

У 1 больной имеются явления слабо выраженного гипотиреоза, у 2 — выраженная микседема, у 1 — недостаточность паращитовидных желез, у 1 — стойкий односторонний парез возвратного нерва.

Рецидив зоба отмечен у 10 больных (на сроках от 3 до 7 лет после операции), из них 2 перенесли субтотальную струмэктомию по поводу рецидивирующего узлового зоба, 2 — гемиструмэктомию и 6 — субтотальную струмэктомию по поводу узлового зоба. Больные с рецидивом зоба живут в эндемичной местности.

3 больным произведена субтотальная струмэктомия по поводу рака щитовидной железы, 2 в настоящее время чувствуют себя удовлетворительно и работоспособны (прошло более 5 лет), 1 умерла через 2,5 года от метастазов опухоли в другие органы.

Среди больных тиреотоксическим зобом было 3 мужчин и 109 женщин. Давность заболевания до поступления в стационар у большинства больных не превышала 6—7 лет. До поступления в хирургическое отделение все больные безуспешно лечились консервативно. Узловой зоб был у 62 больных, диффузный — у 29, смешанный — у 21. К моменту оперативного вмешательства обычно преобладала III ст. увеличения щитовидной железы.

Субтотальная струмэктомия произведена 91 больному, гемиструмэктомия — 21. Хорошие непосредственные результаты операций были у 94 (80,9%) больных. У 18 (19,1%) больных возникли осложнения: у 3 — послеоперационная тетания, у 2 — тиреотоксический криз, у 5 — односторонний парез возвратного нерва (у 3 ликвидировавшийся к моменту выписки), у 4 — нагноение раны, у 2 — частичное расхождение краев раны, у 2 развилась пневмония. Летальных исходов не было.

Морфологическая структура удаленных зобов изучена у 98 больных. Коллоидный зоб был у 54 больных, паренхиматозный — у 9, коллоидно-паренхиматозный — у 18, базедова болезнь — у 5, коллоидный зоб с базедофикацией — у 12. Следует указать, что морфологическая структура не всегда соответствовала клинической картине.

Отдаленные результаты проверены нами у 92 больных, оперировавшихся по поводу тиреотоксикоза, со сроками от 1,5 до 10 лет после операции. У 64 больных они оказались хорошими, у 12 — удовлетворительными, у 8 — неудовлетворительными, рецидив наступил у 5.

У 5 больных появились симптомы гипотиреоза, у 2 — недостаточности как щитовидной, так и паращитовидных желез. Все 7 больных проходят лечение у эндокринолога. У 1 больной отмечается стойкий односторонний парез возвратного нерва.

У 5 больных отмечен рецидив в сроки от 3 до 6 лет после операции. 2 больных, перенесших гемиструмэктомию по поводу узлового тиреотоксического зоба, связывают рецидив болезни с психической травмой, у 1 он развился после искусственного аборта, у 1 причину рецидива выяснить не удалось. У 1 больной через 3 года после субтотальной струмэктомии по поводу смешанного тиреотоксического зоба был обнаружен рецидив зоба, который через год малигнизировался.

Положительный эффект после операции у некоторых больных наступил лишь через 5—10 и более месяцев.

Таким образом, хирургическое лечение зоба, как тиреотоксического, так и нетоксического, дает в основном благоприятные результаты. Рецидивы болезни возникают, как правило, у лиц, живущих в эндемичной местности, которые после оперативного лечения не контролировались врачами, а также в какой-то степени и после операций по поводу узлового зоба. В рецидиве тиреотоксикоза большое значение имеют психические травмы, заболевания женского полового аппарата.

Оперативное лечение является одним из этапов в комплексном лечении больных зобом. После операции больные нуждаются в наблюдении и лечении, в том числе и санаторно-курортном.

УДК 616.441—006.5—616—089

ОПЫТ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

М. М. Газымов и М. Х. Газымова

Лениногорский межрайонный противозобный диспансер (главврач — М. М. Газымов)

В нашем районе с 1951 г. по сентябрь 1967 г. оперированы 737 женщин и 75 мужчин по поводу заболеваний щитовидной железы. Все операции проведены под местной анестезией, летальных исходов не было. В первый период работы (с 1951 по 1961 г.) в хирургическом отделении городской больницы осуществлено 254 операции: одномоментная двухсторонняя субтотальная резекция щитовидной железы по О. В. Николаеву — у 84,6%, энуклеация узла — у 7,2% и гемиструмэктомия — у 8,2% больных. Во второй период, с момента организации противозобного диспансера (1962—1967 гг.), сделано 558 операций.

