

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО И ЭУТИРЕОИДНОГО ЗОБА

Проф. Н. П. Медведев, канд. мед. наук А. А. Кипенский

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и хирургическое отделение 6-й клинической больницы г. Казани (главврач — Е. В. Хмелевцева)

В настоящем сообщении приводятся результаты лечения 544 больных (502 женщины и 42 мужчин в возрасте от 10 до 72 лет), оперированных в нашей клинике за период с 1963 по 1969 г., из которых 360 были с тиреотоксическим зобом (из них 13 — с рецидивным) и 184 — с эутиреоидным.

Степень увеличения щитовидной железы при тиреотоксикозе не всегда соответствовала тяжести состояния больных; подавляющее число их находилось в нейро-гуморальной и висцеропатической стадиях заболевания [6].

Гистологически после операции у 2 больных обнаружена малигнизация зоба, у 3 — зоб Хашимото и у 1 — зоб Риделя (у девочки 10 лет; описания зоба Риделя у детей в доступной литературе мы не встретили).

До 1965 г. часть больных с тиреотоксикозом поступала в хирургический стационар, минуя эндокринологическое отделение, и предоперационная подготовка велась хирургами. Позднее все больные, поступавшие в клинику, проходили лечение и предоперационную подготовку в эндокринологическом отделении нашей больницы. При этом оценивались общие показатели крови и мочи, свертываемость крови, функциональные пробы печени, уровень холестерина в крови, основной обмен, а у части больных — степень поглощения щитовидной железой I^{131} , состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Данную группу больных лечили антитиреотоксическими препаратами (в большинстве случаев мерказолилом), резерпином, сердечными средствами, внутривенным введением 40% глюкозы с витаминами B_1 , C и инсулина. В тяжелых случаях за 1—2 дня перед операцией назначали гидрокортизон (75—125 мг). Срок предоперационной подготовки, в зависимости от тяжести заболевания, колебался от 15 дней до 2—2,5 месяцев. В эндокринологическом отделении больных осматривал хирург, и при этом он совместно с эндокринологом обсуждал показания и объем операции в каждом конкретном случае. В хирургическое отделение больные поступали в состоянии компенсации в день операции; лишь 4 чел. были оперированы в субкомпенсированном состоянии, так как консервативная терапия у них не дала должного эффекта.

Подготовка к операции при эутиреоидных формах зоба зависела от наличия сопутствующих заболеваний.

Операции проводили под местной анестезией 0,25% раствором новокаина по А. В. Вишневному с применением заградочной блокады. Только детей и больных с выраженной дыхательной недостаточностью оперировали под эндотрахеальным наркозом. В последнее время мы расширяем показания к этому виду обезболивания, включая сюда легко возбудимых больных и больных с большой щитовидной железой и короткой шейей.

Операции при эутиреоидных формах зоба заключались в субфасциальном удалении или энуклеации узлов, гемитиреоидэктомии. Обычно операции были технически просты и хорошо переносились больными.

При диффузных и смешанных тиреотоксических зобах, особенно у больных, длительно принимавших мерказолил, операции были намного сложнее. Щитовидная железа у них была рыхлая, с малым количеством соединительнотканых перемычек и без ясно выраженного висцерального листка IV фасции. Зажимы, накладываемые на паренхимную железу, часто «прорезывали» последнюю, что вызывало определенные трудности при остановке кровотечения. Методика операции в принципе заключалась в субфасциальной субтотальной резекции щитовидной железы [3]. После выделения железы перешеек тупо отделяли от трахеи, перевязывали двумя шелковыми лигатурами (в некоторых случаях прошивали аппаратом УУС) и пересекали между ними. При большом увеличении щитовидной железы для лучшей мобилизации ее производили перевязку верхних щитовидных артерий. После мобилизации таким образом обеих долей рассекали висцеральный листок IV фасции на уровне резекции по латеральной и нижней поверхности железы и перевязывали ветви нижней щитовидной артерии. Далее под контролем пальцев левой руки, идя от трахеи, производили субтотальную резекцию с оставлением в пищеводно-трахеальных желобках по 2—4 г ткани щитовидной железы. Гемостаз осуществляли наложением на оставшуюся ткань П-образных прошивных капроновых лигатур. Операцию заканчивали промыванием раны раствором новокаина, подведением к культям железы дренажей и послойным ушиванием раны.

В послеоперационном периоде больные, оперированные по поводу тиреотоксического зоба, получали питье, 5% раствор глюкозы со строфантоном и витаминами внутривенно, пирамидон, гидрокортизон, промедол. При эутиреоидных зобах сердечные и сосудистые средства применяли по показаниям.

Из ближайших послеоперационных осложнений у 2 больных было кровотечение, потребовавшее ревизии раны и гемостаза, у 3 — парез ниже-гортанного нерва, причем у 2 он был временным, а у 1 — стойким. Одна больная перенесла бронхопневмонию. С 1966 г. мы при операциях на щитовидной железе начали применять в качестве шовного материала капрон № 3 и № 4 и с тех пор не наблюдали нагноения ран и длительного истечения серозной жидкости по месту извлеченных дренажей.

