

где a — внутренний, b — наружный диаметр фолликула, h — толщина гистологического среза. Формула выражает отношение количества выявленных полостей ко всему количеству фолликулов при данной толщине среза и данных размерах внутреннего и наружного диаметра фолликулов. Умножение числителя на 100 представит количество выявленных фолликулов в процентах.

Если для примера взять высоту эпителия 10 мк, внутренний диаметр фолликулов 30 мк, толщину гистологического среза 15 мк, то, подставляя в формулу цифровые значения, находим:

$$\frac{30 - 15}{30 + 10 + 10 - 15} = \frac{15}{35} = \frac{3}{7}, \text{ т. е. при заданных условиях будут}$$

выявлены полости только 43% всего количества фолликулов, точнее — не более этого, ибо формула предполагает, что все фолликулы имеют одинаковые внутренние и наружные диаметры. В действительности условия, разумеется, значительно сложнее и, очевидно, менее благоприятны для максимального выявления полостей фолликулов.

Вышеприведенная формула показывает, кроме того, что количество выявляемых фолликулов зависит не только от соотношения внутреннего диаметра полости и толщины гистологического среза, но также и от высоты эпителия, которой определяется наружный диаметр фолликула. Так, если высоту эпителия принять равной не 10, а 20 мк,

то отношение будет $\frac{15}{55} = \frac{3}{11}$. Из данной формулы вытекает также, что чем более воз-

растает диаметр фолликулов по отношению к толщине гистологического среза, тем более отношение, вычисляемое по данной формуле, приближается к единице, и соответственно этому процент выявляемых фолликулов приближается к 100. Так, при диаметре фолликулов 300 мк, высоте эпителия 10 мк, толщине среза 15 мк количество вы-

явленных фолликулов будет выражаться отношением $\frac{285}{305}$, т. е. теоретически максимальное количество выявленных полостей будет равно 93% (см. оговорку выше).

Мы полагаем, что показанная нами математическая зависимость между внутренним диаметром фолликулов, высотой эпителия и толщиной гистологического среза имеет теоретическое и практическое значение для оценки бесфолликулярных структур в плоскости гистологических срезов. Найденные нами зависимости важно принимать во внимание при исследовании щитовидных желез новорожденных и детей раннего возраста, микрофолликулярных и паренхиматозных форм зоба, а также при исследовании щитовидных желез мелких животных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешин Б. В. Развитие зоба и патогенез зобной болезни. Киев, 1954.
2. Сиповский П. В. Материалы к изучению географической патологии СССР. Медгиз, Л., 1946.
3. Сиповский П. В. и Антипина А. Н. Арх. патол., 1953, 11. — 4. Шинкерман Н. М. Пробл. эндокринологии и гормонотерап., 1956, 4. — 5. Aschof L. Vorträge über Pathologie. Jena, 1925. — 6. Maximow A., Bloom W. A. Textbook of Histology. Philadelphia—London, 1942. — 7. Murray J. (1927). Цит. по Н. D. Rolleston. The endocrine organs in Health and Disease. London, 1936. — 8. Rienhoff W. (1929). Цит. по T. Levitt. The Thyroid. Edinburgh—London, 1954. — 9. Wegelin C. Schilddrüse. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, herausg. v. F. Henke und O. Lubarsch. Berlin, 1926. — 10. Wölfler (1880). Цит. по Wegelin C., 1926.

УДК 616.441—006.5—616.441—008.61—616—089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПРОСТОМ И ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Н. П. Медведев и Ю. Л. Шальков

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 6-й гор. больницы (главврач — Е. В. Хмелевцева)

Настоящее сообщение основано на материалах хирургического лечения при заболеваниях щитовидной железы по данным нашей клиники за последние 2,5 года (1963—1965). Всего за этот период по поводу зоба и тиреотоксикоза лечилось 223 чел., из них оперировано 205 (92%). Основным контингентом были женщины (94%).

Диффузный (разлитой) зоб отмечен у 27 больных, смешанный (диффузно-нодозный) — у 52 (25,3%), узловой (нодозный) — у 126 (61,5%). Подразделение зоба в функциональном отношении представлено в табл. 1.

