

Следует отметить, что пероральное применение преднизолона предусматривало обеспечение нормального суточного режима секреции кортизола; это достигалось назначением $\frac{2}{3}$ дозы преднизолона в 8 ч и $\frac{1}{3}$ в 12 ч.

Анализ полученных результатов позволяет рекомендовать чрездневную схему введения преднизолона в лечении аутоиммунного тиреоидита (в случае неэффективности тиреоидных гормонов) при значительном увеличении СОЭ, наличии признаков гипохромной анемии, сочетании с другими аутоиммунными заболеваниями (синдромом Сьегрена, аддисоновой болезнью, ревматоидным артритом, сахарным диабетом), а также с целью устранения возникшего рецидива зоба после операции по поводу аутоиммунного тиреоидита (при явлениях сдавления пищевода, трахеи и др.).

Необходимость в повторных курсах лечения возникала у больных 1—2 раза в год.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее информативными тестами в диагностике аутоиммунного тиреоидита являются наличие высокого титра циркулирующих аутоантител к тиреоглобулину и микросомальному антигену (или увеличение IgG) и сканирование щитовидной железы. В сомнительных случаях показана пункционная и аспирационная биопсия с целью дифференциальной диагностики с неопластическим процессом.

2. Аутоиммунный тиреоидит может сопровождаться не только эутиреозом, гипотиреозом, но и признаками гиперфункции щитовидной железы и тиреогенной офтальмопатией.

3. Чрездневный метод лечения преднизолоном больных аутоиммунным тиреоидитом способствует угнетению аутоиммунного процесса и не вызывает подавления функции коры надпочечников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г., Потин В. В. В кн.: Руководство по клинической эндокринологии. М., Медицина, 1977.— 2. Потемкин В. В. В кн.: Эндокринология. М., Медицина, 1978.— 3. Ingbar S., Woebber K. In: Textbook of Endocrinology. Williams (Ed.), Saunders Comp., 1968.— 4. Werner S. C. J. clin. Endocr., 1969, 29, 860.

Поступила 23 апреля 1979 г.

УДК 616.441—008.61—089.163

ОПЫТ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

К. И. Мышкин, Б. С. Харитонов, Г. А. Блуштейн

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. К. И. Мышкин) Саратовского медицинского института

Реферат. Разработана и апробирована схема предоперационной подготовки больных тиреотоксикозом, которая предусматривает при строго индивидуальном подходе коррекцию функции надпочечников и учитывает состояние системы свертывания крови.

Ключевые слова: тиреотоксикоз, предоперационная подготовка. 2 таблицы. Библиография: 12 названий.

В имеющихся схемах предоперационной подготовки больных с явлениями тиреотоксикоза приняты во внимание далеко не все нарушения, возникающие под влиянием гиперпродукции гормонов щитовидной железы. Этим мы объясняем довольно значительный уровень послеоперационной летальности — 0,11—1,8% [11, 12].

Опыт лечения и предоперационной подготовки больных тиреотоксикозом, обширные исследования нарушений деятельности различных органов и систем позволили нам разработать схему предоперационной подготовки, применявшуюся в факультетской хирургической клинике с 1974 по 1976 г. (см. табл. 1). Особенность данной схемы — исключение мерказолила у больных с плотной железой, так как он обладает выраженным зобогенным действием; мало того, вызывая склерозирование и повышенную ломкость сосудов щитовидной железы, он способствует увеличению кровопотери во время операции [9].

Применение гормонов коры надпочечников преследовало две цели — нормальную работу механизмов адаптации к операционной травме и обеспечение угнетающего действия глюкокортикоидов на выработку тиреотропного гормона гипофиза и гормонов — щитовидной железой [8].

Схема предоперационной подготовки больных тиреотоксикозом

Функция коры надпочечников	Форма зоба		
	диффузный токсический зоб (железа мягкая)	диффузный токсический зоб (железа плотная)	токсическая аденома
Снижена	Мерказолил 10 мг×4 Раствор Люголя (по Плюммеру) или дийодтирозин 50 мг×3 Преднизолон 5 мг×3 Резерпин 0,25 мг×4	Раствор Люголя (по Плюммеру) или дийодтирозин 50 мг×3 Преднизолон 5 мг×3 Резерпин 0,25 мг×4	Преднизолон 5 мг×3
Нормальная	Мерказолил 10 мг×4 Раствор Люголя (по Плюммеру) или дийодтирозин 50 мг×3 Резерпин 0,25 мг×4	Раствор Люголя (по Плюммеру) или дийодтирозин 50 мг×3 Резерпин 0,25 мг×4	Подготовки не требуется

Примечание. Дополнительно назначают по показаниям сердечные средства, глюкозу, аскорбиновую кислоту, транквилизаторы, витамины группы В. Критерии подготовленности — снижение основного обмена до +20%, урежение пульса до 80—90 в мин, прибавка массы тела до 2 кг, снижение α_2 -глобулинов до 9% и γ -глобулинов до 20%.

Предоперационная подготовка по указанной схеме была проведена 327 больным тиреотоксикозом. У 4 из них (1,22%) во время операции возникли обильные кровотечения. Смертельных исходов не было.

