

с зобом Хашимото после субтотальной резекции. Последний был диагностирован, к сожалению, лишь после гистологического исследования препарата. Рецидивы тиреотоксикоза наблюдались у 15 больных, причем у 3 рецидив был ложным, так как возник в сроки до 6 месяцев после операции. У остальных больных рецидив заболевания был расценен как истинный. Такого разделения рецидивов по сроку после операции придерживаются и другие авторы [1].

В последнее время на 10—12-й день после операции больным с мерцательной аритмией (проявлением «тиреотоксического» сердца) мы проводим дефибрилляцию с хорошим непосредственным эффектом. Небольшой срок наблюдения за этими больными не позволяет нам пока оценить отдаленные результаты.

В заключение следует отметить, что наиболее тяжелые осложнения после операции наблюдались нами в первые годы работы клиники. В дальнейшем, по мере накопления опыта, сосредоточения этих операций в руках нескольких хирургов, организации тщательной предоперационной подготовки в эндокринологическом отделении, количество осложнений значительно уменьшилось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов Ф. А. Послеоперационный рецидивный зоб. Медицина, М., 1966.—
2. Боровый Е. М. Хирургия, 1966, 3.—3. Николаев О. В. Руководство по хирургии, т. VI, кн. 2, 1966.—4. Николаев О. В., Титов В. Н. Хирургия, 1970, 4.—5. Петровский Б. В. Там же, 1957, 12.—6. Милку Ш. Терапия эндокринных заболеваний. Т. 1—2, Бухарест, 1962.

УДК 616.441—006.5—616—089

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗОБА В КУЙБЫШЕВСКОЙ ОБЛАСТИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕМ

В. И. Подтяжкин, Е. М. Ильичева

Хирургическое отделение Куйбышевской областной больницы нефтяников (главрач — В. И. Подтяжкин). Научный руководитель — доктор мед. наук Б. В. Аникандров

Об очагах эндемического зоба в северо-восточных районах Куйбышевской области известно давно. Первое детальное экспедиционное обследование относится к 1936—1938 гг. Сотрудниками факультетской и пропедевтической хирургических клиник Куйбышевского медицинского института, руководимых профессорами А. Г. Бржозовским и Б. И. Фуком, была выявлено гнездное распространение эндемического зоба на территории нынешних Клявлинского, Исаклинского, Шенталинского и некоторых других районов. Общее поражение эндемическим зобом в обследованных районах составляло 12—14%, а в некоторых населенных пунктах в верхнем течении р. Сок — 40% и более.

Повторное массовое обследование населения упомянутых районов на распространенность зоба было проведено в 1960 и 1962 гг. методом подворного обхода. Обследование сочеталось с налаживанием лечебных и профилактических мероприятий, в числе которых ведущее место отводилось бесперебойному снабжению населения йодированной поваренной солью и улучшению источников водоснабжения. Пораженность населения эндемическим зобом снизилась и составила в 1960 г. 7,1%, а в 1962 г. — 3,7%. Ведущее значение в происхождении эндемического зоба в нашей области принадлежит йодной недостаточности, а также санитарно-гигиеническому и токсико-инфекционным струмогенным факторам и диспропорции некоторых важных микроэлементов в окружающей среде [3, 4].

За последние 10 лет (1961—1970 гг.) в факультетской хирургической клинике Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова и областной больнице им. М. И. Калинина прооперировано по поводу зоба 2576 больных. Кроме того, в анализ включено 346 операций на щитовидной железе, произведенных нами за время работы в Камышлинском и Похвистневском районах области (1960—1965 гг.) и в хирургическом отделении областной больницы нефтяников (1969—1971 гг.). Таким образом, анализируются данные о 2922 больных, оперированных по поводу зоба в различных хирургических учреждениях.

Из числа оперированных жители г. Куйбышева составили 1545 чел. (53%); 1377 больных (47%) приходится на жителей районов и городов области и (в единичных случаях) — жителей других областей. Со спорадическим зобом было 1989 больных (68%), с эндемическим — 936 (32%).