Таблица 1

Вид зоба	Число больных			
	с диффузным зобом	со смешанным	с узловым	всего
Тиреотоксический . . .	27	45	64	136
Эутиреоидный	—	7	62	69
Всего	27	52	126	205

Таблица указывает на значительное преобладание тиреотоксикоза при диффузном и смешанном зобе (91%), нежели при узловом (50%).

Легкая степень тиреотоксикоза была у 41%, средняя — тоже у 41%, тяжелая у 18% (преимущественно при диффузном зобе). При легкой степени тиреотоксикоза основной обмен был повышен в среднем на 10—13, при средней — на 20—25, при тяжелой — на 40% и более (до 56).

II степень зоба была у 13 чел., III — у 140 (68,3%), IV — у 49 (23,9%), V — у 3 (1,5%).

Причины возникновения простого и тиреотоксического зоба удалось установить лишь у 95 больных: психическая травма была у 22, причем у 11 из них обнаружен диффузный зоб; инфекционный фактор зоба — у 20; развитие зоба в связи с гормональными нарушениями (климакс, беременность) — у 53.

Тяжесть заболевания, особенно при тиреотоксикозе, во многом зависит от длительности процесса. Прежде чем назначать соответствующее лечение, следует учитывать время, прошедшее с начала заболевания. Длительность заболевания до года была у 21% больных, от 1 до 5 лет — у 43%, от 6 до 10 лет — у 6% и более у 30%.

Основным показанием к оперативному лечению служил тиреотоксикоз при увеличении щитовидной железы до III и более степени, когда консервативное лечение приносило лишь временный эффект. Таких больных было 136. Оперировано по поводу узлового зоба 52 чел. и эутиреоидного одностороннего — 12. Эти больные жаловались на затруднение при глотании и дыхании, на чувство тяжести (полноты) на стороне зоба, на головные боли и т. д.

Узловой зоб представляет собой не гипертрофию ткани железы, а доброкачественные опухоли — аденомы, отделенные от остальной ткани железы тонкой капсулой. Поэтому большинство авторов рассматривает узловые формы зоба в онкологическом аспекте и считает оперативное лечение показанным при всех узловых зобах. 5 чел. оперированы в косметических целях по поводу узла или кисты перешейка железы.

Среди оперированных нами больных 106 чел. проходили предоперационную подготовку в эндокринологическом отделении, из них по поводу тиреотоксического зоба — 89. Остальные 99 больных поступили непосредственно в хирургическое отделение, из них 47 были с тиреотоксическим зобом, однако у большинства он был в легкой форме.

Оперативные вмешательства всегда выполнялись под местным обезболиванием по А. В. Вишневному. Накануне операции больные обычно получали снотворное (барбитураты) или успокаивающее (пипольфен).

Субтотальная резекция железы была произведена у 58%, частичная (клиновидная) — у 28%, энуклеация узла — у 14%.

При токсическом зобе в 80% выполнена субтотальная резекция. На 205 операций было отмечено 16 осложнений в связи с самой операцией: тиреотоксический криз от легкой до тяжелой степени был у 13 больных, временный парез возвратного нерва — у 2, умеренная тетания — у 1. Один больной умер от тиреотоксического криза.

Распределение осложнений по характеру оперативных вмешательств представлено в табл. 2.

Таблица 2

Осложнения	При субтотальной резекции	При простой резекции	При удалении узла
Тиреотоксический криз	10	3	—
Парез возвратного нерва	1	1	—
Тетания	1	—	—

На 205 операций было 13 лимфорей и 1 пневмония.

Мы убедились в благоприятном воздействии гидрокортизона при тиреотоксическом кризе и тяжелом послеоперационном течении. При токсических зобах в послеопера-

ционном периоде кроме гидрокортизона (75—100 мг по 2—3 раза в сутки внутривенно), мы назначаем внутривенно 40% раствор глюкозы (по 20—40 мл), внутрь пирамидон и сердечно-сосудистые средства, при простых обычно ограничиваемся применением пирамидона и сердечно-сосудистых средств.

Парез возвратного нерва наблюдается чаще при технически трудном выполнении операции. Так это было и у наших больных. Восстановление голоса у этих больных произошло спустя 3 и 5 месяцев после операции. На отдаленных сроках после операции у 3 больных развился гипотиреоз и у 12 были рецидивы (в результате неполного удаления железы во время операции).

