

Субтотальная резекция щитовидной железы произведена у всех наших больных с первично- и вторично-токсическим зобом, тиреотоксикозом II—III ст. и у ряда пациентов с вторично-токсическим узловым и диффузно-узловым зобом, тиреотоксикозом I ст. Эта операция производилась по методике Е. С. Драчинской. При диффузном токсическом зобе убираются вся правая доля, перешеек, пирамидальный отросток, если он имеется, и вся левая доля щитовидной железы, за исключением части верхнего полюса весом 5—6,0; при этом перевязывается только одна верхняя правая щитовидная артерия. При узловом и диффузно-узловым токсическим зобом также производится субтотальная резекция щитовидной железы, но участок весом 5—7,0 оставляется там, где ткань наименее изменена.

При диффузном зобе с невыраженным тиреотоксикозом производилась резекция железы.

Из 400 оперированных больных умерли трое (0,75%). Все эти больные были оперированы под местной инфильтрационной анестезией новокаином по поводу тяжелого тиреотоксикоза. Операция у них прошла без осложнений. Послеоперационное течение у одной больной осложнилось пневмонией, которая не имела тенденции к разрешению; возникли множественные абсцессы. У 2 больных спустя 10—18 часов после операции наступил тяжелый тиреотоксический криз. Все принятые меры оказались не эффективны.

У 5 больных после операции имелась осиплость голоса из-за травмы возвратного нерва во время операции. Эти явления через различные сроки — от 2 недель до 3 месяцев — прошли. У 2 больных наблюдалось сведение пальцев кистей из-за гипокальцемии. Под влиянием принятых мер (повторное введение хлористого кальция внутривенно) симптомы гипокальцемии ликвидировались к моменту выписки из клиники (на 12—20 дни после операции).

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Болезни эндокринной системы и обмена веществ. Л., 1955.
2. Баранов В. Г., Драчинская Е. С. и Давидовский Н. М. Вест. хир., 1956, 12.
3. Богославский Р. В. и Смоляк Л. Г. Врач. дело, 1956, 5.
4. Боровый Е. М. Вест. хир., 1959, 6.
5. Горчаков А. К. Врач. дело, 1956, 5.
6. Драчинская Е. С. Вест. хир., 1959, 6; 1957, 8.
7. Караванов Г. Г., Филиппчук Б. З. и Круль И. Г. Врач. дело, 1956, 5.
8. Коломийченко М. И. и Назаренко А. Н. Вест. хир., 1959, 6.
9. Лидский А. Т. Вест. хир., 1959, 6.
10. Малюгин Н. С. Хирургия, 1957, 3.
11. Николаев О. В. Хирургия, 1951, 1.
12. Петровский Б. В. Вест. хир., 1959, 10.
13. Семенов В. С. Хирургия, 1955, 11.
14. Cole W. Texas J. med. 1957, 53, 9.
15. White M., Duren N. Texas J. med., 1957, 53, 1.

Поступила 16 ноября 1961 г.

ОПЫТ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Асс. З. С. Ахтямова

Клиника госпитальной хирургии (зав.—проф. Н. В. Соколов) Казанского медицинского института, на базе 1-й городской больницы (главврач — З. А. Синявская)

Как известно, особенно большие успехи в хирургии зоба сделаны за последние десятилетия. В настоящее время применяются два основных типа операции: энуклеация и резекция.

В отношении остановки кровотечения, которое может стать угрожающим, используются два метода перевязки сосудов: внекапсульный и внутрикапсульный.

Внекапсульный метод предложен Кохером и считается классическим. Он состоит в предварительной перевязке основных стволов щитовидных артерий на протяжении, до вступления их в ткани железы. Этот метод надежно предупреждает кровотечение во время операции, но при перевязке нижней щитовидной артерии иногда грубо

повреждаются возвратный нерв (потеря голоса) или паращитовидные железы (тетания). Кроме того, приходится делать большой воротничкообразный разрез (для более удобного доступа к сосудам), обезображивающий шею.

