

## СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ СПОНТАННОЙ ГЕМАТОМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РАЗВИТИЕМ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ ОСЛОЖНЕНИЙ

*В.Е. Загайнов, С.А. Васенин, Т.А. Некрасова, И.Г. Григорян, Л.Г. Стронгин*

*Нижегородская государственная медицинская академия*

### **A Case of Giant Spontaneous hematoma of the Thyroid with Life-treating Complications**

*V. Saiganov, S. Vasenin, T. Nekrasova, I. Grigorian, L. Strongin*

*Medical Academy of Nizhni Novgorod*

Несмотря на то что эндокринные железы относятся к тканям с высокой васкуляризацией, случаи развития нетравматических гематом этих органов крайне редки [2]. Это справедливо и в отношении щитовидной железы (ЩЖ), где известны паренхиматозные кровоизлияния, особенно при наличии узлов и кист [1–3], включая массивные, жизнеугрожающие, с формированием крупных гематом [4, 7]. Ведение больных с массивной спонтанной гематомой ЩЖ сопряжено с рядом диагностических, тактических и технических трудностей, особенно при отсутствии настороженности врачей в отношении этой редкой патологии. Диагностические трудности связаны с остротой, скоростью и тяжестью возникающих неспецифических симптомов, ограниченным временем обследования. Тактика ведения подобных пациентов больше напоминает “погоню” за максимально угрожающими жизни состояниями (асфиксия, рефлекторные нарушения гемодинамики вследствие смещения каротидного сосудисто-нервного пучка или его сдавления). Технические трудности хирургического вмешательства связаны с массивностью гематомы, отсутствием информации о ее источнике и необходимостью подготовки врача в области сосудистой хирургии.

Как правило, кровоизлияние в ЩЖ характеризуется острым началом без каких-либо продромальных симптомов, быстрым увеличением органа и внезапным развитием болевого синдрома. Боль патогенетически связана с растяжением капсулы ЩЖ в результате формирования гематомы, вариативна по

интенсивности [3], обычно локализуется в тиреоидной зоне, иногда — в околоушной и челюстной областях или в латеральных отделах шеи. При физикальном обследовании выявляются локальные симптомы (болезненность при пальпации, иногда — флюктуация), причем клинические и биохимические показатели крови нередко остаются в пределах нормы [1], хотя в некоторых случаях возможен легкий транзиторный тиреотоксикоз [2, 6]. Клиническая картина может существенно меняться при развитии осложнений (тяжелая кровопотеря, синдромы сдавления органов шеи и средостения). Компрессионные синдромы рассматривают как редкие, но потенциально опасные осложнения, чаще всего проявляющиеся дисфагией, дисфонией и компрессионной обструкцией дыхательных путей (клинически — внезапное увеличение ЩЖ и прогрессирующее удушье) [7].

Дифференциальная диагностика затруднена тем, что наиболее типичный симптомокомплекс (внезапное увеличение и боль в ЩЖ) может возникать при многих тиреоидных заболеваниях (острый и подострый тиреоидит, радиоактивное повреждение ткани ЩЖ, хирургическая и механическая травма и т. д.). Чаще всего кровоизлияние в паренхиму ЩЖ приходится дифференцировать с подострым тиреоидитом. В пользу спонтанной гематомы в данном случае будет свидетельствовать отсутствие системных воспалительных сдвигов. Кроме того, для дифференциальной диагностики важны результаты УЗИ ЩЖ и пункционной биопсии [1]. Иногда, особенно

при массивном кровотечении, приходится исключать экстракраниальную аневризму сонной артерии, и в этом случае наиболее информативным методом обследования является компьютерная томография (КТ) [5].

Трудности лечения массивных спонтанных гематом ЩЖ могут быть связаны с необходимостью экстренного хирургического вмешательства и с его сложностью при наличии осложнений, особенно компрессионного синдрома [5].

Таким образом, обширная спонтанная гематома ЩЖ относится к редким заболеваниям и характеризуется определенными трудностями в постановке диагноза, дифференциальной диагностике и выборе адекватного метода лечения больного.

