

К вопросу о хирургическом лечении зоба.

Заведующего отделением **С. М. Эйбера.**

Наблюдение и опыт в изучении зоба представляют огромную ценность не только для хирурга, но и для биолога. Зоб был известен уже врачам в глубокой древности, и они лечили его различными консервативными способами, но только современные патолого-анатомические исследования, лабораторные эксперименты и успешное оперативное вмешательство разрешили этот вопрос научно, а операция при зобе заняла прочную позицию среди методов его лечения, являясь с одной стороны, вполне доступной в возможной для широких масс, с другой — вполне обоснованным биотехническим методом, который по имеющемуся огромному клиническому материалу представляется избранным и наилучшим.

Полагая, что оперативное лечение зоба должно входить в обиход каждого хирурга, я считаю нелишним подвести итог проделанной в этом направлении за определенный срок, именно, с 1914 по 1925 год, работе.

По имеющимся у меня записям, за это время я наблюдал и оперировал 60 случаев зоба, т. е. частичного увеличения щитовидной железы вследствие гипертрофического и гиперпластического процессов.

Влияние пола резко сказалось в этом материале, в смысле предрасположения к зобу у женщин (очевидно, общая конституция женского организма менее устойчива, чем у мужчины): на 60 случаев у меня были 51 женщина и 9 мужчин (5,6:1). Необходимо отметить, что все мои 60 случаев зоба относятся к спорадическим (Тульская и Донецкая губ.).

На развитие зоба оказывает заметное влияние также возраст, особенно от 20 до 40 лет, т. е. период половой зрелости и расцвета жизни: из 9 больных мужчин у меня были в возрасте от 21 до 30 л.—6, от 31 до 40—2 и старше 40—1; из 51 женщины были моложе 20 л.—10, от 21 до 30 л.—24, от 31 до 40 л.—14 и старше 40 л.—3.

Из других предрасполагающих моментов удалось подметить: (в легких—в 6 сл., туберкулез—в 1, беременность—в 1, болезни сердца—в 2 и алкоголизм—также в 2.

Продолжительность заболевания была от 1/2 года до 5 лет, в 39 случаях—до 2 лет.

Основным, часто единственным проявлением зоба является опухоль в области щитовидной железы, различной консистенции и разнообразной величины, причем чаще поражается правая доля. Из 60 наших случаев были поражены: правая доля—у 20 больных, правая и средняя—у 10, правая и левая—тоже у 10, средняя—у 4, левая—у 8 и все доли—также у 8. Обоснованного объяснения этому явлению по моему времени как будто бы и нет. Впрочем некоторые авторы (Moppier, Лежнев) объясняют это тем, что правая доля лучше васкуляризована.

Зоб может расти или к поверхности, не вызывая значительных расстройств, или кнутри, создавая этим различные функциональные изменения. Главными припадками в нашем материале были: затрудненное дыхание—в 17 сл., одышка—в 25, боли при глотании—в 3, тахикардия—в 12; увеличение сердца имело место у 3 больных. Причину первых трех симптомов надо искать в давлении или смещении зобом трахей, что в 9 наших случаях и подтвердилось на операции. Тахикардия при зобе развивается вследствие затрудненного дыхания и расширенной венозной системы шеи из-за давления со стороны зоба, а также раздражения блуждающего и симпатического нервов. От этого же зависит цианоз лица в резкой степени наблюдавшийся у 3 наших больных. Изменения в дыхании и в малом кругу кровообращения постепенно способствуют при зобе динамическому увеличению сердца—гипертрофии правого желудочка. Вазомоторные расстройства, повышенная рефлекторная деятельность, психопатические симптомы можно было отметить в нашем материале только в единичных случаях.

Сложность и полиморфизм зоба не дают возможности патолого-анатомически точно его классифицировать. Однако по расположению и виду можно разделить зоб на 1) разлитой, 2) узловатый и 3) смешанный.

