

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ЗОБОВ

Доцент И.А.Петухов

Из кафедры факультетской хирургии /зав. профессор
Н.М.Гичур/ Витебского мединститута.

В нашей клинике за 11 лет (1957-1967 гг.) произведено 1244 операции по поводу заболеваний щитовидной железы, из них 29 больных оперировано по поводу послеоперационного рецидива зоба (2,6%). Мужчин было 2, женщины - 27. Возраст больных от 24 до 75 лет. Узловых зобов было 20, диффузных - 9. Первичная операция производилась в нашей клинике у 10 больных, в других лечебных учреждениях у 19. Следовательно среди оперированных в клинике наблюдалось 0,7% рецидивов.

Больным до операции производились анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, ЭКГ, определение экскреции стероидов в моче, обследование радиоактивным йодом, консультации невропатолога, гинеколога, ЛОР-специалиста, а также рентгенография области щитовидной железы.

При наличии тиреотоксикоза проводилась предоперационная подготовка по методике, принятой в клинике.

При ревизии щитовидной железы во время операции правая доля оказалась увеличенной 22 раза, левая - 20 раз, перешеек - 3, пирамидальный отросток - 3, узлы в ретростернальном пространстве отмечены 3 раза. Исходя из этого следует считать, что первичные операции были или недостаточно радикальными по своему объему, или были оставлены незамеченные узлы, давшие рецидив зоба. Следовательно, среди наблюдавшихся нами больных не было истинных рецидивов, все они по классификации С.Б.Николеева относятся к ложным рецидивам.

Были произведены следующие оперативные вмешательства: субтотальная резекция щитовидной железы - 17, тотальная тиреоидэктомия - 2, резекция правой доли - 5, резекция левой доли - 2, резекция левой доли и перешейка - 1, резекция правой доли и перешейка - 1, энуклеация узла - 1, удаление пирамидального отростка - 1, удаление атипично расположенного узла - 1, удаление правого верхнего полюса - 1. Всего произведено 32 операции, так как 3 больных оперированы по поводу рецидива дважды. 30 раз применялся воротниковый разрез с иссечением старого кожного рубца. У 2 больных был применен продольный, вертикальный разрез по внутреннему краю ключичной мышцы. Направление и характер разреза выбирались с учетом локализации рецидива. Все операции произведены под местным обезболиванием в сочетании с умеренным наркозом.

При гистологическом исследовании установлено: базедовы струма - 2, макроfolликулярный зоб с базедификацией - 9, макроfolликулярный коллоидный зоб - 6, коллоидный зоб с очагами фиброза и обызвествления - 6, кистозные зобы - 5, струма Лангганса - 2, метастазирующая аденома - 1, рак щитовидной железы - 1.

На 32 операции отмечено 6 осложнений: повреждение возвратного нерва у 4 больных, паратиреоидная недостаточность у 2 больных. Летальных исходов после операции не было.

Оперативные вмешательства при рецидивных зобах являются технически трудными из-за обилия рубцовых тканей после бывших операций, в результате чего резко изменяются топографоанатомические взаимоотношения. Исходя из этого и во избежание повторного рецидива они должны производиться наи-

более квалифицированными хирургами, имеющими большой опыт в хирургии щитовидной железы.

В В В О Д Ы

1. Для профилактики рецидивов при диффузных тиреотоксических зобах необходимо производить двухстороннюю субтотальную резекцию щитовидной железы с рассечением перешейка, удалением пирамидального отростка и оставлением 3-6 граммов ткани щитовидной железы у задне-нижнего отдела капсулы.
2. При узловых зобах во время операции необходимо производить тщательную и широкую ревизию обеих долей щитовидной железы, особенно в области верхних и нижних полюсов, перешейке и пирамидального отростка.
3. Если одна доля содержит узлы, а вторая кажется неизменной, эту долю следует рассечь и подвергнуть тщательной ревизии.
4. Во всех случаях узловых зобов, даже при наличии крупных солитарных узлов, следует отказаться от энуклеации, а производить резекцию, так как помимо крупных могут быть и мелкие узлы, которые в последующем могут явиться источником рецидива.
5. Необходимо производить тщательную ревизию загрудинного пространства как до операции (рентгенография, многоосевая рентгеноскопия), так и во время оперативного вмешательства.
6. В местности эндемичной по зобу в послеоперационном периоде больные должны находиться под диспансерным наблюдением, им следует производить послеоперационный курс йодной профилактики.