

радикально: у одного обнаружены бронхоэктазы на неоперированной стороне и у двух, из-за несовершенства дооперационной бронхограммы, были оставлены при первой операции пораженные сегменты.

При хронических нагноениях легкого у детей до трехлетнего возраста следует оперировать только в случаях, где не удастся предотвратить частые обострения заболевания. Вопрос о вмешательствах при бронхоэктазах у больных бронхиальной астмой нам неясен. Появление признаков амилоидоза должно заставить хирурга поспешить с операцией.

Бронхографическая диагностика заслуживает дальнейшего изучения, двусторонние бронхограммы должны производиться, по возможности, у всякого ребенка, идущего на операцию. Техника одновременной двусторонней бронхографии разработана недостаточно.

Не следует отказываться от применения наркоза у беспокойных больных.

Интубационный наркоз у детей чаще, чем у взрослых, осложняется отеком гортани, способным вызвать угрожающую асфиксию.

Внимательный контроль за расправлением остающихся сегментов легкого после резекции — одно из основных условий удовлетворительного исхода операции.

Двусторонние поражения легкого обычно доступны оперативному лечению, но лечение таких больных много сложнее, и тактика хирурга требует дальнейшего изучения.

Хронические нагноения легких у детей — перспективная область хирургического лечения, где могут быть достигнуты ободряющие результаты.

Поступила 15 июля 1959 г.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Проф. П. В. Кравченко и С. И. Рудова

Из кафедры хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Тиреотоксикоз — наиболее тяжелая форма заболевания щитовидной железы — рассматривается как заболевание всего организма с выраженными функциональными нарушениями сердечно-сосудистой и нервной систем.

Подготовка больных тиреотоксическим зобом к операции, выбор метода обезболивания и борьба с послеоперационным тиреотоксическим кризом, сердечно-сосудистой недостаточностью и шоком имеют решающее значение в непосредственном исходе операции.

Общеизвестно, что всякое новое раздражение для больного тяжелым тиреотоксическим зобом (операции, наркоз) способно привести к летальному исходу. Примером может служить больная Ц.

Больной себя считает с 1955 г., когда впервые стала отмечать нарастающую слабость, потливость, похудание, раздражительность. В 1956 г. появились отеки на конечностях. За последние два года 6 раз находилась на стационарном лечении. Всякий раз выписывалась с незначительным улучшением. В настоящее время, 17/1-57 г., терапевтическое лечение эффекта не дало.

Состояние средней тяжести, питание резко понижено, выраженное пучеглазие. Определяется увеличение щитовидной железы, справа — 8×5 см, слева — 6×5 см. Цианоз пальцев рук и ног. На голенях и стопах — нерезко выраженная отечность. Видимая пульсация сердца, пульсирующие разбухшие вены шеи, акцент второго тона на

легочной артерии. АД — 110/35. Пульс 110, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Печень слегка болезненна, выступает из-под реберной дуги на два поперечных пальца.

После тщательной подготовки в терапевтическом отделении (глюкоза, инсулин, дигиталис) 23/1-57 г. под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина произведена типичная двусторонняя субтотальная резекция обеих долей щитовидной железы (П. В. Кравченко). С каждой стороны оставлено не более трех граммов вещества железы.

В ходе операции состояние оставалось удовлетворительным. АД — 110/35, пульс — 110—120.

Спустя 3 часа после операции, состояние резко ухудшилось, максимальное АД—60, пульс аритмичный, слабого наполнения и напряжения, еле сосчитывается. Произведено переливание крови (225 мл); внутривенно — строфантин с глюкозой; вдыхание кислорода. Состояние не улучшилось. Прогрессивно ухудшалась сердечная деятельность, и через 9 час. после операции наступила смерть.

Патолого-анатомический диагноз: состояние после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу базедового зоба (тиреотоксикоз). В печени — множественные некрозы и кровоизлияния, дистрофия; дистрофия миокарда и почек, геморрагии в слизистой желудка, кишечника, мягкой оболочке головного мозга. Отек и венозное полнокровие мягкой мозговой оболочки и легких. Асцит. Левосторонний гидроторакс. Истощение.

Несмотря на тяжесть страдания и прогрессирование расстройств сердечно-сосудистой системы, терапевты не всегда своевременно передают больных тиреотоксическим зобом в руки хирурга, как это было, в частности, в описанном выше случае, хотя известно, что операция — пока единственный способ лечения этого страдания.

Для успеха операции большое значение имеет предоперационная подготовка больных. Начиная с 1957 г., мы изменили методику предоперационной подготовки и проведение операции. Предоперационная подготовка, в среднем, длится 15—20 дней. Она рассчитана на максимальное снижение функции щитовидной железы. Это достигается строгим постельным режимом, приемом метил-тиоурацила по 0,3 три раза в день при контроле картины крови. За 6—7 дней до операции, вместо метил-тиоурацила, а также в тех случаях, когда имеется, в результате приема метил-тиоурацила, снижение количества лейкоцитов, назначается люголевский раствор, начиная от 5 до 15 капель 3 раза в день. Кроме того, больные получают внутривенные вливания глюкозы 40%—40 мл и высококалорийную диету. В показанных случаях, особенно истощенным больным и при резко нарушенной функции печени, в предоперационном периоде переливаем плазму по 150—200 мл. Если под влиянием покоя и перечисленных выше мероприятий общее состояние больных не улучшается, в частности, пульс не становится реже, время предоперационной подготовки удлиняется, и дополнительно назначается нарперстанка по 0,05—0,1 три раза в сутки.