Разлитой (паренхиматозный) зоб, имевший место в 10 случаях нашего материала, характеризуется диффузно увеличенной щитовидной железой эластической консистенции. Интересно отметить, что в этой группе 3 удаленных нами препарата зоба были на разрезе сплошь заполнены коллоидом, причем паренхимы железы почти что не осталось; видны были легко рвущиеся, кистообразные полости с перегородками соединительнотканного типа. 3 случая объемистого разлитого зоба, так редко встречающиеся, характеризовались множественными соединительнотканными перемычками, проросшими препарат полностью; из анамнеза в этих случаях удалось выявить, что у больных применялись раньше вырскивания Lügö'евского раствора и рентгенизация, не давшие, впрочем, никакого успеха; в техническом отношении случаи эти представляли значительные трудности. В одном случае препарат зоба состоял из огромного числа широко—и узко-петлистых сосудов,—по типу ангио каверномы.

Узловатый зоб, который оказался у большинства наших больных,—в 32 случаях,—характеризуется присутствием 1—3—5 узлов-полостей, наполненных коллоидом, слизью и темной кровью. Полости эти отграничены друг от друга соединительнотканными перегородками, либо самой паренхимой щитовидной железы.

При смешанной форме встречается комбинация разлитого зоба с узловатым. Эта форма была встречена нами в 18 случаях.

Показания к оперативному вмешательству складываются при зобе из функциональных и механических расстройств, вызываемых им и не поддающихся консервативному лечению (иод, талассотерпия, рентгенизация). Так как кистозные и узловатые зобы прорастают паренхиму щитовидной железы, резко уменьшая ее строму, то эти формы необходимо оперировать как можно скорее; сюда же относятся и формы злокачественные. Противопоказаниями к операции являются пернициозная анемия, астенная сердца и преклонный возраст.

Обезболивание при оперативном удалении зоба, как правило, должно применяться местное, так как при нем является возможным следить за сох-

ранностью возвратного нерва; кроме того при общем наркозе, не говоря уже об его действии на сердце и легкие, возникают значительные опасения в смысле свободного дыхания в зависимости от перемены положения зоба во время его удаления. Все мои случаи были оперированы под местной анестезией (инфильтрационно 100,0—150,0 $\frac{1}{4}$ 0/0 новокаина с 2⁰/о сернокислого кали в 0,9⁰/о NaCl). Полноты ради должен отметить, что при удалении зоба с его ложа, на трахее, несмотря на всю безболезненность операции, возникают кратковременные боли.

Что касается метода операции, то мною в 10 случаях была произведена резекция той или другой доли щитовидной железы, в 32—энуклеация узлов и в 18—и резекция, и энуклеация. При всех этих способах особенно важно обращать внимание на полный гемостаз, пользуясь торсионными пинцетами и круговым обкалыванием. Для швов предпочтительнее катгут. Помня о тяжелых осложнениях при повреждении возвратного нерва, необходимо, изолировав сосудистый пучок, оставлять часть капсулы, непосредственно прилегающую к трахее. При этом нерв даже и не обнажится (модификация Mikulicz'a).

В послеоперационном периоде необходимо сохранение полного покоя оперированных при горизонтальном положении (без подушки) в течение 4 дней. На 7-й день можно уже направлять оперированных в перевязочную для снятия кожных швов (resp. скобок). У наших больных повышение t° до 38° С. было отмечено в 18 случаях, всегда в первые три суток после операции; остальные случаи протекали субфебрильно. У 3 больных, далее, наблюдалось расхождение боковых углов раны с выгнаиванием лигатур. Других осложнений не встретилось. Процент смертности был равен нулю.

В заключение позволю себе, на основании сделанных мною наблюдений, высказать несколько общих положений, относящихся к оперативному лечению зоба:

1. Зобы с явлениями гипер-,—гипо—и дистиреоза продолжительностью свыше 2 лет должны подвергаться оперативному лечению.

2. Из методов последнего наиболее предпочтительными являются резекция и энуклеация с наложением швов из катгута.

3. Для обезболивания при оперативном лечении зоба надо применять местную анестезию.

D-r S. M. Eiber (Artemowsk). Zur Frage über die chirurgische Behandlung des Kropfes.

Auf dem Grunde seines eigenen Materials, welches 60 Fälle operativer Behandlung des Kropfes umfasst, findet der Verfasser, dass die Kröpfe mit den Erscheinungen der Hyper-, Hypo—und Disthyreosis mit der Dauer mehr als 2 Jahre operativ behandelt werden müssen, wobei man von den Methoden solcher Behandlung den Vorzug der Resection und Enucleation mit dem Anlegen der Catgutnähte geben muss; bei der Operation ist es besser lokale Anaesthesie anzuwenden.
