

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.

В предоперационном периоде поражение возвратных нервов было выявлено у 9 чел. (4%). Парезы были односторонние, у 5 — слева, у 4 — справа.

Дооперационные поражения возвратных нервов при струме более часто были при больших узловых зобах, особенно с загрудинным распространением. У 1 больного с дооперационным парезом гортани при узловом зобе II ст. на операции был заподозрен рак щитовидной железы. Гистологическое исследование подтвердило это предположение. Появление пареза гортани при относительно небольшом узловом зобе должно настораживать врача в отношении малигнизации зоба. Нарушение иннервации гортани в подобных наблюдениях развивается медленно. Дисфония может либо совсем отсутствовать, либо проходить малозаметно для больного и окружающих. У 4 из 9 больных с дооперационными нарушениями иннервации гортани дисфонии не было. Парезы гортани были установлены только при ларингоскопии. Отмеченные обстоятельства позволяют нам рекомендовать включение ларингоскопии в комплекс обязательных диагностических процедур у больных зобом.

После удаления зоба у больных с дооперационными парезами гортани у 7 из них наступило восстановление функции возвратных нервов на сроках от 2 до 16 дней. Наиболее длительно и постепенно восстанавливалась функция у больной с зобом Ридделя: на фоне противовоспалительной терапии первые признаки улучшения подвижности соответствующей половины гортани были отмечены через 5 дней после операции, полная нормализация — на 16-й день. У остальных больных подвижность истинных голосовых связок возобновлялась быстро: у 3 — ко 2-му дню, у 1 — на 3-й и у 2 — к 5-му дню после операции. Быстрая и полная нормализация функции возвратного нерва позволяет объяснить парез давлением зоба на нерв без выраженного повреждения его аксонов. Присоединение воспалительного компонента при зобе Ридделя обуславливает более длительное нарушение функции. У 2 больных после операции парезы прогрессировали и перешли в стойкие параличи возвратных нервов (наблюдение свыше года): у 1 из них был рак щитовидной железы, у 1 — большой загрудинный зоб, при удалении которого ввиду обильных спаек невозможно было исключить травму возвратного нерва вследствие его натяжения. После операции у этого больного появился двусторонний парез возвратных нервов, более выраженный на стороне дооперационного поражения (слева). Паралич этой половины гортани остался стойким, несмотря на все медикаментозные и физиотерапевтические воздействия. Справа подвижность гортани восстановилась почти полностью.

Послеоперационные поражения возвратных нервов возникли у 20 чел. (9,3%). Частота поражений возвратных нервов у наблюдаемых нами больных в зависимости от формы зоба представлена в табл. 1.

Таблица 1

| Форма зоба        | Число больных | Поражение нерва |              | Всего |
|-------------------|---------------|-----------------|--------------|-------|
|                   |               | одностороннее   | двустороннее |       |
| Диффузный . . .   | 104           | 6               | 4            | 10    |
| Узловой . . .     | 92            | 6               | —            | 6     |
| Загрудинный . . . | 17            | 1               | 1            | 2     |
| Рецидивный . . .  | 10            | 2               | —            | 2     |

Сроки развития послеоперационных парезов возвратных нервов приведены в табл. 2.

Таблица 2

| Развитие поражения нерва | Во время операции | На 2—3-и сутки | Через месяц |
|--------------------------|-------------------|----------------|-------------|
| Двустороннее . . .       | 2                 | 3              | —           |
| Одностороннее . . .      | 9                 | 5              | 1           |

Нарушение функции нерва через 2—3 дня и 1 месяц после операции позволяет с уверенностью сказать, что у 6 из 15 больных с односторонними и у 3 с двусторонними парезами гортани не было нарушения целостности нерва при удалении зоба. Стойкие параличи возвратных нервов (срок наблюдения свыше года) были у 7 чел., они возникали чаще при осложненном послеоперационном течении (кровотечение, длительное нагноение раны, появление микседемы, гипопаратиреозидизма и т. д.). У 1 больной было раковое поражение щитовидной железы.

Сочетание нескольких послеоперационных осложнений струмэктомии (пареза гортани и гипотиреозидизма и т. п.) наблюдалось более часто при двусторонних нарушениях иннервации гортани.

