

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЗЕКЦИИ ТРАХЕИ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.К. УТЕКИН¹, Д.А. ТЕМИРБЕКОВА¹, Е.С. АЛПЫСБАЕВ¹, А.С. МАГЗАМОВА¹

¹Онкологический центр ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница», Кокшетау, Республика Казахстан

АННОТАЦИЯ

Актуальность: Хирургическое лечение является основным методом лечения при раке щитовидной железы, в том числе и при местно-распространенных процессах.

Цель исследования – продемонстрировать возможность проведения расширенной операции при местно-распространенном раке щитовидной железы с резекцией трахеи в условиях регионального онкологического центра.

Методы: В данной статье описан случай тиреоидэктомии с резекцией 4x колец трахеи без наложения трахеостомы в интра- и постоперационном периоде.

Результаты: С учетом возраста и фоновых заболеваний пациентки имелись высокие риски развития инфекционных осложнений, которые могли ухудшить качество жизни (необходимость в постоянном уходе и ежедневной санации). Пациентка хорошо перенесла операцию, анастомоз состоятелен, выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение: В основном оперативное лечение при местно-распространенных опухолях головы и шеи проводится в условиях центров опухолей головы и шеи в АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» (Алматы, Казахстан) и ГКП на ПХВ "Многопрофильный медицинский центр" (Астана, Казахстан). Есть категория пациентов, которые отказываются или не имеют возможности поехать на лечение по различным причинам не только в города республиканского значения, но и в областные центры. Такой категории пациентов должна оказываться соответствующая специализированная помощь в региональных центрах. В связи с этим хотелось бы отметить, что онкохирурги из периферических онкологических центров должны развивать свои навыки и знания в проведении расширенных операций при местно-распространенных опухолях щитовидной железы.

Ключевые слова: местно-распространенный рак щитовидной железы, резекция трахеи, ларинго-трахеальный анастомоз.

Введение: Несмотря на относительную редкость по сравнению с другими онкологическими заболеваниями, рак щитовидной железы является одним из наиболее быстрорастущих по числу диагностируемых случаев в последние десятилетия, особенно среди женщин. Заболевание может протекать бессимптомно на ранних стадиях, что затрудняет своевременную диагностику [1-3]. В статье описана первичная диагностика, ухудшение состояния за счет невыполнения рекомендаций онколога и лечение случая местно-распространенного рака щитовидной железы.

Цель исследования – продемонстрировать возможность проведения расширенной операции при местно-распространенном раке щитовидной железы с резекцией трахеи в условиях регионального онкологического центра.

Материалы и методы: В данной статье описан случай тиреоидэктомии с резекцией 4x колец трахеи без наложения трахеостомы в интра- и постоперационном периоде.

Информация о пациенте: Пациентка Ж., 80 лет, около 6 лет наблюдалась у эндокринолога по поводу диффузного зоба. При ежегодном плановом осмотре в 2020 году ультразвуковое исследование щитовидной железы показало узловое образование правой доли щитовидной железы. На консультацию онколога пациентка направлена в апреле 2022 года. На момент осмотра онкологом мобильной бригады пациентка жалоб не предъявляла, назначено дообследование. Рекомен-

дации онколога не были выполнены пациенткой. Повторно обратилась на консультацию онколога в ноябре 2022 года с жалобами на одышку, чувство нехватки воздуха, осиплость голоса. Ларингоскопически: двухсторонний парез голосовых связок. КТ головного мозга от 29.11.2022 г.: КТ признаки наружной гидроцефалии, дисциркуляторной энцефалопатии.

Диагностика: Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки от 29.11.2022 г.: Хронический бронхит. КТ органов шеи от 29.11.2022 г.: В правой доле щитовидной железы определяется образование с четким бугристым контуром, плотно прилегающее к 2/3 трахеи, с экзофитным ростом в просвет трахеи и сужением просвета, размерами 3,8×3,4 см, плотностью до +50 НУ. Верхние паратрахеальные л/узлы, размерами до 1,1 см. Заключение: КТ картина образования правой доли щитовидной железы (с-р), экзофитно прорастающего в 2/3 трахеи, с сужением просвета. Лимфаденопатия верхних паратрахеальных групп (mts в л/узлы) (Рисунок 1).

