

АСФИКСИЯ И БОРЬБА С НЕЙ ПРИ СТРУМЭКТОМИИ

Л. Ф. Черемухин, М. Е. Русоник, Е. М. Палагин

Факультетская хирургическая клиника (зав. — доц. В. И. Кукош) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Одним из серьезных осложнений при струмэктомии является асфиксия. Она может возникнуть как у больных базедовой болезнью, так и при простом зобе, либо рефлекторно, либо в результате наступающего отека гортани.

В нашей клинике с января 1957 г. по март 1961 г. произведено 477 операций на щитовидной железе по поводу базедовой болезни и простого зоба. На это количество операций асфиксия возникала у 12 (2,5%) женщин, из них у 7 при базедовой болезни и у 5 при простом зобе гигантских размеров, который у 3 располагался загрудинно. Среди этих больных базедовой болезнью одна имела марантическую стадию заболевания, другая — нарушение кровообращения II ст., у третьей большой зоб сдавливал трахею; у 2 детей (10 и 13 лет) была крайне тяжелая форма базедовой болезни, и лишь у 2 была базедова болезнь средней тяжести.

Под местной анестезией оперировано было 6 больных (3 с простым зобом и 3 — базедовой болезнью), двум больным базедовой болезнью операция выполнена под местной потенцированной анестезией, и 4 больным (2 — простым зобом и 2 — базедова болезнь) под интубационным наркозом. У 4 больных (2 — базедовой болезнью и 2 — простым зобом) асфиксия развилась во время операции, носила рефлекторный характер и была связана у трех с травмой трахеи (случайный прокол иглой), и лишь у одной возникла в самом начале выделения одной из долей железы.

Асфиксия у остальных 8 наблюдалась в различные сроки после операции. У троих (у 2 с базедовой болезнью и у 1 с простым зобом) асфиксия развилась вскоре после операции (при транспортировке больного в послеоперационную палату) и носила рефлекторный характер. У 5 же больных (у 3 с базедовой болезнью, у 2 с простым зобом) причиной асфиксии явился отек гортани, возникший в разные сроки (от 7 до 24 часов) после операции.

У всех 12 больных асфиксия была прогрессирующей и требовала вмешательства по жизненным показаниям.

Рефлекторная асфиксия, наблюдаемая нами как во время операции, так и после нее, носила буквально молниеносный характер. Время от начала ларингоспазма до тяжелой асфиксии исчислялось 3—5 минутами. Асфиксия, наступавшая вследствие отека гортани, развивалась исподволь и ни у одной больной не достигала такой тяжести, как рефлекторная.

Асфиксия, наступившая в послеоперационном периоде у 3 оперированных под интубационным наркозом, развилась быстрее и потребовала радикальных мер через 7—18 часов от начала отека гортани. У двух оперированных под местной анестезией отек гортани развивался несколько медленнее, привел к асфиксии значительно позднее, и необходимость активной борьбы возникла позже — спустя 24 часа.

Мы полагаем, что причиной более быстрого наступления отека гортани после интубационного наркоза могла явиться сама интубация, однако полностью отнести это за ее счет нельзя, так как под таким наркозом оперировались наиболее тяжелые больные, которые имели расстройство дыхания вследствие деформации трахеи гигантским зобом еще до операции или крайне тяжелую форму базедовой болезни.

В зависимости от характера асфиксии применялись либо интубация, либо трахеотомия.

У 4 больных, где асфиксия возникла во время операции, после немедленной интубации быстро нормализовались дыхание и газообмен. Операция заканчивалась под интратрахеальным наркозом (закись азота + кислород).

Интубация в этих случаях явилась эффективным методом устранения острой асфиксии, восстановления полноценного дыхания и улучшения общего состояния, несмотря на то, что у одной больной и была выполнена с явным запозданием.

У 3 больных интубация явилась единственным мероприятием для борьбы с асфиксией. После извлечения трубки у одной больной возник рецидив ларингоспазма и нарушения дыхания, потребовавший повторной интубации после операции, но и это в последующем оказалось недостаточным, ибо всякий раз по извлечении трубки нарастал цианоз. Этой больной произведена трахеостомия, которая дала радикальный эффект.