Всем больным тиреотоксическим зобом проводится электрокардиография и в ходе подготовки к операции определяется вес тела. Урежение пульса, улучшение сна и данных ЭКГ, прибавка в весе свидетельствуют об эффективности предоперационной подготовки. Больные обычно становятся более спокойными, общее их состояние заметно улучшается. Мы не видели показаний к введению нейроплектиков задолго до операции и прибегали к ним непосредственно перед операцией. Вечером, накануне операции (в 23 часа), больные получали таблетку ларгоктила 0,25; 2 мл 2% раствора димедрола; 2 мл 2% раствора промедола и 0,1 колыпнона или 2 мл 2% раствора аминазина; 2 мл 2% раствора димедрола, 2 мл 2% раствора промедола и 0,1 люминала. Эти препараты обеспечивали спокойный сон. Утром, в день операции, измерялось АД. Если оно не было ниже 100, то за 2 часа до операции снова вводилась смесь из 2 мл 2% раствора аминазина, 2 мл 2% раствора димедрола и 2 мл 2% раствора промедола. Особенно тяжело больным за последнее время мы в день операции стали давать гексоний — 0,1 или 1 мл 10% раствора тетамона. Для предупреждения тиреотоксического криза в послеоперационном периоде назначается повторное введение «литической смеси» из аминазина (ларгоктила), промедола, димедрола, колыпнона (люминала) в такой же дозировке. Чаще всего повторное введение требуется в день операции вечером, что обеспечивает спокойный сон. Второе введение делается в 8—9 часов утра, и так в течение первых двух-четырех дней, в зависимости от состояния больного.

Всем больным была выполнена двусторонняя субтотальная резекция щитовидной железы под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина, по А. В. Вишневскому, с дополнением ее «литической смесью». На операционном столе больные вели себя спокойно, а некоторые из них находились в дремотном состоянии. Глубокий сон не наступал. Как правило, температура тела снижалась на 1—2°. АД снижалось не у всех. Отмечены случаи, когда в результате введения «литической смеси» оно повышалось на операционном столе от исходных данных на 40—50 мм.

Во избежание «постуральной гипотонии», когда от положения больного с возвышенным головным концом может наступить резкое падение АД под влиянием нейроплектиков и ганглиоблокаторов на рефлекторные механизмы сердечно-сосудистой системы, мы только спустя 3—4 часа после операции приподнимали головной конец.

В послеоперационном периоде больные получали раствор камфары (по 3,0 3 раза в день), внутривенно по 20—40 мл 40% раствора глюкозы, пенициллин — по 400 000—600 000 ед., микстуру Бехтерева. Особое внимание уделяется профилактике легочных осложнений, для чего рекомендуются дыхательная гимнастика, активное положение в постели, вдыхание увлажненного кислорода. Через 12 час. после операции на грудную клетку ставятся банки. В показанных случаях назначали норсульфазол, преимущественно внутривенно, по 5—10 мл 20% раствора. Как показали наши наблюдения, внутривенное введение раствора норсульфазола более эффективно и в ряде случаев обрывает начинающуюся послеоперационную пневмонию.

Больные после операции препаратов йода не получали, равно как и метилтиоурацила. Обычно в ближайшие 3—5 дней после операции держатся повышенная температура и частый пульс, что объясняется умеренно выраженным тиреотоксикозом. Позже температура резко снижается до нормы, нормализуется пульс. Послеоперационную пароксизмальную тахикардию мы наблюдали у 6. Назначение хинидина, а при отсутствии его — хинина по 0,1 три раза в сутки, глюкозы со строфантином, нормализовало сердечно-сосудистую деятельность.

Всего по описанной выше методике оперировано 40 больных тяжелыми формами тиреотоксического зоба, из них мужчин — 2, женщин — 38.

Если до применения нейро-вегетативной блокады из девяти оперированных мы от тиреотоксического криза потеряли двух больных, то на 31 больного, оперированного с применением нейро-вегетативных препаратов, летальных исходов не было. Операции производились типично, по О. В. Николаеву, и у части больных — с перевязкой верхней щитовидной артерии.

Из осложнений, связанных с резекцией щитовидной железы, следует отметить у одной больной недостаточность паращитовидных желез, что потребовало заместительной терапии (паратиреоидин, специальная диета, приемы молочнокислого кальция по 3,0 три раза в день). У другой в первые сутки после операции развился отек слизистой гортани, возникла угроза тяжелой гипоксии, из-за чего срочно произведены трахеотомия и введение через наложенную трахеостому увлажненного кислорода. Выздоровление. Повреждений возвратного нерва не было ни в одном случае.