Видеобронхоскопия от 21.12.2022 г.: В верхней части трахеи имеется сужение просвета за счет сдавления и прорастания извне, плотной консистенции, гладкой поверхности; биопсию взять не удалось. Заключение: Сдавление/прорастание трахеи извне.

Пациентка категорически отказалась от наложения трахеостомы. Было предложено оперативное лечение в объеме тиреоидэктомии с резекцией трахеи.

Лечение: 21.12.2022 г. в плановом порядке госпитализирована в торакальное отделение. 23.12.2022 г. выполн-

нено оперативное лечение в объеме: тиреоидэктомия, циркулярная резекция трахеи, ларинго-трахеальный анастомоз, LD IV зоны шеи. Оперативное лечение проводилось под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Выполнен разрез кожи по Кохеру. Прямые мышцы шеи разведены в стороны по средней линии. Правая доля щитовидной железы увеличена в размерах за счет объемного образования в структуре до 4,0 см в диаметре, деревянистой консистенции, неподвижное, фиксирована к трахее, левая доля щитовидной железы без особенностей (Рисунок 2). После обработки сосудов щи-

товидной железы и ее мобилизации с целью адекватной визуализации трахеи левая доля отделена от правой по перешейку. Вскрыта полость трахеи по переднему краю опухоли, визуализировано прорастание 1-4 колец трахеи, 1 и 4 кольца 1/2, 2-3 кольца 2/3. Выполнена циркулярная резекция трахеи (4 кольца) в блоке с правой доля щитовидной железы – тиреоидэктомия с резекцией трахеи. Наложен ларинго-трахеальный анастомоз конец в конец, при проверке на аэростаз – удовлетворительно. Выполнена LD VI зоны шеи, в других областях шеи увеличенных л/узлов не выявлено (Рисунок 3).

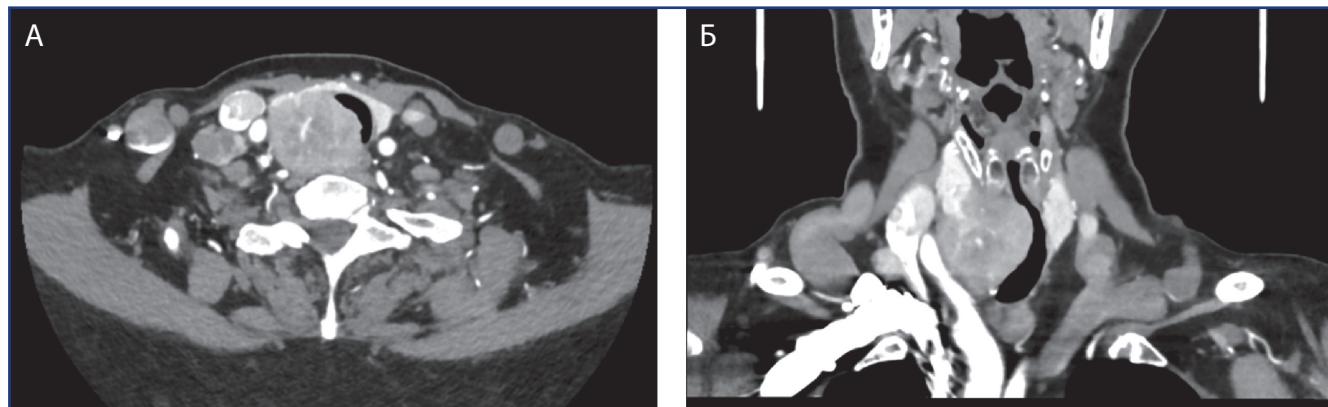


Рисунок 1 – Компьютерная томография образования правой доли щитовидной железы с субтотальным сужением просвета верхней трети трахеи у пациентки Ж, 80 лет: А - аксиальный срез; Б - фронтальный срез