Приводим клинический пример гигантской спонтанной гематомы левой доли ЩЖ со смещением трахеи и распространением на мягкие ткани шеи и передневерхнего средостения.

Пациентка К., 67 лет, была экстренно госпитализирована в хирургический стационар 18.07.06. Обратилась самостоятельно. При поступлении предъявляла жалобы на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, умеренной интенсивности боли в области образования и на осиплость голоса.

Со слов пациентки, вечером 08.07.06 на фоне полного благополучия внезапно почувствовала боль в области передней поверхности шеи. Она обратила внимание на появление опухолевидного образования на шее, которое стало быстро увеличиваться. Возможность травмы, применение антикоагулянтов, предшествующие заболевания ЩЖ пациентка отрицает. Бригадой скорой помощи была доставлена в терапевтический стационар с подозрением на тиреоидит, где по этому поводу в течение недели проводилась консервативная терапия с небольшим эффектом, с последующей рекомендацией продолжить обследование и лечение в амбулаторном порядке.

Больная самостоятельно обратилась в хирургический стационар. При поступлении предъявляла жалобы на наличие опухолевидного образования, затруднение при дыхании, особенно в ночное время. Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Эмоционально лабильна. Кожные покровы нормального цвета и влажности, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких — везикулярное дыхание с частотой 20–22 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 88 ударов в мин, АД 180/100 (пациентка страдает гипертонической болезнью, гипотензивные препараты принимает нерегулярно). Живот обычной конфигурации, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, почки, селезенка не пальпируются.

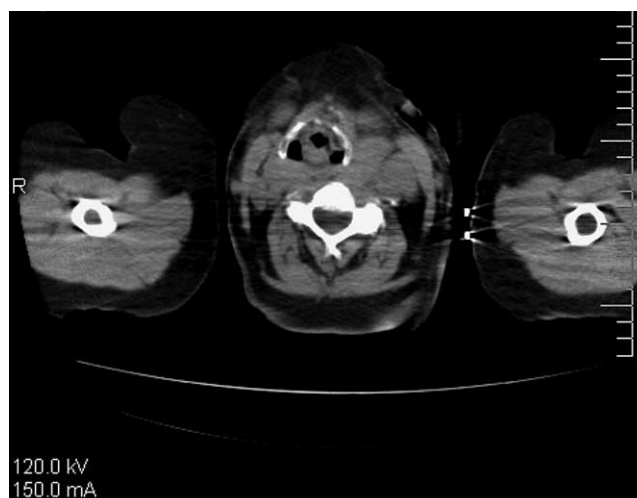


Рис. Больная К., 67 лет. Спиральная КТ. Отмечается значительное смещение трахеи вправо за счет образования в проекции левой доли ЩЖ.

**Status localis:** на передней поверхности шеи, больше слева, визуально определяется опухолевидное образование, усилен венозный сосудистый рисунок кожи. Активные движения головы и шеи ограничены. При пальпации опухолевидное образование плотно-эластичной консистенции размером 10 × 15 × 8 см., малоподвижное, определяется передаточная пульсация, пальпация умеренно болезненна.

Предварительный диагноз: спонтанный разрыв ветви сонной артерии или ее основного ствола.

В общем анализе и при биохимическом исследовании крови, а также в общем анализе мочи патологических сдвигов не выявлено.

По результатам УЗИ от 18.07.06 контуры ЩЖ ровные, границы четкие, размеры: правой доли — 64 × 24 × 26 мм, левой — 74 × 28 × 36 мм; эхогенность обычная, эхоструктура неоднородная. По задней поверхности левой доли определяется эхонегативное образование неоднородной структуры, оттесняющее трахею вправо с ее сдавливанием. По экстренным показаниям в этот же день выполняется спиральная компьютерная томография (СКТ) шеи и верхней половины грудной клетки (рис.). При СКТ также визуализируется дополнительное образование размером 53 × 96 × 102 мм. Верхний полюс образования достигает хрящей гортани, нижний — дуги аорты. Трахея в верхней и средней трети смещена вправо до 30 мм, щелевидно сужена — минимальная ширина просвета 8 мм. Левые сонная и подключичная артерии оттеснены назад и огибают образование по заднелатеральной поверхности.

