

# КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗОБА

Проф. И. И. Неймарк

Факультетская хирургическая клиника (зав. — проф. И. И. Неймарк)  
Алтайского медицинского института

Вопросы хирургического лечения зоба не перестают привлекать внимание врачей. Хотя заболевание хорошо изучено и ему посвящена обширная литература, все же до сих пор имеется ряд спорных вопросов, касающихся предоперационной подготовки и тактики лечения.

При анализе данных, касающихся 400 больных, оперированных в клинике по поводу зоба, оказалось, что 92% составляли женщины и лишь 8% мужчины, что соответствует указаниям многих авторов (В. С. Семенов, 1955, А. К. Горчаков, 1956, Н. С. Малюгин, 1957, Е. М. Боровый, 1959 и др.).

Возраст больных: до 20 лет — 18 (4,5%); от 21 до 40 лет — 190 (47,5%); от 41 до 60 лет — 155 (38,7%) и старше — 37 (9,3%). Самому молодому пациенту было 9 лет, а самому старому — 76.

Вид зоба и его величина	Число больных	Нетоксический зоб	Токсический зоб		
			I ст.	II ст.	III ст.
Диффузный зоб					
I степени	7	—	—	4	3
II	11	—	—	6	5
III	28	2	5	14	7
IV	32	7	7	12	6
V	17	7	6	4	—
Итого . . .	95	16	18	40	21
Узловой зоб					
I степени	22	6	7	6	3
II	57	25	17	9	6
III	69	26	23	13	7
IV	38	16	9	11	2
V	28	8	10	9	1
Итого . . .	214	81	66	48	19
Диффузно-узловой зоб					
I степени	7	2	2	1	2
II	11	3	4	3	1
III	29	7	8	9	5
IV	30	9	9	8	4
V	14	7	2	4	1
Итого . . .	91	28	25	25	13
Всего . . .	400	125	109	113	53

Показанием для операции у больных диффузным нетоксическим зобом явились большие размеры зоба, вызывавшего сдавление и смещение органов шеи.

При узловом и диффузно-узловом зобе операции производились независимо от величины зоба и степени тиреотоксикоза.

До операции страдало зобом от 6 месяцев до 1 года — 36; до 5 лет — 151 и свыше — 213.

Показания для хирургического лечения можно разделить на абсолютные и относительные.

Абсолютными показаниями для операции являются все виды узловых и диффузно-узловых зобов. Узловые формы зоба, односторонние или двусторонние, с одним или несколькими узлами, могут явиться причиной ряда тяжелых осложнений. Имеются веские основания считать узловую форму зоба предраковым заболеванием. По данным Ф. М. Ламперта (1947), в 80—90% случаев рак щитовидной железы развился на почве узлового зоба. Из 28 наших больных с опухолью щитовидной железы у 22 раку предшествовал узловой зоб. Кроме того, узловой зоб часто склонен к базедофикации. По данным Е. С. Драчинской, из 490 больных тиреотоксикозом у 181 была узловая форма зоба. Из 275 больных тиреотоксикозом, оперированных в нашей клинике, у 196 (71,2%) был узловой или диффузно-узловой зоб. Разрастаясь, узловые формы зоба сдавливают органы шеи и затрудняют работу сердца, дыхание и глотание. Консервативная терапия при узловом зобе, как показали исследования Е. С. Драчинской, не эффективна.

Абсолютным показанием для операции является длительно существующий диффузный первично-токсический зоб с тяжелым тиреотоксикозом II—III ст., не поддающийся консервативному лечению.

Показанием для операции является и диффузный нетоксический зоб больших размеров, который затрудняет глотание, дыхание и кровообращение. Особенно опасен такой зоб, если он располагается заднегрудно.

Относительным показанием для операции является диффузный первично-токсический зоб с нерезко выраженным тиреотоксикозом, не поддающийся радикальному излечению консервативными мерами, а также большой величины диффузный нетоксический зоб, который причиняет косметические неудобства, но не сдавливает жизненно важные органы шеи.

Показаниями для консервативного лечения зоба являются все острые первичные тиреотоксикозы, тиреотоксикоз I ст., юношеский зоб, марантические тяжелые формы тиреотоксикоза, сопровождающиеся кахексией, и диффузные нетоксические зобы небольших размеров.

Кроме того, практически важно выделить временные противопоказания к операции, требующие устранения: явления декомпенсации сердечно-сосудистой системы (отеки, асцит, застойная печень). Мерцательная аритмия, при отсутствии других нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, не является противопоказанием. Все наши больные с мерцательной аритмией (16 человек) после хорошей подготовки благополучно перенесли операцию. Мерцательная же аритмия у них исчезла через несколько дней после операции.

Пониженная функция печени является временным противопоказанием к операции. Особенно опасна операция при желтухе. Если реакция Квика — Пытеля, сахарная кривая и другие показатели указывают на недостаточную функцию печени, то необходимо принять меры для улучшения функции печени и лишь после этого можно оперировать.

От операции следует воздержаться при изменениях со стороны дыхательной системы, гнойных очагах, особенно на шее и лице, а также после гриппа или ангины.