С 1976 г. в дополнение к приведенной выше схеме в нашей клинике производят больным токсическим зобом до операции эксфузию крови в объеме от 250 до 500 мл. Эксфузия крови позволяет быстро достичь эутиреоидного состояния (что особенно важно при малой эффективности препаратов йода и тиреостатиков [2]), повышает свертываемость крови [4], во многих случаях сниженную при тиреотоксикозе [10]. Следует также отметить, что эксфузия повышает активность коры надпочечников [5].

Кровотечения во время операции и в послеоперационном периоде относятся к разряду наиболее тяжелых осложнений. Механизм их возникновения во многом связан с нарушениями в системе свертывания крови, которые, по данным литературы, могут иметь как гипо-, так и гиперкоагуляционный характер [3, 7]. Поэтому в план обследования больных в нашей клинике введена электрокоагулография — экспресс-метод, позволяющий быстро обнаружить и своевременно откорректировать нарушения в системе свертывания крови.

Для коррекции наиболее характерных гипокоагуляционных расстройств был выбран серотонин, гемостатический эффект которого связан с сокращением мелких сосудов, усилением тромбопластической активности, увеличением толерантности плазмы к гепарину, активности II, V и VI факторов свертывания крови [1, 6]. Под действием серотонина происходит также усиление агрегации тромбоцитов. Применение серотонина выгодно еще и потому, что он снижает гормональную активность щитовидной железы и стимулирует секрецию АКТГ гипофизом.

В табл. 2 представлена новая схема предоперационной подготовки, при разработке которой мы стремились избежать недостатков предыдущей. Новая схема, строго индивидуализируя лечение каждого больного, учитывает форму зоба (диффузный или узловой), его консистенцию (плотный или мягкий), функциональное состояние коры надпочечников и характер изменений в системе свертывания крови. При плотной щитовидной железе мерказолил не применяется. По показаниям проводится лечение сердечными средствами, препаратами, нормализующими деятельность печени, ЦНС. При мерцательной аритмии назначают β -адреноблокаторы. Витаминотерапия.

По данной схеме проведена предоперационная подготовка 357 больных токсическим зобом. Все они были оперированы в эутиреоидном или близком к нему состоянии. Тяжелых тиреотоксических реакций, кровотечений и летальных исходов не было.

Схема предоперационной подготовки больных тиреотоксикозом с учетом состояния системы свертывания крови и функции коры надпочечников

Форма зоба	Состояние системы свертывания крови	Функция коры надпочечников	
		снижена	сохранена
Диффузный токсический зоб	гипокоагуляция	Мерказолил 10 мг×3 Раствор Люголя по Плюммеру Серотонин 1% — 1,0 внутримышечно×3 Преднизолон 5 мг×3 Викасол 1% — 1,0 подкожно×3 Кальция хлорид 10% — 10,0 внутривенно×2 Эксфузия	То же, но без преднизолона
	нормокоагуляция	Мерказолил 10 мг×3 Раствор Люголя по Плюммеру Серотонин 1% — 1,0 внутримышечно×3 Преднизолон 5 мг×3 Эксфузия	То же, но без преднизолона
	гиперкоагуляция	Мерказолил 10 мг×3 Раствор Люголя по Плюммеру Резерпин 0,25 мг×4 Преднизолон 5 мг×3 Эксфузия Фенилин 0,03×3	То же, но без преднизолона
Токсическая аденома	гипокоагуляция	Серотонин 1% — 1,0 внутримышечно×3 Преднизолон 5 мг×3 Викасол 1% — 1,0 подкожно×3 Кальция хлорид 10% — 10,0 внутривенно×2 Эксфузия	То же, но без преднизолона
	нормокоагуляция	Серотонин 1% — 1,0 внутримышечно×3 Преднизолон 5 мг×3 Эксфузия	То же, но без преднизолона
	гиперкоагуляция	Преднизолон 5 мг×3 Эксфузия Фенилин 0,03×3	То же, но без преднизолона

ЛИТЕРАТУРА

1. Балуда В. П., Дорофеев В. М., Хнычев С. С. Бюлл. экспер. биол., 1969, 9.— 2. Васильев Н. Б. Вестн. хир., 1978, 11.— 3. Высоцкий Н. Н., Зинovieва Г. В. В кн.: Механизм реакций свертывания крови и внутрисосудистое тромбообразование. Саратов, 1971.— 4. Жакина Г. Х. Вестн. хир., 1972, 9.— 5. Ключев И. И. Сов. мед., 1973, 7.— 6. Кузденбаева Р. С. Фармакол. и токсикол., 1967, 30.— 7. Люлька А. Н., Ковалев А. П. Вестн. хир., 1977, 8.— 8. Люлька А. Н., Огий П. С. Тиреотоксикоз и функция коры надпочечников. Киев, 1967.— 9. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., Медицина, 1977, т. 2.— 10. Мышкин К. И., Амирова Н. М., Семенова А. А. В кн.: Система свертывания крови и фибринолиз. Саратов, 1975, т. 2.— 11. Николаев О. В., Титов В. Н. Хирургия, 1970, 4.— 12. Чехотовская Г. С. Тиреотоксический зоб в Красноярском крае и некоторые вопросы предоперационного и послеоперационного ведения больных с тиреотоксикозом. Автореф. канд. дисс., Красноярск, 1968.

Поступила 3 апреля 1979 г.