Внутрикапсульный метод перевязки сосудов разрабатывался отечественными хирургами (А. А. Бобров, А. В. Мартынов, О. В. Николаев и др.). При нем перевязываются не основные стволы, а ветви щитовидных сосудов у места вступления их в ткань железы. При этом одновременно с сосудами захватываются и попадают в лигатуру капсула и часть ткани железы. Этот метод в достаточной мере предотвращает кровопотерю и в то же время дает возможность надежно уберечь от повреждения задне-внутренний отдел щитовидной железы, прикрывающий возвратный нерв и паращитовидные железы, дает возможность сохранить нормальную иннервацию и питание культи щитовидной железы. Это имеет большое значение для сохранения функции и профилактики послеоперационных осложнений (паралич голосовых связок, тетания, микседема). При этом исключается сильный раздражитель рефлексогенных зон, каким являются перевязка и пересечение стволов щитовидной артерии. Кроме того, этот метод исключает необходимость делать большие разрезы.

В нашей клинике до 1957 г. применялся в основном внекапсульный метод. После перевязки верхней и нижней щитовидной артерий шелковыми лигатурами производилась клиновидная резекция $\frac{2}{3}$, $\frac{3}{4}$ железы (и даже больше в зависимости от случая) с последующим ушиванием культи кетгутowymi швами. С 1957 г. применяется внутрикапсулярная перевязка сосудов. Операция производится по современной методике резекции щитовидной железы, разработанной О. В. Николаевым. При этом резецируется щитовидная железа субфасциально и субтотально с оставлением минимального количества (3—8,0) ткани железы в области задне-внутренней поверхности обеих долей. Все сосудистые ветви, мелкие и рассеянные по капсуле, захватываются кровоостанавливающими зажимами в ее толще и рассекаются. Сосудистые ветви по группам перевязываются в фасции и в ткани железы. К культиям железы подводятся марлевые полоски, которые остаются на сутки. Рана послойно ушивается кетгутom со скобками на кожу (шелк во время операции не употребляется).

С 1957 г. по 1961 г. прооперировано 142 больных (женщин — 128, мужчин — 24); из них по поводу тиреотоксического зоба 103 и эутиреоидной формы — 39.

Из больных с тиреотоксикозом у 35 была резко выраженная форма базедовой болезни, у 35 — выраженная, у 31 — слабо выраженная и у 2 — тяжелая марантическая.

Больных с диффузно-паренхиматозным зобом было 78, с узловым — 33, со смешанной формой — 19 и с кистой щитовидной железы — 12.

У большинства (68) оперированных больных был зоб IV ст., у 61 — III ст. и у 13 — V ст.

У 123 больных был двусторонний зоб и у 19 односторонний.

С рецидивным зобом (оперированных в прошлом) было 5 больных.

У больных с эутиреоидными зобами (39) в основном были большие зобы — IV и V ст., вызывавшие затруднение дыхания, охриплость голоса и одышку.

У большинства (72) больных тиреотоксической формой зоба было тяжелое течение. Они неоднократно и длительно лечились консервативно. Все жаловались на слабость, сердцебиение, потливость, раздражительность, боли в области сердца и головные боли. Некоторые жаловались на одышку, осиплость голоса, расстройства функции кишечника и др. Почти все отмечали потерю в весе, но двое больных поступили с тяжелой марантической формой, у которых потеря в весе была катастрофической (до 7—9 кг в неделю).

Больные до операции находились в стационаре от 10 до 21 дня и больше (в зависимости от состояния). Подготовка к операции сводилась к общеукрепляющему лечению, усиленному питанию и психологической обработке. При тиреотоксикозе больным назначались пилюли Шерешевского, внутривенно — раствор глюкозы 40% 20 мл, подкожно инсулин 5—10 ед., сердечно-сосудистые средства, при резко выраженных тиреотоксикозах назначался дигиталис в свечах 2 раза в день, хинин по 0,1—0,15 2—3 раза, АКГГ по 5—10 ед. в сутки.

Все больные оперировались под местной анестезией 0,5% раствором новокаина с пенициллином по вышеуказанной методике, кроме больных с кистой щитовидной железы, которым производилась энуклеация.