Трем больным с рефлекторной асфиксией, возникшей вскоре после операции, также были произведены интубация и искусственное дыхание наркозным аппаратом. Однако у 2 больных в дальнейшем пришлось прибегнуть к трахеостомии, так как по извлечении интубационной трубки их дыхание прогрессивно ухудшалось. После операции у 5 больных в сроки от 7 до 24 часов постепенно нарастали симптомы отека гортани (затрудненное дыхание, резкое беспокойство, медленно прогрессирующий цианоз). Всем без предварительной интубации наложена трахеостома, которая у 4 больных дала эффект. Лишь у 1 больного (К., 60 лет) с гигантским зобом при струмэктомии наступил летальный исход, так как консервативные меры борьбы с

прогрессирующей асфиксией не дали ощутимого эффекта, а трахеостомия была выполнена поздно, когда уже возникли тяжелые расстройства сердечной деятельности, оказавшиеся роковыми.

На основании наших наблюдений мы полагаем, что при рефлекторной асфиксии, как во время, так и после операции, эффективным и часто единственным средством борьбы является интубация.

Следует заметить, что техническое выполнение интубации при таких ситуациях не представляет затруднения. При глубокой асфиксии интубация облегчена расслаблением дыхательной мускулатуры и подавлением гортанных рефлексов. Однако ее не следует откладывать до такого опасного состояния, и необходимо интубировать больных в начале расстройства дыхания при незначительном кислородном голодании, облегчая выполнение интубации применением мышечных релаксантов.

Для предупреждения повторного ларингоспазма мы всегда проводим перед извлечением трубки анестезию гортани и трахеи 3% раствором дикаина.

При асфиксии на почве отека гортани интубацию мы считаем противопоказанной и даже вредной, так как она может усугубить течение отека. Здесь показана своевременная трахеостомия, ибо длительное кислородное голодание приводит к дегенеративным изменениям паренхиматозных органов, и трахеостомия может оказаться неэффективной.

Поступила 15 марта 1962 г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО ЗОБА

Доц. Л. Н. Камардин

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

Причины послеоперационных рецидивов зоба и тактика их лечения еще не достаточно изучены. Частота рецидивов диффузного токсического зоба колеблется в широких пределах (О. В. Николаев и Ф. А. Агафонов, 1957 — 0,2%; Е. С. Драчинская, 1954 — 2%; Н. И. Трутень, 1956 — 1,5%). По сборной статистике 60 авторов, касающейся 43818 операций при зобе (Ф. А. Агафонов, 1948), частота рецидивов составляет 6,4.

Мы располагаем данными хирургического лечения 27 женщин в возрасте от 18 до 70 лет с рецидивным зобом. По характеру клинических проявлений и изменений в щитовидной железе все наши больные могут быть разделены на 4 следующие группы:

Вид зоба	Сроки рецидивов после операции						всего
	вскоре после операции	от 1 до 3 лет	от 3 до 5 лет	от 5 до 10 лет	свыше 10 лет	не установлено	
1. Диффузный токсический зоб	5	2	—	1	—	—	8
2. Диффузно-узловой токсический зоб	3	2	2	—	—	—	7
3. Узловой нетоксический зоб	3	2	1	1	1	2	10
4. Узловой зоб и рак	—	2	—	—	—	—	2
Всего	11	8	3	2	1	2	27

Анализ литературных и собственных данных позволил нам выявить следующие причины рецидива зоба:

I. Рецидивы, связанные с недочетами техники операции: 1) недостаточная резекция щитовидной железы; 2) оставление измененных участков железы при узловом зобе; 3) оставление больших участков при токсическом зобе; 4) недооценка степени тиреотоксикоза; 5) осложнения во время операции, вынудившие завершить ее радикально.

II. Рецидивы, обусловленные неблагоприятными влияниями на функцию щитовидной железы условий внутренней и внешней среды: 1) неблагоприятные условия