Заключение: КТ-картина объемного образования мягких тканей шеи и переднего средостения слева (гематома? аневризма?).

Осмотр оториноларинголога от 18.07.06 выявил левосторонний парез гортани.

18.07.06 выполнена пункция образования под УЗ-контролем, получена темная кровь.

По совокупности данных клинического, лабораторного и инструментального обследования установлен диагноз “гигантская спонтанная гематома шеи”. Источник гематомы не ясен. Больной назначена предоперационная подготовка с целью нормализации артериального давления.

19.07.06 выполнена операция. Продольным разрезом по переднему краю кивательной мышцы слева выделен сосудисто-нервный пучок и взят на турникет. При дальнейшей мобилизации выявлено резкое увеличение левой доли ЩЖ со смещением трахеи вправо. Вскрыта собственная фасция ЩЖ. При этом вскрылась гематома со сгустками, последняя эвакуирована, продолжающегося кровотечения нет. Распространения гематомы на окружающие фасциальные пространства нет. Левая доля ЩЖ разможена, правая доля не изменена. Выполнена гемитиреоидэктомия. Течение послеоперационного периода гладкое. Самостоятельно исчезла осиплость голоса, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 5 сут, после чего пациентка в удовлетворительном состоянии на 7 сут выписана на амбулаторное лечение.

В данном случае с самого начала заболевания у пациентки имелись все типичные клинические проявления обширной спонтанной гематомы ЩЖ: внезапное и одномоментное развитие увеличения ЩЖ и болевого синдрома в ее области, без системных воспалительных сдвигов, существенных биохимических нарушений и отклонений в общем анализе крови и мочи. Манифестировали лишь признаки компрессионного синдрома (появление охриплости

голоса по мере увеличения размеров гематомы). Основной причиной несвоевременной диагностики заболевания при первичной госпитализации стало отсутствие настороженности врачей в отношении данной патологии. Правильная оценка клинических данных при поступлении позволила составить адекватный план обследования и в течение одного дня получить инструментальные подтверждения наличия собственно гематомы. Своевременное выполнение хирургического вмешательства позволило избежать возможных тяжелых осложнений.

### Список литературы

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреоидология: Учебное пособие. М.: Медицина, 2007. 816 с.
2. Onal I.K., Dagdelen S., Atmaca A. et al. Hemorrhage into a thyroid nodule as a cause of thyrotoxicosis. // Endocr. Pract. 2006. V. 12 (3). P. 299–301.
3. Mizokami T., Okamura K., Hirata T. et al. Acute spontaneous hemorrhagic degeneration of the thyroid nodule with subacute thyroiditis-like symptoms and laboratory findings // Endocr. J. 1995. V. 42 (5). P. 683–689.
4. Paleri V., Maraju R.S., Ali M.S., Ruckley R.W. Spontaneous retro- and parapharyngeal haematoma caused by intrathyroid bleed // J. Laryngol. Otol. 2002. V. 116 (10). P. 854–858.
5. Ruaux C., Serrano E., Berjaud J. et al. Spontaneous hematoma of the thyroid gland: apropos of 2 cases // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord.). 1992. V. 113 (1). P. 61–63.
6. Hamburger J.I., Taylor C.I. Transient thyrotoxicosis associated with acute hemorrhagic infarction of autonomously functioning thyroid nodules // Ann. Intern. Med. 1979. V. 91 (3). P. 406–419.
7. Chang C.C., Chou Y.H., Tiu C.M. et al. Spontaneous rupture with pseudoaneurysm formation in a nodular goiter presenting as a large neck mass // J. Clin. Ultrasound. 2007. V. 35 (9). P. 518–520.