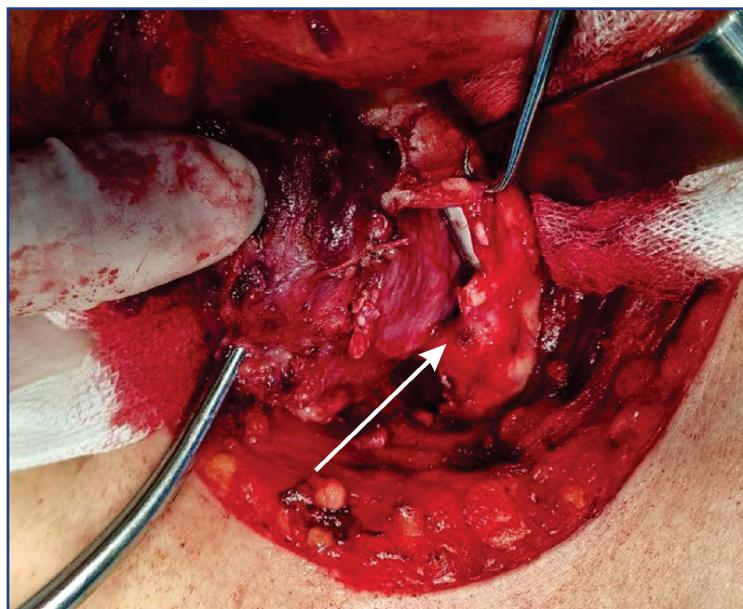


Рисунок 2 – Опухоль правой доли щитовидной железы интраоперационно, стрелкой указаны просвет трахеи и эндотрахеальная трубка

Результаты: Послеоперационный период протекал без осложнений. Сохранилась инспираторная одышка при положении на спине, в положении на левом боку дыхание удовлетворительное. Решение насчет наложения трахеостомы пациентка не изменила. 04.01.2023 г. выписана в удовлетворительном состоянии.

Плановое гистологическое заключение: Папиллярный рак правой доли щитовидной железы с прорастанием капсулы, окружающей жировой клетчатки и тра-

хеи. Mts папиллярного рака в двух л/узлах. Узловой коллоидный аденоматозный зоб левой доли щитовидной железы. M8260/3.

С учетом возраста и фоновых заболеваний пациентки имелись высокие риски развития инфекционных осложнений, которые могли ухудшить качество жизни (необходимость в постоянном уходе и ежедневной санации). Пациентка хорошо перенесла операцию, анастомоз состоятелен, выписана в удовлетворительном состоянии.

