

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 оставлялась 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

скорости включения радиоактивного йода в щитовидную железу отмечено у 7, понижение скорости и максимума включения — у 4, у остальных включение йода не выходило за пределы нормы. Клинически симптомы тиреотоксикоза установлены у 4, причем у одной наблюдалась выраженная форма заболевания с мерцательной аритмией и декомпенсацией, а у трех — легкая форма.

Нами также изучалось состояние сократительной функции сердца до начала лечения, после операции или окончания лечения и спустя длительное время. У всех исследуемых датчиком типа Дока регистрировалась баллистокордиограмма (БКГ) скорости при общепринятых условиях (не ранее чем через 2 часа после приема пищи. 10 минут спокойного лежания на прочной кушетке). Оценка кривых производилась по классификации Броуна с добавлениями клиники проф. А. И. Гефтера.

При всех формах заболевания наблюдалась дальнейшая нормализация или значительное улучшение БКГ по сравнению с периодом непосредственных результатов лечения. В частности, в группе больных тиреотоксикозом средней тяжести (20) только у одной была нормальная БКГ до начала лечения. После же лечения или операции такие кривые зарегистрированы у 3, а спустя длительное время — уже у 11. Только у трех сохранились БКГ III ст. Такие стойкие изменения указывают на значительное нарушение функции сократимости сердца вследствие глубоких дегенеративных процессов в миокарде. В группе больных тяжелым тиреотоксикозом (8) до лечения совершенно не наблюдалось нормальных БКГ, после лечения или операции их также не было. Через несколько месяцев после операции у 2 БКГ полностью нормализовалась, причем до лечения у одной были кривые II ст. «Б», а у второй — III ст. «А». У 3 произошло значительное качественное улучшение кривых до I ст. «А».

У двух больных тяжелой формой тиреотоксикоза зарегистрированы резко деформированные БКГ за счет расщепления или раздвоения зубца J, расщепления K, повышения L. У одной оставались выраженные явления тиреотоксикоза с мерцательной аритмией, несмотря на лечение радиоактивным йодом. У второй наступило значительное улучшение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ависор М. и Ольгина Ф. П. Зобная болезнь, 1959, Киев, т. II. — 2. Ваврик Ж. М. Там же. — 3. Коломийченко М. Н. и Назаренко А. Н. Вест. хир. им. И. И. Грекова, 1959, 6. — 4. Логаткина Н. С. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1955, 4. — 5. Николаев О. В. и Агафонов Ф. А. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1957, 2. — 6. Олешкевич И. Б. Здравоохранение Белоруссии, 1959, 7. — 7. Петухов И. А. Хирургия, 1957, 10. — 8. Шурьгин Д. Я. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1955, 6. — 9. Fiandra O., Cervino J., Navarro A., Landua, de Delfino, Mussio-Fournier C. Bull. et men. Soc. med. Hopitaux. 1955, 1—2, Paris.

Поступила 30 сентября 1961 г.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ЛЕНИНОГОРСКОМ РАЙОНЕ ТАТАРСКОЙ АССР

Л. В. Дановский

Лениногорская горбольница (главврач — Н. Ш. Хасанов, научный консультант — проф. Л. М. Рахлин)

Клиника и течение эндемического зоба имеют особенности в различных очагах эндемии (А. Т. Лидский, О. В. Николаев, И. И. Русецкий, И. Б. Хавин и др.). При горном зобе обычно наблюдается больше узловых форм с наклонностью к гипотиреозам, при равнинном — чаще диффузные формы и случаи гипертиреоза. О. В. Николаев указывает, что для клинической картины зоба центральных областей РСФСР характерны частые признаки гипертиреоза, нередки случаи токсических аденом. В Горьковской области течение зоба более благоприятно, и среди больных лишь небольшой процент страдает гипертиреоидными проявлениями. На Урале, несмотря на горный характер районов распространения зоба, часто встречается зоб с гипертиреоидными проявлениями.

Лениногорский район расположен в юго-восточной части Татарской АССР на Бугульминско-Белебейской возвышенности; высотные отметки — от 100 до 371 м над уровнем моря. Район пересекают реки Степной Зай и Шешма — левые притоки Камы.

В ряде работ уже указывалось на распространение эндемического зоба среди населения Лениногорского района (А. А. Полянцев и А. И. Полянцева, 1935; Г. М. Усманова, 1959; Ф. Г. Тазетдинова, 1961; Н. Ш. Курамшина-Бичурина, 1961). Г. М. Усманова увеличение щитовидной железы обнаружила у 87,2% обследованных жителей, зоб III—V степеней — у 14,8%; Ф. Г. Тазетдинова у детей увеличение щи-