

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И СПОСОБЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

В. Н. Калужских

Факультетская хирургическая клиника (зав. — проф. С. Л. Либов)
Куйбышевского медицинского института

Еще со времен Н. И. Пирогова и до наших дней при лечении больных выраженными формами тиреотоксикоза, безуспешно испытывавших консервативную терапию, методом выбора является операция.

В нашей клинике за 23 года оперировано более 850 больных простым и тиреотоксическим зобом. Из них 467 подвергнуто оперативному вмешательству по поводу тиреотоксикоза. Женщин было в 12,6 раза больше, чем мужчин. Большинство больных было среднего возраста. В последние годы заметно чаще проводились операции у больных тиреотоксикозом, значительно реже — у пациентов с простым зобом.

В настоящей работе дан анализ результатов хирургического лечения 200 больных, оперированных по методике О. В. Николаева с применением трех способов обезболивания (табл. 1).

Таблица 1

Способ обезболивания

| Степень тяжести заболеваний перед операцией | Местная анестезия | Местная анестезия + потенцирование | Гипотермия | Всего |
|---|-------------------|------------------------------------|------------|-------|
| Легкие | 50 | 14 | — | 64 |
| Средние | 54 | 35 | — | 89 |
| Тяжелые | 17 | 10 | 10 | 37 |
| Угрожающие | 2 | 1 | 7 | 10 |
| Всего: | 123 | 60 | 17 | 200 |

Мы придерживаемся 4-степенной классификации по тяжести заболевания. К последней, IV степени тиреотоксикоза, угрожающей, относились больные с резким похуданием, тахикардией (более 140), основным обменом выше + 60%, с большими нарушениями со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем. В зависимости от стойкости основных симптомов выделены устойчивые и неустойчивые формы. Больше половины (116 чел.) имели при поступлении тяжелую и угрожающую степень тиреотоксикоза.

При предоперационной подготовке, особенно при выраженных тиреотоксикозах, мы стремились к соблюдению принципа, выдвинутого в хирургии еще Н. И. Пироговым, о щажении психики больных. Для больных отводились отдельные палаты, обеспечивалось соответствующее обслуживание.

Из медикаментозных средств применялись микродозы йода, часто в сочетании с метилтиоурацилом, глюкоза в сочетании с инсулином, сердечные, бромиды, снотворные; при устойчивых формах у тяжелобольных производились переливания крови. У некоторых применялись препараты коры надпочечников, витамины; при выраженной тахикардии — новокаин-амид. Почти у половины больных картина болезни оказалась устойчивой по отношению к медикаментозному лечению, а 47 больных даже не удалось вывести из тяжелого состояния.

До 1956 г. в нашей клинике при струмэктомиях применялась только местная инфильтрационная анестезия.

При анализе течения операции под местной анестезией выявилось, что при легкой и средней тяжести заболевания, при небольшом зобе, легко доступном в техническом отношении, колебания гемодинамики и дыхания незначительны. При тяжелых и угрожающих степенях тиреотоксикоза, при больших зобах, особенно у лиц с резкими нервно-психическими нарушениями, появлялись те или другие отклонения. Нередко с самого начала операции наблюдалось возбуждение больного, у других это возникало при вывихивании долей железы в рану, при отделении от трахеи, при обработке более крупных сосудов. Замечено, что на указанных этапах учащаются дыхание, пульс; повышается АД.

У одной больной гемодинамика нарушилась до такой степени, что возникла необходимость сделать перерыв в операции для принятия мер к выведению ее из этого состояния.

Как видно, местная анестезия не может во всех случаях обеспечить хорошее обезболивание.

Поэтому для нейровегетативной блокады мы применяли следующую методику: 2% раствор аминазина — 2,0; 2% димедрола — 2,0; 2% промедола — 1,0 — внутримышечно; люминал — 0,2 — внутрь. Смесь назначалась не менее двух раз перед операцией, у некоторых больных в течение 2—3 дней. У многих инъекции продолжались и после вмешательства в течение 2—3 суток.

Через 40—50 мин. после инъекций больные становились сонливыми, спокойными, безразличными к окружающему, до некоторой степени и к предстоящей операции. У большинства снижалось АД, в среднем на 10—15 мм, основной обмен — на 15—20%. Отрицательным было учащение пульса на 4—12 уд. Но эта нежелательная реакция компенсировалась тем, что не наблюдалось колебаний его ритма во время операции; гемодинамика и дыхание оставались устойчивыми.

У двух пациентов после инъекции аминазина появились тахикардия и значительное понижение АД, в связи с чем операция на несколько дней была отложена. По-видимому, это объясняется повышенной чувствительностью к аминазину. Поэтому дозировка его в каждом отдельном случае должна быть строго индивидуальной.

Нами применялась и гипотермия. Показанием к ней была тяжелая и угрожающая степень тиреотоксикоза с высоким основным обменом, с ничем не снимаемой тахикардией, резким похуданием. На фоне потенцированного интратрахеального наркоза больные охлаждались в ледяной ванне в среднем до $+32$ — $+33^{\circ}$. На операционном столе температура понижалась в среднем до 29 — 30° . Характерной особенностью является способность больных тиреотоксикозом быстро терять температуру тела; из расчета на 1 кг веса — в 4 раза быстрее, чем у детей с пороками сердца, также оперированными у нас под гипотермией.