После операции больным дополнительно назначались пирамидон и инъекции камфары. Больным с тяжелым тиреотоксикозом в первые два дня вводили физиологический раствор подкожно.

Послеоперационный период протекал в основном гладко; больные отмечали слабость и недомогание только в первые 2 дня после операции, а начиная с 3 дня состояние больных быстро улучшалось, имеющаяся тахикардия на второй-третий день исчезала. Тахикардия с аритмией наблюдалась у 9 больных, у которых операции протекали с техническими затруднениями, что, по-видимому, было связано с травмой ткани щитовидной железы.

Из 142 оперированных умерла одна больная с базедовой болезнью, с резко выраженным тиреотоксикозом, с нарушением функции печени и сердечно-сосудистой системы. До этого больная лечилась всеми средствами консервативной терапии, включая и радиоактивный йод. На операцию готовилась 5 недель, но улучшения общего

состояния не наблюдалось. Произведенная ей субтотальная резекция щитовидной железы протекала без технических затруднений, несмотря на то, что щитовидная железа была большая (IV ст.) и очень плотная. Больная умерла через сутки от тиреотоксического криза, развившегося на фоне тимико-лимфатического статуса. На вскрытии — послеоперационный тиреотоксический криз, острая токсическая гиперплазия селезенки; цирроз печени на почве тиреотоксического гепатита, зернистая дистрофия почек, тиреотоксический миокардит, гипостазы легких, гипостатическая очаговая пневмония, большая сохранившаяся зубная железа, гиперплазия лимфоидной ткани, уменьшение надпочечников.

Раны у всех больных зажили первичным натяжением.

Из осложнений в послеоперационном периоде необходимо отметить пневмонию у одной больной. У трех отмечались легкие судороги в конечностях.

У 4 больных была частичная травма возвратного нерва, что проявилось нарушением голоса на другой день после операции. После нескольких сеансов УВЧ голос полностью восстановился. Явления тиреотоксикоза исчезли у 141 больного, хотя большинство поступило в тяжелом состоянии.

У больной, оперированной по поводу базедового зоба, через год после операции появился небольшой узел в левой доле (с лесной орех), без признаков тиреотоксикоза. Последующее наблюдение показало, что узел не увеличивается.

У двух больных через месяц после операции отмечалась легкая гипофункция щитовидной железы в виде отеков лица по утрам. Основной обмен был понижен. При лечении тиреоидином отеки исчезли.

Необходимо отметить, что у больных, получавших до операции метилтиоурацил и радиоактивный йод, щитовидная железа бывает очень кровоточива и операция проходит с техническими трудностями.

Также затрудняет операцию и предварительное физиотерапевтическое лечение, которое вызывает обширный спаечный процесс с окружающими тканями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровый Е. М. Хирургия, 1958, 10. — 2. Ваврик Ж. М. Там же. — 3. Лидский А. Т. Эндемический зоб, М., 1954. — 4. Николаев О. В. Эндемический зоб, 1955; в кн.: Руков. по клинической эндокринологии, 1958. — 5. Хавин И. Б., Николаев О. В. Болезни щитовидной железы, М., 1961.

Поступила 12 июля 1961 г.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

А. С. Бирман

Клиника факультетской хирургии (зав. — проф. И. И. Неймарк) Алтайского медицинского института

Изучались непосредственные осложнения у 260 больных тиреотоксикозом, оперированных в нашей клинике; кроме того, были подвергнуты анализу данные о 16 больных, умерших после субтотальной струмэктомии в различных лечебных учреждениях Алтайского края.

Женщин было 246, мужчин 14. В возрасте до 20 лет — 6 больных, от 21 года до 40 — 190, старше — 64.

Виды зоба у оперированных больных	Количество больных	Степень тиреотоксикоза			
		I	II	III	IV — маран- тическая
Диффузный токсический	102	1	60	40	1
Диффузно-узловой токсический	60	5	20	34	1
Узловой вторично-токсический	98	8	48	39	3