Изучение поражений возвратных нервов при зобе и его хирургическом лечении показало, что парезы гортани могут быть до операции. Более часто это осложнение возникало при больших узловых зобах с загрудинным распространением. При малом узловом зобе появление пареза гортани должно вызывать у хирурга онкологическую настороженность.

Дооперационные парезы гортани могут протекать незаметно для больного, в связи с чем ларингоскопия должна быть включена в комплекс обязательных обследований больных со струмой. На развитие пареза до операции, кроме давления зоба на нерв, влияют сопутствующие воспалительные изменения, кровонезлияния и спазмичный процесс.

Нарушение иннервации гортани может быть вызвано не только пересечением нерва, но и относительно небольшими травмами его при различных манипуляциях во время удаления зоба (сдавление, растяжение и т. д.). Необратимые параличи могут возникнуть без нарушения целостности нерва, например при сдавлении его гематомой и т. д. Двусторонние и стойкие нарушения иннервации гортани более часто наблюдаются при осложненном послеоперационном течении.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гуревич Г. М. Нов. хир. архив, 1961, 3. — 2. Николаев О. В. Хирургия эндокринной системы. Медгиз, М., 1952. — 3. Петровский Б. В. и Семенов В. С. Клиника и хирургическое лечение тиреотоксического зоба. Медгиз, М., 1961. — 4. Цегельска А. Хирургия, 1958, 10. — 5. Meigmann O. Acta chir. scand., 1951, 101, 360.

УДК 616.441—008.64—616—089

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИКСЕДЕМЕ

*И. И. Неймарк*

*Факультетская хирургическая клиника (зав. — проф. И. И. Неймарк) Алтайского медицинского института*

Несмотря на успехи, достигнутые при лечении больных микседемой и гипотиреозом, до сих пор эта проблема остается еще не разрешенной. Наибольшее распространение получила заместительная терапия препаратами щитовидной железы. Однако лечение гормонами не лишено недостатков. Оно должно быть постоянным, иногда в возрастающих дозах. Возможны передозировки тиреоидина, вследствие чего возникает тахикардия, приступы стенокардии, повышенная нервно-психическая возбудимость, обмороки и др. У некоторых больных назначение даже больших доз препарата оказывается малоэффективным. Исследованиями ряда авторов [9, 10] показано, что длительное назначение тиреоидина может привести к торможению функции щитовидной железы и надпочечников и их истощению.

Недостатки консервативной терапии побудили искать оперативные способы лечения. Мысль хирургов шла по пути замены слабо функционирующей щитовидной железы более деятельной. С этой целью предложены различные варианты гомо- и гетеротрансплантации щитовидной железы (как свободной, так и на сосудистой ножке). Но все эти операции оказывают временное действие, приводят к еще большему угнетению слабо деятельной функции щитовидной железы и редко бывают радикальными. Малоэффективными оказались и попытки стимулировать щитовидную железу тиреотропным гормоном или воздействовать на диэнцефало-гипофизарную область.

Внимание многих врачей давно привлекла богатая иннервация щитовидной железы симпатическими и парасимпатическими волокнами, обладающими не только вазомоторной, но и секреторной функцией [2, 3, 8, 14, 17]. Исследования В. Г. Баранова (1954, 1955) показали, что первопричина морфологических и функциональных изменений щитовидной железы кроется в нарушении функции высших отделов центральной нервной системы. Установлено [1, 3, 19], что возбуждение симпатической нервной системы активизирует гормональную функцию щитовидной железы. При перерезке симпатических нервов или десимпатизации удалением ганглиев наступает гипофункция железы и характерные для гипотиреоза морфологические изменения [5, 11, 13]. Функциональная блокада вегетативных импульсов, достигаемая введением ганглиолитиков, также вызывает понижение тканевого обмена и степени поглощения радиоактивного йода щитовидной железой [16, 20].

В 1914—1916 гг. Кеннон и его сотрудники получали экспериментальный гипотиреоз у животных спустя несколько месяцев после сшивания центрального отрезка диафрагмального нерва с периферическим концом шейного симпатического. Сшиванием этих нервов Кеннон стремился достичь хронического раздражения симпатической