Рак щитовидной железы был обнаружен у 11 больных, тиреоидит Хашимото — у 9.

При диффузно-токсическом зобе как в первый, так и во второй периоды работы применялась субтотальная одномоментная двухсторонняя резекция щитовидной железы по О. В. Николаеву, при узловом в первый период в основном практиковалась субтотальная, а во второй — также и частичная, в зависимости от показаний.

При решении вопроса об объеме операции учитывалась динамика клинических проявлений в ходе предоперационной подготовки и данные определения холестерина крови, основного обмена, антитоксической функции печени, сахара, билирубина крови, данные ЭКГ, рентгенографии щитовидной железы и особенно содержание белково-связанного йода крови, как показатель уровня циркулирующих в русле крови гормонов щитовидной железы. Основной обмен при эутиреоидном зобе был нормальным в 70,9%, повышенным в 25,5% и пониженным в 3,6%, при гипертиреоидном — нормальным в 33,6% и повышенным в 66,4%.

Холестерин крови при эутиреоидном зобе был нормальным в 55%, пониженным — в 30% и повышенным — в 15%, при гипертиреоидном — нормальным в 30,6%, пониженным в 62,7% и повышенным в 6,7%. За норму был принят уровень $174 \pm 7,76$ мг% холестерина крови, определенный у практически здоровых доноров данной местности.

Субтотальная резекция была проведена у 276 (49,3%), экономная резекция — у 245 (43,7%), гемиструмэктомия — у 27 (4,8%), энуклеация узла — у 10 (12,2%) больных.

Одним из важных вопросов в хирургии щитовидной железы является предупреждение послеоперационного криза и ликвидация его, так как в основном от криза зависит послеоперационная летальность. В первом периоде работы кризы были у 3% наших больных, во втором — у 1,61%, хотя операции подвергались значительно более тяжелые больные, чем в первом периоде. Из 514 оперированных больных мерцательная аритмия была у 21, миокардиодистрофия — у 57, экстрасистолия — у 19, сдавление трахеи — у 18, инфаркт миокарда в анамнезе — у 2. Эмфизема легких была у 20, бронхоэктазы — у 7, холецистит — у 31, гастрит — у 28, варикозно-расширенные вены — у 17 больных.

Подготовка больных с тиреотоксикозом и гипертиреоидными формами узлового зоба проводилась по общепринятой методике с широким применением дигиталиса, резерпина, микродоз йода, витаминов. Дигиталис отменяли за 3 дня, мерказолил — за 6—10 дней до операции.

Больным, у которых предполагалась возможность развития послеоперационного криза, накануне или за день до операции назначали по 100—150 мг гидрокортизона в сутки и вводили его еще 1—3 дня после операции в различной дозировке.

Некоторым больным накануне и перед операцией давали супрастин или пипольфен, а также транквилизаторы (андаксин, мепробамат). С целью предупреждения развития криза после операции этим больным в течение двух суток постоянно давали увлажненный кислород в палате непосредственно из баллона. Не ожидая появления первых признаков криза, вводили физиологический раствор или 5% раствор глюкозы под кожу, строфантин внутривенно и 4% раствор амидопирина по 10 мл 2—3 раза в сутки внутримышечно. Благодаря указанным мероприятиям и улучшению техники операции и обезболивания мы за последние годы не встречали тяжелых форм послеоперационного криза.

УДК 611.831.917—616.441—006.5—616—089

ПОРАЖЕНИЕ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА ПРИ ЗОБЕ

И. Я. Яковлева

Кафедра болезней уха, носа и горла (зав. — проф. И. И. Потапов) ЦОЛИУ, Москва

Оперативные вмешательства на щитовидной железе занимают видное место среди причин парезов и параличей гортани.

Частота парезов и параличей возвратных нервов в связи со струмэктомией, по данным различных авторов, весьма вариабильна. Так, например, по Б. В. Петровскому и В. С. Семенову (1961) она не превышает 0,2%, по О. В. Николаеву (1950) — 0,5%, а по А. Цегельской (1958) составляет 12,3%. Meurmann (1951) сообщает о развитии параличей возвратного нерва при первичной струмэктомии в 8%, а при реоперациях — в 14—15%.

Мы провели оториноларингологическое обследование 223 больных (182 женщин и 41 мужчины в возрасте от 12 до 62 лет) с различными формами зоба до и на 1—2 и 4—6-й дни после операции. При патологии голоса осуществлялось амбулаторное наблюдение и лечение до восстановления голосовой функции.

С диффузным зобом было 104 больных, с узловым — 92 (из них у 4 был рак), с загрудинным — 17 и с рецидивным — 10. Рак щитовидной железы был распознан только при операции.