

НЕОБЫЧНОЕ РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Вельшер Л.З., Дудицкая Т.К., Решетов Д.Н.,
Матвеева С.П., Асиновский И.Г.,
Смагина Л.Н., Уклонский А.Н.

Московский государственный
медико-стоматологический университет.
Кафедра онкологии и лучевой терапии
НУЗ «ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД»

UNUSUAL COMPLICATIONS AFTER EXTENDED COMBINED SURGERY FOR THYROID CANCER.

Velsher L.Z., Duditskaya T.K., Reshetov D.N.,
Matveeva S.P., Asinovskov I.G.,
Smagina L.N., Uklonskii A.N.

Moscow State Medical Stomatological University.
The department of oncology and radiotherapy
Central Clinical Hospital #2 named after Semashko N.A. of JSC
"Russian Railways"

Клиническое наблюдение редкого осложнения после перевязки шейной части грудного лимфатического протока при операции по поводу метастатического рака щитовидной железы. Осложнение в виде массивного хилезного асцита и хилезного гидроторакса.

Ключевые слова: *Рак щитовидной железы, грудной лимфатический проток, лимфоррея, хилезный асцит, хилезный гидроторакс.*

The case of rare complication after ligation of cervical part of thoracic duct in operation for metastatic thyroid cancer. The complication was a massive chylous ascitis and chylothorax.

Key words: *Thyroid cancer, thoracic duct, lymphorrhea, chylous ascitis, chylothorax.*

Б-ой А., 31 год, поступил в отделение опухолей головы и шеи ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» 11.05.2011. Диагноз: рак щитовидной железы T4N2M0. Болен с 2000 года, тогда заметил опухоль на шее слева. При обращении к хирургу по месту жительства диагностирован неспецифический лимфаденит. Проводилось консервативное лечение без эффекта. В последующем опухоль увеличилась, появились другие уплотненные лимфатические узлы. Отмечено увеличение щитовидной железы за счет узловых образований. При обращении в нашу клинику выявлен рак щитовидной железы, метастазы в лимфатических узлах шеи с обеих сторон и в лимфатических узлах верхних отделов переднего средостения (по данным клинического осмотра, КТ органов грудной клетки, УЗИ щитовидной железы, лимфатических узлов шеи). Увеличенные узлы на шее с обеих сторон по ходу сосудисто-нервного пучка до 3-5 см в диаметре. По данным цитологического исследования верифицирован рак щитовидной железы. 12.05.2011 выполнена операция в объеме: тиреоидэктомия, передняя шейная лимфодиссекция, фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи с обеих сторон.

Гистологическое исследование № 14236-55/11: папиллярный рак щитовидной железы с очагами фолликулярного строения, диффузный характер роста с распространением на всю железу, с про-

растанием капсулы железы, с разрастаниями в окружающей жировой клетчатке. Метастазы в лимфатических узлах паратрахеальной клетчатки, клетчатки шеи справа и слева. Слева конгломерат метастатических узлов размером до 6,0 см располагается на уровне средней трети сосудистого пучка, слева такого же размера распространяется за ключицу на 3-4 см.

После операции отмечена лимфоррея из послеоперационной раны, по поводу чего предпринимались консервативные мероприятия – без клинического эффекта. 23.05.2011 выполнена ревизия послеоперационной раны: у латерального края внутренней яремной вены обнаружено зияющее отверстие общего грудного лимфатического протока с каллезными краями, диаметром около 1,5 мм. Устье протока удалось захватить в зажим, перевязать и прошить с последующей тампонадой места ушивания участком кивательной мышцы. 25.05.2011 у пациента появились жалобы на анурию, боли в животе, преимущественно в поясничной области и в низу живота. По мочевому катетеру – 20 мл3 светлой мочи. Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: выявлен асцит в небольшом количестве, выраженный пневматоз кишечника. Отмечено ограничение подвижности почек, расширения ЧЛС не выявлено. Кортико-медулярная дифференциация четкая. При обзорной рентгенографии органов брюшной

полости: справа в области мезогастрия обнаружен единичный тонкокишечный уровень жидкости и много газа в тонкой и толстой кишке без уровней. Свободного газа нет.

Клиническая ситуация расценена как острый живот, в связи с чем проведена 25.05.2011 по де-журству в 19.05 выполнена диагностическая лапароскопия – выявлен хилезный выпот белого цвета в левой подвздошной области в количестве 500-600 млЗ. Видимые петли кишечника перистальтируют. Паренхиматозные органы без патологических изменений. Червеобразный отросток без изменений. При ревизии отмечается имбибиция забрюшинной клетчатки с пропотеванием лимфы в свободную брюшную полость. Выполнено дренирование брюшной полости. Произведена КТ органов грудной клетки, при которой выявлен двусторонний гидроторакс, больше справа, отек клетчатки заднего средостения, клетчатки и мягких тканей нижней трети шеи, компрессия базальных отделов легких, больше справа.

Ситуация расценена как индивидуальная особенность анатомического строения грудного лимфатического протока (магистральный тип). Повышение давления в просвете протока в связи с перевязкой вызвала нарушение его целостности с истечением лимфы в забрюшинную клетчатку, брюшную и плевральные полости. Для уменьшения давления в магистральном протоке разработана консервативная тактика – сухоедение, компенсация гипопроотеинемии путем переливания одногруппной плазмы до 500 мл в сутки, лечение антибиотиком широкого спектра действия в максимальной дозе (тазоцин 4,5 х 3 раза в/в). 26.05.2011 выполнена повторная ревизия раны на шее для попытки дренирования шейного отдела общего грудного лимфатического протока. От-

мечено незначительное (около 20 млЗ) выделение лимфы. При ревизии, снятии лигатур активного выделения лимфы не получено. Подведен дренаж к зоне грудного лимфатического протока, по которому отделяемого в последующие дни не отмечено.

На фоне проводимой терапии состояние пациента улучшилось – купировались боли в животе, перитонеальные симптомы, нормализовался диурез, уменьшился выпот в брюшной полости, нормализовались показатели функции почек, белкового обмена. При рентгенографии органов грудной клетки – частично осумкованный гидроторакс в задних отделах легких, не требующий активных манипуляций. Заживление раны на шее первичным натяжением. Швы сняты на 8-е сутки после последней операции. Выписан 3.06.2011 в удовлетворительном состоянии с обычными рекомендациями для наблюдения онколога, эндокринолога, хирурга по месту жительства. Рекомендован прием Эутирокса 100 мкг/сут. Контроль ТТГ через 2,5-3 мес. Коррекция дозы эндокринологом по месту жительства.

Рекомендована консультация на кафедре медицинской радиологии РМАПО о необходимости проведения радиойодтерапии.

При изучении специальной литературы мы не нашли сведений о подобных вариантах развития достаточно часто отмечаемого осложнения в виде ранения общего грудного лимфатического протока. Последнее встречается до 10% при операциях на шее. Описанное наблюдение заставило нас прибегнуть к тактике, выработанной при ранениях грудного протока в ходе торакальных операций, что привело к достаточно быстрому разрешению ситуации.

Адрес для корреспонденции:
Решетов Д.Н.
г. Москва, Государственный
медико-стоматологический Университет,
кафедра онкологии и лучевой терапии
E-mail: dreshetov@yandex.ru

Correspondence to:
Reshetov D.N.
Moscow State Medical Stomatological University,
the department of oncology and radiotherapy
E-mail: dreshetov@yandex.ru