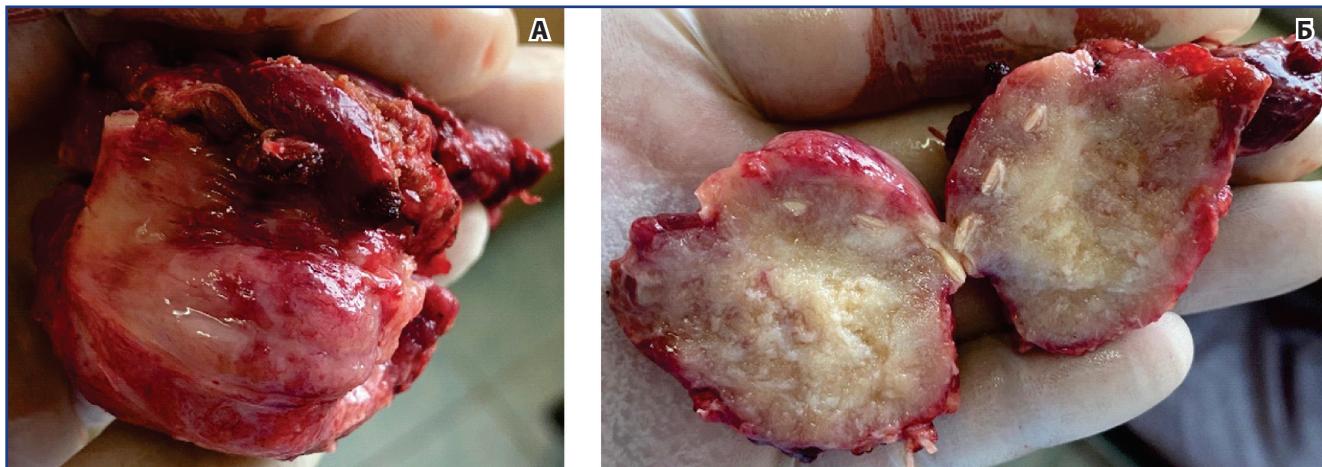


Рисунок 3 – Опухоль правой доли щитовидной железы (А), в разрезе (Б).

Временная шкала клинического случая представлена в Таблице 1.

Таблица 1 – Временная шкала случая резекции трахеи при местно-распространенном раке щитовидной железы

Период	Этап обследования и лечения
Апрель 2020	Первичная диагностика
Ноябрь 2022	Ухудшение состояния
Декабрь 2022	Лабораторные и инструментальные обследования до операции
23.12.2023	Оперативное лечение
04.01.2023	Выписка из стационара

Обсуждение: Чаще всего ларинго-трахеальный анастомоз выполняется после операции по поводу рубцовых стенозов трахеи [5, 6], в нашем же случае выполнена резекция трахеи по поводу опухолевого стеноза трахеи и обеспечило пациентке лучшие условия жизни, чем если бы была выполнена трахеостомия в постоперационном периоде.

Хотя в определенных случаях наложение трахеостомы является жизненно необходимым, данная процедура имеет ряд недостатков и осложнений, таких как повышенный риск местной или дыхательной инфекции, особенно при длительном использовании и недостаточном уходе; возможное смещение трубки, приводящее к дыхательной недостаточности; образование грануляций, кровотечения, сужение трахеи, особенно при длительном использовании. Требуется регулярная чистка, замена трубки, а также наблюдение за состоянием кожи. Таким образом, пациент нуждается в постоянном уходе [4, 6].

Заключение: В основном оперативное лечение при местно-распространенных опухолях головы и шеи проводится в условиях центров опухолей головы и шеи в АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии (Алматы, Казахстан) и ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» (Астана, Казахстан). Есть категория пациентов, которые отказываются или не имеют возможности поехать на лечение по различным причинам не только в города республиканского значения, но и в областные центры. Такой категории пациентов должна оказываться соответствующая специализированная помощь в региональных центрах.

В связи с этим хотелось бы отметить, что онкохирурги из периферических онкологических центров должны развивать свои навыки и знания в проведении расширенных операций при местно-распространенных опухолях щитовидной железы.

Список использованных источников:

