Один из серьезных осложнений при струмэктомии является асфиксия. Она может возникать 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 маргинальную стадию заболевания, другая — нарушение кровооxygenа II ст., у третьей большей зоб давил на 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 — простой зоб и 2 — базедовая болезнь) под интубационным наркозом. У 4 больных (2 — базедовой болезнью и 2 — простым зобом) асфиксия развилась во время операции. Косила рефлекторный характер и была связана с травмой трахеи (случайный прокол трахеи), и лишь у одной возникала 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 развивалась вскоре после операции (при транспортировке больного в послекастрофическую 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 была прогрессирующая и требовала вмешательства по жизненным показаниям.

Рефлекторная асфиксия, наблюдающаяся 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 послекастрофическом периоде у 3 оперированных под интубационным наркозом, развивалась быстрее и потребовала радикальных мер через 7—18 часов от начала отека гортани. У двух оперированных под местной анестезией отек гортани развивался несколько медленнее, причем из 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. Операции заканчивались под интрапрахеальным 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 асфиксий. 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 трахеотомия, которая дала радикальный эффект.

Трем больным с рефлекторной асфиксий, 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 извлечению 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 выполнена трахеостомия, которая у 4 больных дала эффект. Лишь у 1 больного (K., 60 лет) с гигантским зобом при струмэктомии наступил летальный исход, так как консервативные меры борьбы с
прогрессирующей асфиксии 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 облегчает расслабление дыхательной мускулатуры и подавление горячих 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 горла и трахеи 3% раствором диканина.

При асфиксии на почве отека горла 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. Грутень, 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 кlinических проявлений и изменений в щитовидной железе все наши больные могут быть разделены на 4 следующие группы:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Вид зоба</th>
<th>Сроки рецидивов после операции</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>вскоре после операции</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Диффузный токсический зоб</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Диффузно-узловой токсический зоб</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Узловой нетоксический зоб</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Узловой зоб и рак</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Всего</strong></td>
<td><strong>11</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

I. Рецидивы, связанные с недочетами техники операции: 1) недостаточная резюма 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, вызванные завершение ее нерадикально.

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