Наиболее грозное осложнение ближайшего послеоперационного периода — тиреотоксический криз. До 1965 г., когда треть больных с тиреотоксикозом поступала в хирургический стационар из противозобного диспансера, минуя эндокринологическое отделение, мы наблюдали послеоперационные кризы различной тяжести у 13 из 136 оперированных (10%). После длительной подготовки больных к операции в эндокринологическом отделении, ведения послеоперационного периода хирургом совместно с лечащим врачом-эндокринологом операции не вызывали тяжелых тиреотоксических состояний. Лишь в единичных случаях мы отметили легкую тиреотоксическую реакцию.

В тот же период мы потеряли одну больную, 49 лет, с многоузловым токсическим зобом IV степени, тяжелой формой, с тотальными висцеропатическими проявлениями. Больная погибла на 2-й день после операции при развившейся картине тяжелого тиреотоксического криза. Таким образом, летальность к общему количеству операций при зобе по нашим данным равна 0,18%, по отношению к тиреотоксическим зобам — 0,28%.

Осложнения, развившиеся на поздних сроках после операции и потребовавшие специального лечения в эндокринологическом стационаре, были следующие: гипотиреозы — у 9 больных (тяжелая форма — у 2, средняя — у 3, легкая — у 4), гипопаратиреоз — у 1, сочетание гипотиреоза с гипопаратиреозом — у 1. Гипотиреозы возникли в случаях, где был применен излишний радикализм, и у одной больной

с зобом Хашимото после субтотальной резекции. Последний был диагностирован, к сожалению, лишь после гистологического исследования препарата. Рецидивы тиреотоксикоза наблюдались у 15 больных, причем у 3 рецидив был ложным, так как возник в сроки до 6 месяцев после операции. У остальных больных рецидив заболевания был расценен как истинный. Такого разделения рецидивов по сроку после операции придерживаются и другие авторы [1].

В последнее время на 10—12-й день после операции больным с мерцательной аритмией (проявлением «тиреотоксического» сердца) мы проводим дефибрилляцию с хорошим непосредственным эффектом. Небольшой срок наблюдения за этими больными не позволяет нам пока оценить отдаленные результаты.

В заключение следует отметить, что наиболее тяжелые осложнения после операции наблюдались нами в первые годы работы клиники. В дальнейшем, по мере накопления опыта, сосредоточения этих операций в руках нескольких хирургов, организации тщательной предоперационной подготовки в эндокринологическом отделении, количество осложнений значительно уменьшилось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агафонов Ф. А. Послеоперационный рецидивный зоб. Медицина, М., 1966.—
2. Боровый Е. М. Хирургия, 1966, 3.—3. Николаев О. В. Руководство по хирургии, т. VI, кн. 2, 1966.—4. Николаев О. В., Титов В. Н. Хирургия, 1970, 4.—5. Петровский Б. В. Там же, 1957, 12.—6. Милку Ш. Терапия эндокринных заболеваний. Т. 1—2, Бухарест, 1962.

УДК 616.441—006.5—616—089

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗОБА В КУЙБЫШЕВСКОЙ ОБЛАСТИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕМ

В. И. Подтяжкин, Е. М. Ильичева

Хирургическое отделение Куйбышевской областной больницы нефтяников (главрач — В. И. Подтяжкин). Научный руководитель — доктор мед. наук Б. В. Аникандров

Об очагах эндемического зоба в северо-восточных районах Куйбышевской области известно давно. Первое детальное экспедиционное обследование относится к 1936—1938 гг. Сотрудниками факультетской и пропедевтической хирургических клиник Куйбышевского медицинского института, руководимых профессорами А. Г. Бржозовским и Б. И. Фуком, была выявлено гнездное распространение эндемического зоба на территории нынешних Клявлинского, Исаклинского, Шенталинского и некоторых других районов. Общее поражение эндемическим зобом в обследованных районах составляло 12—14%, а в некоторых населенных пунктах в верхнем течении р. Сок — 40% и более.

Повторное массовое обследование населения упомянутых районов на распространенность зоба было проведено в 1960 и 1962 гг. методом подворного обхода. Обследование сочеталось с налаживанием лечебных и профилактических мероприятий, в числе которых ведущее место отводилось бесперебойному снабжению населения йодированной поваренной солью и улучшению источников водоснабжения. Пораженность населения эндемическим зобом снизилась и составила в 1960 г. 7,1%, а в 1962 г. — 3,7%. Ведущее значение в происхождении эндемического зоба в нашей области принадлежит йодной недостаточности, а также санитарно-гигиеническому и токсико-инфекционным струмогенным факторам и диспропорции некоторых важных микроэлементов в окружающей среде [3, 4].

За последние 10 лет (1961—1970 гг.) в факультетской хирургической клинике Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова и областной больнице им. М. И. Калинина прооперировано по поводу зоба 2576 больных. Кроме того, в анализ включено 346 операций на щитовидной железе, произведенных нами за время работы в Камышлинском и Похвистневском районах области (1960—1965 гг.) и в хирургическом отделении областной больницы нефтяников (1969—1971 гг.). Таким образом, анализируются данные о 2922 больных, оперированных по поводу зоба в различных хирургических учреждениях.