

Резюмируя изложенное, можно заключить, что флюоресцентная ангиография является ценным методом в диагностике и в дифференциальной диагностике заболеваний глазного дна.

ЛИТЕРАТУРА

Батраченко И. П. Флюоресцентная ангиография сетчатки. Автореф. канд. дисс., М., 1968.

Поступила 11 октября 1977 г.

УДК 616.441—006.5—089

О НЕКОТОРЫХ СПОРНЫХ ВОПРОСАХ В ХИРУРГИИ РАЗЛИЧНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ФОРМ ЗОБА

В. И. Подтяжкин

Куйбышевская областная больница нефтяников (главрач — заслуженный врач РСФСР канд. мед. наук В. И. Подтяжкин)

Реферат. Из 212 больных, оперированных по поводу узловых и смешанных форм зоба, злокачественное перерождение установлено у 2,8%. При большой щитовидной железе со средним по тяжести и тяжелым тиреотоксикозом медикаментозное лечение следует назначать для предоперационной подготовки; больные узловыми и смешанными формами зоба безусловно подлежат хирургическому лечению на ранних сроках. Операция на щитовидной железе может быть выполнена в подавляющем большинстве случаев.

Пораженность населения зобом в некоторых районах Среднего Поволжья составляет от 8 до 25% [5, 6]. Как правило, курируют этих больных терапевты, которые длительно проводят им консервативное лечение. Мы согласны с тем, что эутиреоидный эндемический диффузный зоб III—IV степени необходимо настойчиво лечить консервативным методом. Из 445 таких больных в возрасте от 18 до 50 лет, которым мы проводили лечение в течение 5 лет антиструмином, раствором Люголя и седативными средствами, улучшилось общее состояние и уменьшилась щитовидная железа в размерах до II степени у 88,4%, но у 11,6% больных лечение не дало эффекта.

Иначе следует относиться к больным с узловыми и смешанными формами зоба. По мнению некоторых хирургов [4, 7], оперативному лечению подлежат все больные с узловыми и смешанными формами зоба, независимо от степени увеличения и функционального состояния щитовидной железы. Одиночные, длительно существующие, так называемые «холодные» узлы величины даже с горошину особенно опасны: они, как правило, являются предраковым заболеванием щитовидной железы. Согласно нашим наблюдениям, раковое перерождение возникло у 2,8% из 312 оперированных по поводу узловых и смешанных форм зоба.

Следовательно, проблема зоба является онкологической, и больных с узловыми, а также смешанными формами зоба необходимо, бесспорно, оперировать в ранние сроки от начала заболевания.

Среди хирургов и эндокринологов имеются некоторые разногласия в определении показаний к оперативному лечению диффузного токсического зоба. Если в прошлом больных диффузным токсическим зобом подвергали главным образом хирургическому лечению, то в настоящее время 50—75% из них вылечивают анти тиреоидными препаратами и радиоактивным йодом [2, 3]. До сих пор нет также единого мнения о сроках консервативного и оперативного лечения больных этой формой зоба. Н. А. Шерешевский (1962) рекомендует оперировать их по истечении 6 месяцев или одного года после безуспешного медикаментозного лечения. В. Г. Астапенко (1961) настаивает на более ранней операции, ограничивая консервативное лечение 2—4 месяцами.

Под нашим наблюдением было 212 больных диффузным токсическим зобом. У 46 (21,7%) из них, главным образом с легким тиреотоксикозом и небольшой щитовидной железой (II—III степени), в результате комплексного лечения препаратами стабильного йода, анти тиреоидными, седативными и сердечными средствами, витаминами группы В, транквилизаторами и (у отдельных больных) кортикостероидами было достигнуто излечение в течение 4—8 месяцев. У 65 (30,7%) больных после, казалось бы, клинического выздоровления в разные сроки наступил рецидив заболевания. В последующем все они подверглись оперативному лечению. У 101 (47,6%) больного проводимое в течение 6—8 недель лекарственное лечение служило предоперационной подготовкой. Всего нами оперировано 166 (78,3%) больных диффузным токсическим зобом.

