

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

жизни больного после операции; 2) наклонность щитовидной железы к гиперплазии и узлообразованию; 3) эндокринные сдвиги в организме после операции (климакс, беременность и т. д.).

Первая группа причин наиболее многочисленна. К ним, в первую очередь, относится недостаточная ревизия щитовидной железы. Клинически определяемые изменения в последней не всегда полностью соответствуют обнаруживаемым на операции. При недостаточном доступе, небольших асимметричных разрезах трудно осмотреть во время операции всю щитовидную железу и точно установить характер изменений в ее долях. У многих наших больных, в прошлом оперированных в различных больницах края, произведен небольшой асимметричный разрез, который затруднял ревизию железы. Необходимость обязательной ревизии всей железы при кажущихся изменениях в одной доле подтверждается нашими данными: у 6 наших больных рецидив возник в результате отступления от этого правила.

Существенный дефект техники операции при узловом зобе — оставление измененной ткани щитовидной железы. Этому способствует и недооценка обнаруживаемых на операции изменений, когда остаются сомнительные в отношении возможности рецидива участки железы. Опыт показывает, что узлы развиваются чаще в перешейке. У всех наших 19 больных узловым зобом обнаружены узлы в перешейке. Из них у 11 они выявлены во время второй операции.

Недооценка степени тиреотоксикоза и оставление больших участков ткани щитовидной железы также являются частой причиной рецидива. Таких больных у нас было 6.

Из 6 наблюдений этой группы 2 больным тиреотоксикозом в прошлом сделана гемиструмактомия, 2 — двусторонняя резекция щитовидной железы, 1 — резекция правой доли и 1 — резекция щитовидной железы с оставлением большей части верхнего полюса железы слева. У 2 больных, перенесших двустороннюю резекцию щитовидной железы, рецидив болезни наступил тотчас после операции. У этих больных были увеличены преимущественно задне-боковые отделы железы, уходившие за трахею к позвоночнику. Передне-боковые участки обеих долей оказались как бы срезанными. Боязнь выделения задней части железы и привела к оставлению большого количества ткани у трахеи.

Как уже указывалось, возникновение рецидива из-за несовершенства операции часто можно связать с осложнениями во время операции. Кровотечение и повреждение нижнего гортанного нерва вынуждали хирурга спешно и не всегда радикально заканчивать операцию. У 6 наших больных во время первой операции наблюдалось повреждение нижнего гортанного нерва, у 2 — кровотечение, у 1 имелись оба осложнения.

Вторая группа причин рецидива зоба связана с условиями внешней и внутренней среды, в которых находились больные после операции. Многие больные после первой операции продолжали оставаться в пределах эндемических очагов без противозобной профилактики. Прежние неблагоприятные факторы, например горная местность, недостаточное содержание йода и других микроэлементов в почве, воде и пище, не могли пройти бесследно и приводили больных к рецидиву зоба.

По-видимому, больным эндемическим зобом, во избежание рецидива после операции, следует настойчивее рекомендовать не прекращать противозобную профилактику.

Тяжелый умственный и физический труд также отрицательно сказывается на функции железы после операции. Так, среди наших больных были люди, выполнявшие работу, требующую большого умственного и физического напряжения (педагог, работница фабрики, лаборант и т. д.).

Нередко хирургу приходится испытывать большие трудности во время операции при оставлении необходимого для функции участка железы. Ткань ее бывает настолько изменена множественными мелкими узлами, что даже тщательный осмотр железы не гарантирует от оставления ткани с неулавливаемыми изменениями в ней, которые могут привести к рецидиву зоба. В подобных наблюдениях речь идет об особой наклонности ткани железы к гиперплазии и узлообразованию. Вместе с тем молодой возраст пациенток не позволяет пойти на полное удаление железы.

Примером подобного рецидива может служить следующее наблюдение:

С., 18 лет, страдает узловым нетоксическим зобом с 3—4 лет. Первая операция в возрасте 13 лет, вторая — 16 лет, третья — 18 лет. Обращает на себя внимание быстрое развитие рецидива после каждой операции.

Повторное возникновение рецидива зоба в данном наблюдении можно объяснить особенностями функционально-морфологической перестройки остающейся ткани железы после удаления основного патологического фокуса — узла.

Толчком к рецидиву зоба могут быть и эндокринные сдвиги в организме женщины после операции (беременность, климакс). Изучение наших наблюдений показало, что у 4 больных рецидив развился или стал резко прогрессировать в период беременности в течение 1—2 лет после операции. Убеждение в отрицательном влиянии беременности на функцию щитовидной железы после операции по поводу зоба вынуждает нас рекомендовать воздержание от беременности в течение 2—3 лет после операции до полной стабилизации эндокринного равновесия в организме.

