Операции при рецидивном зобе отличаются значительными трудностями вследствие обширных рубцовых изменений вокруг железы и нередко нарушениях 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 структэктомии по Е. С. Драчинской. Небольшим разрезом впереди левой грудино-ключично-сосковой мышцы обнаруживается увеличенный верхний полос 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


Поступила 7 февраля 1961 г.

ОТДЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-БАЛЛИСТОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТИРЕТОКСИКОЗОМ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Е. Н. Дормидонтов

Кафедра госпитальной терапии (зав. — проф. М. Э. Вайсвельский)
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 наступало у 91 больного из 93. М. Авинес и Ф. П. Ольгина, которые специально изучали состояние сердечно-сосудистой системы у 24 больных после терапии тиреотоксикоза, ввели тахикардию у 5 и повысили скорость кровотока у одной. И. Б. Олешкович полагает, что причина некоторых патологических изменений в сердечно-сосудистой и нервной системах.

Нами в различные сроки после операции или 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 метилпуринат.

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 оставалась у одной больной с тяжелой формой тиреотоксикоза, осложнившегося мерцательной аритмиею. Из всех симптомов наиболее стойко сохранялся экзофтальм (у 10 из 16). Повышение основного обмена определялось у 7 больных, понижение — у 6, у остальных основной обмен был нормальным. Повышение
состоит включению радиоактивного йода в щитовидную железу. Отмечено у 7, пониженной скорости и максимума включения — у 4, у остальных включение йода не вышло за пределы нормы. Клинически симптомы тиреотоксикоза установлены у 4, причем у одной наблюдалась выраженная форма заболевания с мерцательной аритмийей 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 зарегистрировалась баллостокардиограмма (БКГ) скорости при обеепентных условиях (не ранее чем через 2 часа после приема пищи. 10 минут спокойного лежания на прочной кушетке). Оценка кривых произоходилась по классификации Бруна 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 III 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 Q, повышения L. У одной оставались выраженные явления тиреотоксикоза с мерцательной аритмийей, несмотря на лечение радиоактивным йодом. У второй наступило значительное улучшение.

ЛИТЕРАТУРА


Поступила 30 сентября 1961 г.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ЛЕНИНОГОРСКОМ РАЙОНЕ ТАТАРСКОЙ АССР

Л. В. Дановский

Лениногорская горбольница (глубокой 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. В. Хавин и др.). При горном зобе обычно наблюдается больше удвоенных 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, наряду с случай токсических аденом. В Горьковской области течение зоба более благоприятно, и среди больных лишь небольшой процент страдает гипертиреоидными проявлениями. На Уrale, 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 и над уровнем моря. Район пересекает 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 степени — у 14,8%; Ф. Г. Тазетдинова у детей увеличение щи-