Кроме перечисленных временных, устранимых противопоказаний, существуют и более постоянные противопоказания, например психические заболевания, а также острые тиреотоксикозы, не леченные консервативно.

Пожилой и детский возраст при отсутствии других противопоказаний не является препятствием для операции.

Мы успешно произвели субтотальную резекцию пяти детям в возрасте от 9 до 14 лет по поводу тиреотоксикоза III ст. Эти больные длительно безуспешно лечились консервативно. Состояние их прогрессивно ухудшалось. Операция явилась единственным выходом для спасения их жизни.

Опыт нашей клиники подтверждает указания ряда авторов (А. Т. Лидский, М. И. Коломийченко и А. Н. Назаренко, 1959; Н. С. Малюгин и др.), что успех хирургического лечения зоба во многом зависит от предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. При тиреотоксикозе мы применяем до операции лечение 6-метилтиоурацилом, микродозами йода, сердечными средствами, глюкозой, витаминами и бромидами. Нередко производим гемотрансфузии, введение плазмы крови и белковых кровезаменителей.

Под влиянием такого лечения улучшение состояния при легкой форме заболевания отмечается через 10—14 дней, а при тяжелом тиреотоксикозе — через 6—8 недель. По мере улучшения состояния больных нормализуются пульс, основной обмен, исчезают раздражительность, тремор рук и бессонница.

Применявшаяся нами до последнего времени описанная комплексная терапия не всегда оказывалась эффективной. У ряда больных требовалось более длительное ее применение в течение многих недель до операции. У 7 больных тиреотоксикозом даже после хорошей предоперационной подготовки во время операции наблюдались резкое возбуждение, тахикардия, аритмия и значительное колебание АД. У этих больных нам приходилось откладывать операцию (5 больных) или произвести ее в два этапа (2 больных). В первом этапе мы ограничивались минимальным вмешательством (перевязкой верхних щитовидных артерий). Спустя 2—3 недели вторым этапом производили субтотальную резекцию железы.

У 9 больных базедовой болезнью после гладко проведенной операции в последующие дни возникали тяжелые тиреотоксические кризы. При возникновении этого осложнения применялись следующие меры: назначались 6-метилтиоурацил по 0,2 3 раза в день, люголевский раствор по 25 капель также 3 раза в день, переливание крови по 100—150 мл, сердечно-сосудистые средства и внутривенно 40% раствор глюкозы с поливитаминами. Из этих больных 7 поправились, двое умерли. Кроме того, при длительной даче метилтиоурацила в течение 4—7 недель по 0,4—0,6 в день у 13 больных наблюдались тошнота, рвота, диарея, у 3 — желтуха, у 2 возникли сыпи, отечность лица и др. Наиболее опасным осложнением является лейкопения, требующая специальных мер профилактики и лечения. Все эти недочеты явились причиной поисков новых методов подготовки больных тиреотоксикозом к операции (нейроплегические средства в сочетании с наркотиками, анальгетиками и снотворными). Хотя мы начинаем подготовку к операции нейроплегиками за 3—4 дня до операции, однако еще до этого в течение 10—12 дней считаем нужным проводить общеукрепляющую терапию (введение сердечно-сосудистых средств, глюкозы, поливитаминов, бромидов и пр.). За 3—4 дня до операции ежедневно на ночь больному даются люминал 0,1 и депаркин 0,125. Спустя 20—25 минут после этого вводится внутримышечно смесь из анимазина 2,5% — 1 мл, димедрола 2% — 1 мл, промедола 2% — 1 мл, новокаина 0,5% — 5 мл.

Больные находятся на строгом постельном режиме в течение всего периода подготовки. Под влиянием этих средств наступает длительный спокойный сон. Из этого состояния больные легко выводятся, но снова быстро засыпают. К 3—4 дню нормализуются пульс, АД и основной обмен, снижается возбудимость нервной системы и уменьшается страх перед операцией.

За 30—40 минут перед операцией больным внутримышечно вводится двойная доза упомянутой литической смеси с добавлением подкожно 1 мл 0,1% атропина. В сонном или полудремотном состоянии больные доставляются в операционную. При проведении обычным путем анестезии новокаином больные ведут себя спокойно. АД в начале операции кратковременно повышается, а затем снижается ниже исходных цифр на 10—20 мм и стойко удерживается до конца операции. Пульс, несколько учащаясь в начале операции, не превышает 120; он остается стабильным во время всей операции. Дыхание спокойное, не учащенное. Операция проходит в очень спокойной обстановке. Под влиянием нейроплегических средств резко снижается болевая чувствительность, однако мы не ставим себе целью использовать эти препараты для достижения аналгезии. Местная инфильтрационная анестезия обеспечивает достаточную безболезненность операции, поэтому, назначая нейроплегическую смесь, мы стремились снизить явления тиреотоксикоза, уменьшить неблагоприятное влияние на нервную систему обстановки операционной, эмоциональную возбудимость и реактивность больных во время операции и после нее.

После операции мы вводим нейроплегические средства еще 3—4 дня, чем значительно облегчается послеоперационный период.