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Вестн. АМН СССР, 1961, 2. — 2. Бирман А. С. В кн.: Вопр. груди и брюши. хирургии. Барнаул, 1961. — 3. Боровый Е. М. Хирургия, 1959, 10; 1966, 3. — 4. Драчинская Е. С. Вестн. хир. им. Грекова, 1959, 6. — 5. Кононова З. Н. Хирургия, 1958, 10. — 6. Лепешинский Л. В. Зоб. Записки хирурга, Свердловск, 1948. — 7. Малюгин Н. С. Хирургия, 1961, 5. — 8. Мартынов А. В. Сов. клиника, 1933, 19. — 9. Николаев О. В. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1955, 1; Хирургия, 1951, 1; Клин. мед., 1952, 6. — 10. Николаев О. В., Хавин И. Б. Болезни щитовидной железы. Медгиз, М., 1961. — 11. Огус И. Я. Научн. труды Рязанского мед. ин-та, т. 10, 1961. — 12. Петровский Б. В., Семенов В. С. Клиника и хирургическое лечение тиреотоксического зоба. Медгиз, М., 1961. — 13. Петровский Б. В. Хирургия средостения. Медгиз, М., 1960. — 14. Полещук И. С. Хирургия, 1958, 11. — 15. Трутень Н. И. Тез. докл. научн. конф. по проблеме «Зобная болезнь». Харьков, 1961. — 16. Уклеба М. С. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1958, 3. — 17. Халилов С. Х. Хирургия, 1958, 12. — 18. Шерешевский Н. А. Тиреотоксикозы. Медгиз, М., 1962. — 19. Вернер С. Щитовидная железа (перевод с англ.). Л., 1961. — 20. Камерон. Современная эндокринология (перевод с англ.). Медгиз, М., 1948.

УДК 616.441—006.5—616—089

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗОБА

В. Е. Станкевич

Хирургическое отделение (зав. — В. П. Мухин) городской больницы (главврач — Г. М. Шафран) г. Йошкар-Ола

Нами проанализировано 304 истории болезни лиц, оперированных по поводу зоба в хирургическом отделении Йошкар-Олинской городской больницы в 1957—1966 гг. Большинство операций заключалось в субтотальной резекции щитовидной железы по О. В. Николаеву.

У 112 больных был тиреотоксический зоб и у 192 — нетоксический.

Среди больных нетоксическим зобом было 15 мужчин и 177 женщин. Давность заболевания у большей части больных была до 10 лет и более, у 23% — до года. Многие больные жили в эндемичной местности.

Узловой зоб был у 138 больных, диффузный — у 28, смешанный — у 26. У 6 больных отмечалась загрудинная локализация зоба. Рецидивирующий зоб наблюдался у 4 больных. Увеличение щитовидной железы у большинства больных было III—IV ст.

Больных с нетоксическим зобом обычно оперировали в ближайшие дни после поступления в стационар. В предоперационном периоде больные получали бромиды, раствор Люголя, глюкозу, микстуру Бехтерева, резерпин, сердечные, витамины и др. Все операции проводились под местной анестезией. 136 больным с нетоксическим зобом была произведена субтотальная струмэктомия, 51 — гемиструмэктомия, 5 — энуклеация узла.

182 (94,6%) больных оперированы с непосредственным результатом без осложнений, у 4 отмечалось частичное нагноение раны, у 1 — вторичное кровотечение, у 2 — односторонний парез возвратного нерва (у 1 он ликвидировался к моменту выписки), у 3 — послеоперационная тетангия. Летальных исходов после операции не было. Среднее число койко-дней для больных нетоксическим зобом составляло от 12 до 18. Структура удаленных зобов была изучена у 167 больных. Сосудистый зоб у одной и рак щитовидной железы у одной из трех больных были распознаны до операции. Коллоидный зоб был у 87 больных, паренхиматозный — у 28, коллоидно-паренхиматозный — у 42, фиброзный — у 2, сосудистый — у 1, киста — у 4, рак щитовидной железы — у 3.

Отдаленные результаты прослежены нами у 131 больного, оперированного по поводу нетоксического зоба, со сроками после операции от 1,5 до 10 лет. Хорошие результаты получены у 87 больных, удовлетворительные — у 22, неудовлетворительные — у 7. Одна больная умерла через 3 года с момента операции из-за неоперабельного рака желудка и другая — спустя 5 лет вследствие сердечно-сосудистого заболевания.