1. Румянцев П.О., Ильин А.А., Румянцева У.В., Саенко В.А. Рак щитовидной железы. Современные подходы к диагностике и лечению. – ГЭОТАР-Медиа, 2009 [Rumyantsev P.O., Il'in A.A., Rumyantseva U.V., Saenko V.A. Rak shhitovidnoj zhelezy. Sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniyu. – GE'OTAR-Media, 2009 (in Russ.)]. – <https://www.labirint.ru/books/261615>
2. Качко В.А. Клинические, иммунологические и генетические факторы прогноза высокодифференцированного рака щитовидной железы: Дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 2019. [Kachko V.A. Klinicheskie, immunologicheskie i geneticheskie faktory prognoza vysokodifferencirovannogo raka shhitovidnoj zhelezy: Dis. ... kand. med. nauk. — Moskva, 2019 (In Russ.)]. – <https://www.endocrincentr.ru/specialists/science/dissertacionnyy-sovet/dissertaciiklinicheskie-immunologicheskie-i-geneticheskie-faktory-prognoza>
3. Смирнова В.А., Семкина Г.В., Платонова Н.М., Ванушкин В.Э. Папиллярная микрокарцинома щитовидной железы // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2015. – №11(2). – С. 11-24 [Smirnova V.A., Semkina G.V., Platonova N.M., Vanushko V.E. Papillyarnaya mikrokarcinoma shhitovidnoj zhelezy // Klinicheskaya i eksperimental'naya tireoidologiya. – 2015. – №11(2). – С. 11-24 (in Russ.)]. – <https://doi.org/10.14341/ket2015211-24>
4. Горбачев В.И., Итыгилов М.Ю. Некоторые нормативные аспекты трахеостомии // Анестезиология и реаниматология. – 2019. – №(5). – С. 22-29 [Gorbachev V.I., Itygilov M.Yu. Nekotorye normativnye aspekty tracheostomii // Anesteziologiya i reanimatologiya. – 2019. – №(5). – С. 22-29 (in Russ.)]. – <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology201905122>
5. Жихарев В.А., Бостанова А.М., Поляков И.С., Корячкин В.А., Порханов В.А. Клинический случай успешного ведения пациента после ларинготрахеальной резекции, осложнившейся двусторонним параличом гортани // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2019. – №16(5). – С. 65-71 [Zhixarev V.A., Bostanova A.M., Polyakov I.S., Koryachkin V.A., Porxanov V.A. Klinicheskij sluchaj uspeshnogo vedeniya pacienta posle laringotraxeal'noj rezekcii, oslozhnivshejся dvustoronnim paralichom gortani // Vestnik anesteziologii i reanimatologii. – 2019. – №16(5). – С. 65-71 (in Russ.)]. – [http://doi.org/10.21292/2078-5658-2019-16-5-65-71](https://doi.org/10.21292/2078-5658-2019-16-5-65-71)
6. Иноземцев Е. О., Скворцов М. Б., Махутов В. Н., Лепехова С. А., Григорьев Е. Г. Циркулярная резекция трахеи по поводу рубцового стеноза // Acta Biomedica Scientifica. – 2016. – №4 (110). – С. 150-155 [Inozemcev E. O., Skvorcov M. B., Maxutov V. N., Lepexova S. A., Grigor'ev E. G. Cirkulyarnaya rezekciya trachei po povodu rubcovogo stenozha // Acta Biomedica Scientifica. – 2016. – №4 (110). – С. 150-155 (in Russ.)]. – <https://cyberleninka.ru/article/n-tsirkulyarnaya-rezektsiya-trahei-po-povodu-rubtsovogo-stenozha>

АНДАТПА

ЖЕРГІЛІКТІ ТАРАЛГАН ҚАЛҚАНША БЕЗІ ОБЫРЫНДАҒЫ КЕҢІРДЕК РЕЗЕКЦИЯСЫ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАДАЙ

Н.К. Утекин¹, Д.А. Темирбекова¹, Е.С. Алпысбаев¹, А.С. Магзамова¹

¹ЩЖК МКК «Көпбейінді облыстық ауруханасы» Онкологиялық орталығы, Қекшетау, Қазақстан Республикасы

Озектілігі: Қалқашна безі обырының негізгі емі хирургиялық ем болып табылады, сонымен қатар жергілікті таралған қалқанша безі обырында.

Зерттеудің мақсаты – облыстық онкологиялық орталығында жергілікті таралған қалқанша безі обырында кенірдек резекциясын жасаіп отыра кеңейтілген ота жасау мүмкіндігін көрсету.

Әдістері: бұл мақалада ота кезінде және отадан кейінгі кезеңде трахеостомасыз кеңірдектің 4 сақинасын қоса отырып тиреоидектомия жағдайы көрсетілген.

Нәтижелері: науқастың жасы мен қосылқы аурулары салдарынан инфекциялық асқынұлардың даму қауыт жогары, сол себепті науқастың омір сапасы нашарлау мүмкін еді (күнделікті күтім және тазалау қажеттілігі туындаиды). Науқас отаны жақсы көтерді, анастомоз тұрақты, қанагаттанарлық жағдайда шыгарылды.

