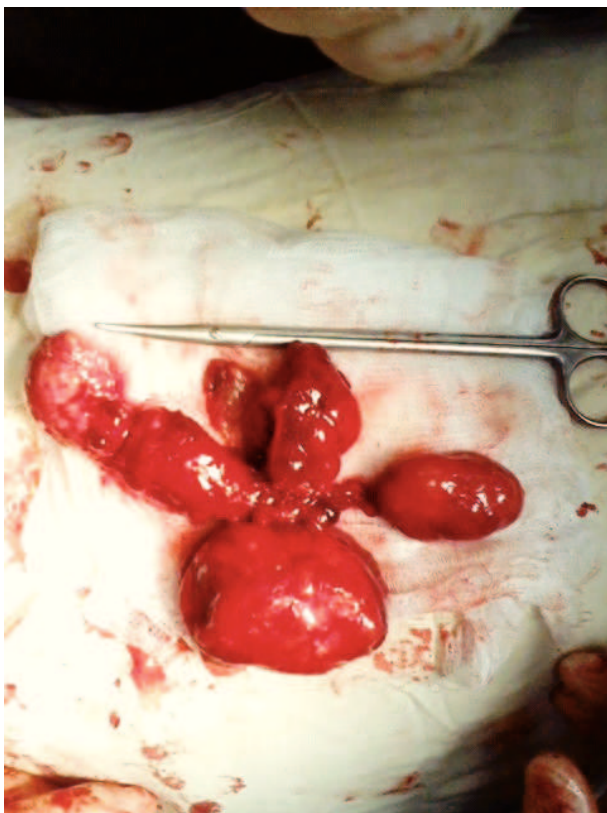
По нашим данным, шейно–загрудинный зоб встречается у 12,4% пациентов, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, соотношение мужчин и женщин составляет 1:11,5 (соответственно 8 и 92%). Шейный зоб преобладает в возрасте до 50 лет, тогда как более половины больных с шейно–загрудинным зобом были старше 50 лет, что совпадает с данными большинства отечественных и зарубежных публикаций. Шейно–за-

грудинный зоб наиболее часто наблюдается у женщин старше 50 лет, брахиморфного телосложения, с относительно короткой шеей и широкой верхней грудной апертурой, проживающих в районах Якутии, эндемичных по зобу.

Клиническая картина зависит от размеров зоба и его отношения к окружающим органам. Диагностика внутригрудного зоба очень трудна. Обычно он выявляется случайно при рентгенологическом исследовании грудной клетки и диагностируется как опухоль. В диагностике большое значение придается рентгенографии и компьютерной и магнитно–резонансной томографии, контрастному исследованию пищевода, тиреоэсцинтиграфии.

Материал и методы исследования. Больная М., 1944 г.р., жительница села, обратилась к эндокринологу клинико–консультативного отдела Республиканской больницы №1 – Национального центра медицины МЗ РС (Я) с жалобами на чувство нехватки воздуха при физической нагрузке и перемене положения тела, неприятные ощущения в области шеи, потливость. Из анамнеза заболевания известно, что многоузловым зобом страдает в

СЛЕПЦОВ Валерий Дидимович – к.м.н., врач-хирург Клинического центра ГБУ РС(Я) «РБ №1 – Национальный центр медицины»; **ТОБОХОВ Александр Васильевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», avtobohov@mail.ru; **НИКОЛАЕВ Владимир Николаевич** – к.м.н., доцент СВФУ им. М.К. Аммосова.



Макропрепарат правой доли щитовидной железы с перешейком и загрудинной частью

течение 5 лет, в последний год отмечает увеличение щитовидной железы. Два года назад обследовалась в эндокринологическом диспансере, где был установлен диагноз: многоузловой зоб с субклиническим гипертиреозом. Принимала тирозол по схеме, с тех пор за медицинской помощью не обращалась. Наследственность у больной по заболеваниям щитовидной железы не отягощена.

Больной в ККО РБ №1-НЦМ проведена тиреосцинтиграфия. На тиреосцинтиграммах отмечается увеличение щитовидной железы больше справа. Размеры правой доли 7,3 x 4,9 см, левой – 4,1 x 2,2 см. Расположение щитовидной железы на обычном уровне. Контуры обеих долей неровные, нечеткие. В обеих долях отмечаются участки с повышенным накоплением радио-

фармпрепарата по типу «теплых» узлов.

Больная в плановом порядке госпитализирована во 2-е хирургическое отделение Клинического центра РБ №1-НЦМ. При обследовании в ККО и госпитализации в ХО №2 увеличение щитовидной железы оценивалось, по Николаеву О.А., как 2-й степени. Через несколько дней после госпитализации пациентке выполнена под эндотрахеальным наркозом субтотальная резекция щитовидной железы.

Из протокола операции пациентки М.: типичный разрез по Кохеру на шее. Разведены прямые мышцы шеи. Выделена щитовидная железа. При ревизии правая доля резко увеличена в размере 8,0 x 4,0 x 3,0 см, содержит опухолевидное

образование диаметром 4,5 см в белесоватой капсуле, аденоматозного и коллоидного характера. Перешеек 4,0 x 4,5 x 1,5 см на разрезе, в глубине белесоватый участок размером 1,5 x 0,7 см. Из-за объемного образования правой доли трахея сдавлена и смещена влево, правая доля распространяется ретротрахеально. Нижний полюс переходит в загрудинное пространство (рисунок). Обе доли плотно прилегают к трахее. Левая доля размерами 4,0 x 3,5 x 1,0 см содержит кальцинат размерами 0,7 см.

Во время операции проведена экспресс-биопсия. При цитологическом исследовании в левой доле выявлен коллоидный зоб, в правой – смешанные аденомы на фоне кистозно-коллоидного зоба. При срочном гистологическом исследовании в левой

доле выявлен макрофолликулярный коллоидный зоб с очаговым фиброзом с кистозной дегенерацией, в правой – макрофолликулярный коллоидный зоб с очаговым аденоматозом, выраженным фиброзом с выраженной лимфоидной инфильтрацией.

Окончательный морфологический диагноз: макрофолликулярный коллоидный зоб с кистозной дегенерацией, очаговым фиброзом.

Заключение. Представленный случай интересен тем, что во время предоперационного обследования на шее при пальпации определялся не только верхний полюс правой доли, но и «нижний» полюс правой доли выше яремной вырезки, так как с загрудинной частью щитовидной железы с шейной частью связывал узкий участок ее ткани. Данный участок был настолько узок, что только многолетний опыт оперирующего хирурга позволил не оставить часть правой доли за грудиной. Также при тиреосцинтиграфии загрудинный участок не накапливал радиоактивный йод вследствие выраженных дегенеративных изменений, что не дало полного представления о размерах зоба. В связи с этим особую ценность приобретает проведение рентгенологических методов диагностики, позволяющих объективно оценить степень увеличения и расположения щитовидной железы, а также степень сужения просвета трахеи.

Литература

1. Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы / И.С. Брейдо. – СПб., 1998.
2. Breido I.S. Surgical treatment of thyroid diseases / I.S. Breido. – SPb., 1998.
3. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы: руководство. 3-е изд. / Е.А. Валдина. – СПб.: Питер, 2006.
4. Valdina E.A. Thyroid Diseases: guide. 3rd ed. / E.A. Valdina. – SPb., Peter, 2006.
5. Романчишен А.Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез / А.Ф. Романчишен. – СПб., 2009.
6. Romanchishen A.F. Surgery of the thyroid and parathyroid glands / A.F. Romanchishen. – SPb., 2009.