Операции при рецидивном зобе отличаются значительными трудностями вследствие обширных рубцовых изменений вокруг железы и нередко нарушенных анатомических соотношений органов шеи. Требуется особая тщательность в выполнении операции. Необычайные трудности мы испытывали у больных с диффузными токсическими рецидивными зобами, у которых во время первой операции ткань железы была оставлена у трахеи.

Мы обычно мышцы пересекаем выше линии разреза, чтобы подойти к железе выше рубцов в пределах здоровых тканей. Последовательность этапов операции определяется индивидуальными особенностями изменений вокруг железы. Обязательным правилом являются выделение и выведение в рану задне-боковых отделов железы и пирамидального отростка. При сохранившихся верхних щитовидных сосудах ткань железы оставалась у верхнего полюса. Если они были перевязаны во время первой операции, оставляется небольшой участок железы у трахеи не более 6,0.

Технически легче выполнить операцию при рецидиве после субтотальной струмэктомии по Е. С. Драчинской. Небольшим разрезом впереди левой грудино-ключично-сосковой мышцы обнажается увеличенный верхний полюс железы и производится необходимая ее резекция.

Оперативное вмешательство при рецидивном узловом зобе не отличается от вмешательств при узловых зобах вообще. Лишь при карциномах, развившихся на почве рецидивного узлового зоба, показано удаление всей железы вместе с метастазами. В последующем у этих больных применяется рентгенотерапия.

Все больные нами оперировались под местным обезболиванием, у 5 применена местная потенцированная анестезия. Лишь у 1 из 27 оперированных наблюдался парез нижнего гортанного нерва (при раке).

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов Ф. А. Рецидивная форма базедовой болезни и ее лечение. Канд. дисс., 1948. — 2. Драчинская Е. С. Вестн. хир., 1954, 1; Вестн. хир., 1959, 6. — 3. Николаев О. В. и Агафонов Ф. А. Пробл. эндокр. и гормонотер., 1957, 3, 2. — 4. Трутень Н. И. Врач. дело, 1956, 11.

Поступила 7 февраля 1961 г.

ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИКО-БАЛЛИСТОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Е. Н. Дормидонтов

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. М. Э. Вайслевский)
Ярославского медицинского института

Многие авторы, исследовавшие больных тиреотоксикозом через длительное время после операции или окончания лечения, указывают на значительное улучшение или выздоровление большинства больных (Н. С. Логаткина, М. Н. Коломийченко и А. Н. Назаренко, Ж. М. Ваврик, О. В. Николаев, Д. Я. Шурыгин и др.). По данным И. А. Петухова, клиническое выздоровление наступило у 91 больного из 93. М. Авио-ср и Ф. П. Ольгина, которые специально изучали состояние сердечно-сосудистой системы у 24 больных после терапии тиреотоксикоза, нашли тахикардию у 5 и повышение скорости кровотока у одной. И. Б. Олешкевич полагает, что причина некоторых неудовлетворительных отдаленных результатов лечения лежит в развитии тяжелых патологических изменений в сердечно-сосудистой и нервной системах.

Нами в различные сроки после операции и окончания консервативного лечения исследовано 36 человек. У 12 после операции или окончания лечения прошло свыше года, у 17 — от 6 месяцев до 1 года и у 7 — от 3 до 6 месяцев. Легкая форма тиреотоксикоза (до лечения) диагностирована у 8 человек, средней тяжести — у 20 и тяжелая — у 8. Оперировано 29 больных, 6 лечились радиоактивным йодом, и одна получала метилтиоурацил.

В момент исследования самочувствие большинства больных было сравнительно хорошим. Однако часть предъявляла все же различные жалобы. Так, у 6 человек отмечались сердцебиения, 4 жаловались на небольшую одышку при физическом напряжении. Перкуторно — расширение левой границы сердца определялось у 3 больных, рентгенологически — у 5. Тахикардия наблюдалась только у 2 человек. Недостаточность кровообращения осталась у одной больной с тяжелой формой тиреотоксикоза, осложнившегося мерцательной аритмией. Из всех симптомов наиболее стойко сохранился экзофтальм (у 10 из 16). Повышение основного обмена определялось у 7 больных, понижение — у 6, у остальных основной обмен был нормальным. Повышение