Қорытынды: жаңай жергілікті таралған бас және мойын ісіктепі орталығы бар, яғни Қазақ Ұлттық Ғылымы Институтына немесе Астана қаласындағы КМО-да жасалады. Кейбір науқастар әр түрлі себептермен жогарыда көрсетілген орталықтарға барып емделуге қарсы немесе жағдайлары көлемейді, сол себепті осы науқастарға жогары мамандандырылған көмек облыстық деңгейде көрсетілуі тиіс. Осыған орай облыстық онкохирургтардың жергілікті таралған қалқанша без обыры кезіндегі ота жасау багытында біліктілігі бен білімдерін артыру қажеттілігін айта кеткен жон.

Түйінді сөздер: жергілікті таралған қалқанша безі обыры, кенірдек резекциясы, көмей-кеңірдек анастомозы.

ABSTRACT

TRACHEAL RESECTION FOR LOCALLY ADVANCED THYROID CANCER: A CLINICAL CASE

N.K. Utekin¹, D.A. Temirbekova¹, Y.S. Alphysbaev¹, A.S. Magzamova¹

¹Oncology Center, Multidisciplinary Regional Hospital, Kokshetau, the Republic of Kazakhstan

Relevance: Surgical treatment is the primary treatment for thyroid cancer, including locally advanced disease.

The study aimed to demonstrate the possibility of performing extended surgery for locally advanced thyroid cancer with tracheal resection in a regional oncology center.

Methods: This article describes a case of thyroidectomy with resection of 4 tracheal rings without the placement of a tracheostomy in the intra- and postoperative period.

Results: Given the patient's age and underlying medical conditions, there was a high risk of developing infectious complications that could have worsened her quality of life (requiring constant care and daily sanitation). The patient tolerated the surgery well, the anastomosis was intact, and she was discharged in satisfactory condition.

Conclusion: Surgical treatment for locally advanced head and neck tumors is primarily performed at KazIOR and the Astana Multidisciplinary Medical Center. There is a category of patients who refuse or are unable to travel for treatment, not only to cities of national significance but also to regional centers. This category of patients should be provided with appropriate specialized care in regional centers. In this regard, it should be noted that cancer surgeons from peripheral oncology centers should improve their skills and knowledge in further extended operations for local thyroid tumors.

Keywords: locally advanced thyroid cancer, tracheal resection, laryngotracheal anastomosis.

Прозрачность исследования: Авторы несут полную ответственность за содержание данной статьи.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Вклад авторов: вклад в концепцию, создание научной статьи – Утекин Н.К., Темирбекова Д.А.; научный дизайн, интерпретация заявленного научного исследования – Утекин Н.К., Алпысбаев Е.С.; исполнение заявленного научного исследования – Утекин Н.К., Магзамова А.С.

Сведения об авторах:

Утекин Н.К. (корреспондирующий автор) – заведующий отделением онкохирургии, Онкологический центр ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница», г. Кокшетау, Республика Казахстан, тел. +77751526464, e-mail: nn_sko@mail.ru, ORCID: 0009-0002-0462-2723;

Темирбекова Д.А. – врач онколог-хирург отделения онкохирургии, Онкологический центр ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница», г. Кокшетау, Республика Казахстан, тел. +77474428913, e-mail: dian_dianochka@inbox.ru, ORCID: 0009-0005-8890-8439;

Магзамова А.С. – врач онколог-хирург, врач-химиотерапевт отделения Химиотерапии Онкологического центра ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница», г. Кокшетау, Республика Казахстан, тел. +77753093783, e-mail: aigera_magzamova@mail.ru, ORCID: 0009-0000-4173-3364;

Алпысбаев Е.С. – врач-химиотерапевт отделения Химиотерапии Онкологического центра ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница», Республика Казахстан, тел. +77770106110, e-mail: alphysbaev.yelaman@mail.ru, ORCID: 0009-0006-6166-9666;

Адрес для корреспонденции: Утекин Н.К., Онкологический центр ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница», ул. Акана серэ 1б, Кокшетау 020000, Республика Казахстан.