Большинство оперированных были в возрасте от 21 до 49 лет (2218 чел., 76%), среди них преобладали женщины (2705, 92,5%). Узловой зоб был у 1030 чел. (35,2%), диффузный — у 1324 (45,4%) и смешанный — у 568 (19,4%).

С тиреотоксическим зобом оперировано 1535 больных (52,6%), с эутиреоидным — 1387 (47,4%). Большинство операций (2671; 91,4%) проведено под местной анестезией по А. В. Вишневному, и только 251 (8,6%) — под эндотрахеальным наркозом. В нашей больнице на 153 струмэктомии эндотрахеальный наркоз применен у 49 больных (32%). По нашему мнению, операция под эндотрахеальным наркозом проходит в более спокойной обстановке, с меньшей травматизацией ткани щитовидной железы. У больных с тяжелым тиреотоксикозом эндотрахеальный наркоз, по нашему мнению, способствует уменьшению послеоперационных тиреотоксических реакций.

У 1856 оперированных (63,5%) был коллоидный тип зоба (макро- и микрофолликулярная форма), у 531 (19%) — смешанный зоб и у 496 (17,5%) — паренхиматозный. Злокачественные новообразования щитовидной железы на 2922 операции наблюдались только у 39 (1,3%) больных. Послеоперационная летальность составила 0,1%.

Субтотальная внутрикапсулярная струмэктомия с индивидуализацией объема резекции произведена у 1657 больных (57%), энуклеация-резекция — у 626 (21,4%) и энуклеация — у 639 (21,6%). За последние годы многие хирурги придерживаются радикализма, оперируя узловой зоб, и только при ограниченном узле у больных с эутиреоидной формой зоба прибегают к энуклеации. Злокачественные новообразования щитовидной железы и послеоперационная летальность по нашим материалам наблюдались значительно реже, чем по данным литературы. Это объясняется возросшей активностью оперативного лечения зоба в ранних стадиях заболевания. Больным токсическими формами зоба проводили комплексную предоперационную подготовку, в первую очередь психологическую, затем медикаментозную и общеукрепляющую (антитиреоидные препараты, микродозы йода, глюкоза, витамины, переливание крови и рациональное питание).

Больным с тяжелой формой тиреотоксикоза кроме арсенала вышеназванных препаратов за 2—3 дня до операции назначали гидрокортисон по 50 мг, в день операции — до 150 мг в 3 приема, с последующим быстрым снижением дозы при улучшении состояния больного. Подготовку к операции больных с тяжелым тиреотоксикозом мы проводили совместно с эндокринологом. В предоперационной подготовке нуждались и больные с эутиреоидной формой зоба. Назначение раствора Люголя способствовало уплотнению узла, а сердечные средства и витамины тонизировали сердечно-сосудистую систему.

Мы изучили ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения зоба у 242 больных, оперированных в Камышлинской и Похвистневской районных больницах и областной больнице нефтяников. Гипотиреоз легкой степени отмечен у 6 больных (2,5%), рецидивы заболевания — у 8 (3,3%), у 4,5% больных операция не улучшила их состояние, они предъявляли различные жалобы, у 91,7% больных выявлены хорошие ближайшие и отдаленные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникандров Б. В. Материалы II съезда хирургов Алтайского края. Барнаул, 1961.— 2. Драчинская Е. С. Вестн. хир. им. Грекова, 1959, 2.— 3. Лукашин Г. И. Зоб и его распространение в Куйбышевской области. Куйбышев, 1948.— 4. Твардовская А. В. В кн.: Первая Поволжская конференция гигиенистов. Куйбышев, 1963; Журн. «Гидрохимические материалы», изд. АН СССР, т. XXXV, М., 1963.

УДК 616.441—006.5—616—089—616.1

КАРДИО- И ГЕМОДИНАМИКА У БОЛЬНЫХ ЭУТИРЕОИДНЫМ И ТИРЕОТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПОД МЕСТНЫМ И ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ

А. А. Назипов

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав.— доц. Ф. Н. Казанцев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В настоящем сообщении приводятся результаты изучения функционального состояния сердечно-сосудистой системы у 102 больных тиреотоксическим и эутиреоидным зобом (возраст — от 13 до 69 лет) в различные периоды операции под местным и общим