Нейроплегики нами применены всего у 90 больных тиреотоксикозом. Операция и послеоперационный период прошли без осложнений. Все больные выздоровели. Складывается впечатление, что нейроплегики должны получить более широкое применение для подготовки больных тиреотоксикозом к операции и профилактики осложнений после нее.

Операция у 398 больных произведена под местной инфильтрационной анестезией новокаином по А. В. Вишневскому. Лишь 2 больным, у которых трахея была смещена и сдавлена большим зобом и имела опасность асфиксии, применен интратрахеальный наркоз.

Характер оперативного вмешательства в зависимости от вида зоба приведен в следующей таблице:

Вид зоба	Число больных	Субтотальная резекция щитовидной железы	Гемиструмэктомия	Резекция щитовидной железы
Базедова болезнь (диффузный первично-токсический зоб, тиреотоксикоз II—III ст.) . . . . .	61	61	—	—
Диффузный первично-токсический зоб, тиреотоксикоз I ст. . . . .	18	1	—	17
Диффузный нетоксический (спорадический) зоб . . . . .	16	—	2	14
Узловой нетоксический зоб . . . . .	81	—	44	37
Узловой вторично-токсический зоб . . . . .	133	99	—	34
Диффузно-узловой нетоксический зоб . . . . .	28	—	23	5
Диффузно-узловой вторично-токсический зоб . . . . .	63	38	—	25
Всего . . . . .	400	199	69	132



Субтотальная резекция щитовидной железы произведена у всех наших больных с первично- и вторично-токсическим зобом, тиреотоксикозом II—III ст. и у ряда пациентов с вторично-токсическим узловым и диффузно-узловым зобом, тиреотоксикозом I ст. Эта операция производилась по методике Е. С. Драчинской. При диффузном токсическом зобе убираются вся правая доля, перешеек, пирамидальный отросток, если он имеется, и вся левая доля щитовидной железы, за исключением части верхнего полюса весом 5—6,0; при этом перевязывается только одна верхняя правая щитовидная артерия. При узловом и диффузно-узловым токсическим зобом также производится субтотальная резекция щитовидной железы, но участок весом 5—7,0 оставляется там, где ткань наименее изменена.

При диффузном зобе с невыраженным тиреотоксикозом производилась резекция железы.

Из 400 оперированных больных умерли трое (0,75%). Все эти больные были оперированы под местной инфильтрационной анестезией новокаином по поводу тяжелого тиреотоксикоза. Операция у них прошла без осложнений. Послеоперационное течение у одной больной осложнилось пневмонией, которая не имела тенденции к разрешению; возникли множественные абсцессы. У 2 больных спустя 10—18 часов после операции наступил тяжелый тиреотоксический криз. Все принятые меры оказались не эффективны.

У 5 больных после операции имелась осиплость голоса из-за травмы возвратного нерва во время операции. Эти явления через различные сроки — от 2 недель до 3 месяцев — прошли. У 2 больных наблюдалось сведение пальцев кистей из-за гипокальцемии. Под влиянием принятых мер (повторное введение хлористого кальция внутривенно) симптомы гипокальцемии ликвидировались к моменту выписки из клиники (на 12—20 дни после операции).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Болезни эндокринной системы и обмена веществ. Л., 1955.
2. Баранов В. Г., Драчинская Е. С. и Давидовский Н. М. Вест. хир., 1956, 12.
3. Богославский Р. В. и Смоляк Л. Г. Врач. дело, 1956, 5.
4. Боровый Е. М. Вест. хир., 1959, 6.
5. Горчаков А. К. Врач. дело, 1956, 5.
6. Драчинская Е. С. Вест. хир., 1959, 6; 1957, 8.
7. Караванов Г. Г., Филиппчук Б. З. и Круль И. Г. Врач. дело, 1956, 5.
8. Коломийченко М. И. и Назаренко А. Н. Вест. хир., 1959, 6.
9. Лидский А. Т. Вест. хир., 1959, 6.
10. Малюгин Н. С. Хирургия, 1957, 3.
11. Николаев О. В. Хирургия, 1951, 1.
12. Петровский Б. В. Вест. хир., 1959, 10.
13. Семенов В. С. Хирургия, 1955, 11.
14. Cole W. Texas J. med. 1957, 53, 9.
15. White M., Duren N. Texas J. med., 1957, 53, 1.

Поступила 16 ноября 1961 г.

## ОПЫТ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

*Асс. З. С. Ахтямова*

Клиника госпитальной хирургии (зав.—проф. Н. В. Соколов) Казанского медицинского института, на базе 1-й городской больницы (главврач — З. А. Синявская)

Как известно, особенно большие успехи в хирургии зоба сделаны за последние десятилетия. В настоящее время применяются два основных типа операции: энуклеация и резекция.

В отношении остановки кровотечения, которое может стать угрожающим, используются два метода перевязки сосудов: внекапсульный и внутрикапсульный.

Внекапсульный метод предложен Кохером и считается классическим. Он состоит в предварительной перевязке основных стволов щитовидных артерий на протяжении, до вступления их в ткани железы. Этот метод надежно предупреждает кровотечение во время операции, но при перевязке нижней щитовидной артерии иногда грубо