Вмешательство проходило при выгодных гемодинамических условиях, при пониженном АД (105/60—80/55), замедленном пульсе (88—60). АД на височных артериях падало до нуля. Соответственно оно понижалось в сосудах щитовидной железы, поэтому кровопотеря во время операции была ничтожной. Основной обмен снижался до нормального или близкого к нему. Все показатели изменялись параллельно и при охлаждении, и при согревании. По достижении нормальной температуры тела после операции они достигали исходного уровня. Осложнений во время операции и в процессе гипотермии не было.

В послеоперационном периоде тиреотоксическая реакция наблюдалась у больных во всех трех группах, но при использовании литической смеси состояние больных было более спокойное, не наблюдалось возбуждения, отмечалось хорошее самочувствие. Отрицательным было то, что пульс у этих больных был несколько чаще, чем у тех, у которых не применялся аминазин. Но из послеоперационного тиреотоксикоза они, так же как и оперированные под гипотермией, выходили быстрее.

Послеоперационные тиреотоксические кризы и близкие к ним состояния преимущественно встретились среди оперированных только под местной анестезией (у 9 из 11). Из 60 оперированных под потенцированной местной анестезией у 2 наблюдался тиреотоксический криз с преобладанием гипертермической реакции. У оперированных под гипотермией кризов не наблюдалось.

Хороший эффект при выведении этих пациентов из тиреотоксического криза получен от литической смеси, больших доз 40% раствора глюкозы (до 500 мл внутривенно), пирамидона и обкладывания льдом.

Более 75% оперированных под гипотермией и с применением ганглиоблокирующих средств выписалось в эутиреоидном состоянии; при «чистом» местном обезболивании — 56,9%. Остальные выписывались с легкими остаточными явлениями тиреотоксикоза. Из последней группы больных 4 человека (3,4%) выписаны с тиреотоксикозом средней тяжести.

Осложнения, наблюдавшиеся во время операции и вскоре после нее, встретились преимущественно у оперированных под местной анестезией. Заслуживают внимания следующие осложнения: а) асфиксия после удаления зоба больших размеров, вследствие спадения стенок трахеи; больные спасены трахеостомией (у 2); б) кровотечение из различных сосудов щитовидной железы (у 3); в) парез истинных голосовых связок (у 5); г) нарушение сердечно-сосудистой деятельности, шок (у 1); д) гемотранфузионный шок от переливания резус-несовместимой крови (у 1); е) резко выраженное психическое и двигательное возбуждение (у 5).

За последнее время, по данным О. В. Николаева, А. Т. Лидского и др., летальность при струмэктомиях снизилась до 0—1,7%. По данным Б. В. Петровского и В. С. Семенова, в нашей стране она колеблется от 0 до 5,94%, а в странах народной демократии — от 0 до 9,6%.

Всякая операционная смертность будет тем меньше, чем уже ставятся показания к операции. А. К. Горчаков, Гес не рекомендуют оперировать больных в состоянии выраженного тиреотоксикоза. Мы разделяем взгляд ряда других хирургов (Б. В. Петровский, М. Г. Рудицкий и др.), которые не отказываются оперировать больных с тяжелыми формами тиреотоксикоза, если настойчивая предоперационная подготовка не дает хорошего результата.

На 375 оперированных больных по поводу тиреотоксикоза мы имели за 8 лет 12 умерших (3,2%); в том числе смертность за период 1951—54 гг. составила 8,2%, за 1955—58 гг. — 2,2%. Половина больных умерла от тиреотоксического криза; 4 — от пневмонии, развившейся на фоне выраженного послеоперационного тиреотоксикоза; 1 — от асфиксии, вызванной кровотечением на второй день после операции; 1 — от инфаркта миокарда. Имеется прямая зависимость смертности от тяжести исходного тиреотоксикоза.

Из 123 больных, которые оперированы только под местной анестезией, умерло 5 (4,06%), из 60 оперированных под местной анестезией в сочетании с ганглиоблокирующими средствами умерла 1 больная, наконец, из 17 оперированных под гипотермией умерла одна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горчаков А. К. Врач. дело, 1952, 4; 1957, 7. — 2. Либов С. Л., Калужских В. Н. и Ширяева К. Ф. Тез. Всесоюзн. конф. хирургов травматолог. и анестезиол., Казань, 1958. — 3. Лидский А. Т. Пробл. эндокринол. и гормонотерап., 1955, 4. — 4. Николаев О. В. Хирургия эндокринной системы. М., 1952. — 5. Петровский Б. В. и др. Хирургия, 1955, 9. — 6. Петровский Б. В. и Семенов В. С. Хирургия, 1957, 12. — 7. Рудицкий М. Г. и Чумаков И. И. Хирургия, 1957, 6. — 8. Heß W. В. кн.: Feher und Gefahren bei chirurgischen Operationen. Jena, 1958.