Мы не являемся сторонниками двухэтапной операции при тяжелых формах тиреотоксического зоба, так как считаем, что в прохождении послеоперационного тиреотоксического криза недостаточно широкая резекция щитовидной железы имеет большое значение, и оставление доли железы угрозу такого осложнения увеличивает, тем более, что применение в настоящее время местной анестезии и нейро-вегетативной блокады значительно снижает риск операции. Примером может служить следующее наблюдение.

Б-ная Х., 44 лет, поступила 5/III-59 г. Жалуется на сердцебиение, общую слабость, потливость, раздражительность, похудание, плохой сон около двух лет. Дважды лечилась в терапевтическом отделении, откуда выписывалась с незначительным улучшением. За последнее время общее состояние ухудшилось, потеряла трудоспособность из-за усилившейся слабости, сердцебиения и дрожания рук.

Крайне истощена, раздражительна; пульс 120, аритмичный; сильно выражены вегетативные расстройства (потливость, выпадение волос). Трemor пальцев рук. Умеренно выражено пучеглазие. На передней поверхности шеи опухоль, исходящая из щитовидной железы, размерами 6×8 см, смещаемая при глотании. АД — 125/75. На ЭКГ мерцательная аритмия и признаки нарушения коронарного кровообращения.

После 22-дневной предоперационной подготовки операция (П. В. Кравченко) под местной анестезией с применением «литической смеси». Произведена двусторонняя субтотальная резекция щитовидной железы с перевязкой верхних щитовидных артерий. В течение всей операции состояние удовлетворительное, находится в дремотном состоянии, пульс 85—90, хорошего наполнения и напряжения. АД после введения смеси поднялось до 160/80 и на этих цифрах держалось в течение всей операции. Дыхание 20—25. АД пришло к норме — 125/75 — к вечеру дня операции. Пульс после опера-

ции — 140, аритмичный; общее состояние больной тяжелое. После применения «литической смеси», введения внутривенно строфантина с глюкозой, дачи хинина по 0,1 три раза, камфары, кислорода, состояние несколько улучшилось. «Литическую смесь» получала в течение четырех дней. На 5-й день состояние окончательно улучшилось, все назначения отменены. На 15-й день выписана в хорошем состоянии.

Применяя описанную нейро-вегетативную блокаду в предоперационной подготовке, во время операции и после нее, мы не отмечали жалоб на боли в послеоперационной ране. Больные при повторных введениях «литической смеси» остаются сонными и обычно на боли не жалуются. Высокая гипертермическая реакция в послеоперационном периоде была у одной больной (повторное введение «литической смеси», обкладывание паховых областей пузырями со льдом быстро снизили температуру тела, выздоровление).

Клинические наблюдения на 31 больном тяжелыми формами тиреотоксического зоба, которые были оперированы под местной инфильтрационной анестезией с применением нейро-вегетативных препаратов, показали, что удается снизить интоксикацию и уменьшить раздражение, вызываемое операцией. Такая методика облегчает течение послеоперационного периода и предупреждает тиреотоксический криз как наиболее частую причину летального исхода.

Местная новокаиновая анестезия в сочетании с нейро-вегетативной блокадой дает хорошее обезболивание. Перечисленное выше позволяет считать такой метод предоперационной подготовки и ведения операции перспективным и показанным при операциях по поводу тиреотоксического зоба.

Поступила 19 ноября 1959 г.

ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Б. Г. Тец

Из Харьковского научно-исследовательского института охраны материнства и детства им. Н. К. Крупской (директор — канд. мед. наук А. И. Корнилова)

Вопрос о состоянии центральной нервной системы при ревматизме у детей давно привлекает внимание многочисленных исследователей (В. В. Михеев, Е. А. Блей, Р. М. Пен, З. М. Землякова, М. А. Израильская и др.).

Обычно изучались формы ревматизма с отчетливыми неврологическими расстройствами. Состояние же нервной системы при сердечной и суставной формах ревматизма, протекающих без резкой неврологической симптоматики, клинически изучено еще не полно, а патоморфологически почти не исследовано. До сих пор нет единого мнения о характере изменений в вегетативном отделе центральной нервной системы при этом заболевании.

Цель настоящей работы — клиническое изучение состояния центральной нервной системы у детей с сердечной и суставной формами ревматизма в активной фазе заболевания, а также исследование патоморфологических изменений в головном и спинном мозге у больных, погибших от этих форм ревматизма.

Под наблюдением находилось 60 детей в возрасте от 3,5 до 16 лет, из них 28 мальчиков и 32 девочки. 38 детей страдали суставной формой ревматизма, 22 — сердечной.

У большинства со стороны сердца отмечались явления эндокардита. Панкардит выявлен лишь у одного. Что касается клапанных пороков, то чаще всего отмечалась недостаточность митрального клапана в сочетании со стенозом митрального отверстия. Поражение аортальных клапанов наблюдалось лишь у одного. У половины исследованных кла-