Операция заключалась в субфасциальной субтотальной резекции щитовидной железы с оставлением 2—4 г ткани железы в зависимости от тяжести тиреотоксикоза. Повреждения парашитовидных желез и возвратных нервов не было ни разу. 78 (47%) операций выполнены под эндотрахеальным наркозом закисью азота с кислородом в сочетании с нейролептаналгезией.

Мы пришли к убеждению, что при большой щитовидной железе со среднетяжелым и тяжелым тиреотоксикозом медикаментозная терапия не дает стойкого результата, и консервативное лечение подобным больным в течение 6—8 недель для снятия тиреотоксикоза является предоперационной подготовкой.

Во многих работах по хирургии щитовидной железы вопрос о показаниях и противопоказаниях к хирургическому лечению диффузного токсического зоба трактовался по-разному и пересматривался по мере улучшения предоперационной подготовки, развития анестезиологии, методики и техники операции, введения новых эффективных методов лекарственного лечения. Опыт многих хирургов [4, 8] и наши данные показывают, что после рациональной медикаментозной и психопрофилактической подготовки хирургическое лечение подобных больных благоприятно отражается на течении декомпенсированных процессов со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания.

Нами успешно прооперированы 4 больных с тяжелым тиреотоксикозом, ранее перенесших инфаркт миокарда, и 12 больных эмфиземой легких с астматическим компонентом. При повторном осмотре через 8 месяцев все они отмечали значительное улучшение общего состояния. Возрастные противопоказания для хирургического лечения больных диффузным токсическим зобом безусловно относительны. Мы оперировали 29 больных старше 50 лет с диффузным токсическим зобом и считаем, что при соответствующей подготовке сердечно-сосудистой и других важных систем организма сам по себе возраст больных не является противопоказанием к хирургическому вмешательству.

Таким образом, в настоящее время операция на щитовидной железе может быть выполнена у подавляющего большинства больных, поскольку современные медикаментозные и психопрофилактические средства позволяют в достаточной степени подготовить их к оперативному вмешательству и избежать тяжелых осложнений в операционном и послеоперационном периодах. Хирургическое лечение больных с диффузным токсическим зобом, по нашему мнению, противопоказано при тяжелых поражениях центральной нервной системы и психики, не связанных с тиреотоксикозом, а также больным, которым не удается преодолеть страх перед операцией.

ВЫВОДЫ

1. Больных узловыми и смешанными формами зоба необходимо оперировать в ранние сроки от начала заболевания, так как эти формы опасны с онкологической точки зрения.

2. Медикаментозное лечение больных диффузным токсическим зобом среднетяжелой и тяжелой формы должно быть направлено на подготовку их к операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапенко В. Г. Хирургическое лечение тиреотоксикозов. Минск, 1961.— 2. Атабек А. А. Радиоактивный йод в терапии тиреотоксикозов. Медгиз, М., 1959.— 3. Брейдо И. С. Операции на щитовидной железе. Медицина, Л., 1969.— 4. Нарычев А. А. Токсический зоб. Медицина, М., 1971.— 5. Пальмова Л. А. Труды Горьковского мед. ин-та. Горький, 1968.— 6. Певчих В. В., Трусов В. В. Пробл. эндокринол., 1967, 4.— 7. Петровский Б. В., Семенов В. С. Клиника и хирургическое лечение тиреотоксического зоба. М., 1961.— 8. Тоскин К. Д., Фесенко В. П., Хайкин Я. Б., Сушко В. С. Хирургия, 1976, 9.— 9. Шерешевский Н. А. Тиреотоксикозы. Медгиз, М., 1962.

Поступила 15 ноября 1976 г.

УДК 616.24—002.5—081.213

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Ф. Т. Красноперов, Р. И. Слепова, Т. Н. Айзатуллина,
Е. М. Ивницкая

Кафедра туберкулеза (зав.— проф. Ф. Т. Красноперов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, санаторий «Тарловский» (главрач — Т. Н. Айзатуллина)

Реферат. Комплексное лечение 996 больных разными формами туберкулеза легких в условиях санатория дало положительные результаты в 93%. На санаторном этапе лечения закрылись полости у 35,3% вновь выявленных больных и у 15,4%