

Г. Е. КАЗАРЯН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ

Проблеме тиреотоксического зоба посвящено очень много работ как отечественных, так и зарубежных авторов (О. В. Николаев [5], А. К. Горчаков [1], Я. Л. Леви [4], А. Цегельска [7], С. А. Гелинг (С. А. Helling) [8] и др.). Актуальным является целый ряд новых, весьма интересных вопросов хирургии щитовидной железы. Так, например, не решена пока проблема поздних рецидивов тиреотоксикоза, компенсаторного приспособления остатков щитовидной железы и других желез внутренней секреции к новым условиям послеоперационного периода в отдаленные сроки. Вопросы предоперационной подготовки, обезболивания, послеоперационного ведения больных, а также патогенеза и неудовлетворительного эффекта оперативного лечения и на сегодня являются также актуальными. У каждого хирурга в результате накопления опыта в лечении тиреотоксикоза возникает ряд соображений по указанным выше вопросам, вырабатываются детали техники производства операции. Мы предлагаем вниманию наш небольшой опыт. За последние пять лет (VI-1955 г., XI-1960 г.) нами было оперировано 57 больных с тиреотоксическим зобом и базедовой болезнью. Больных с первичным диффузным тиреотоксическим зобом было 11, вторичным тиреотоксическим—46, из них: тиреотоксическим диффузным зобом—26, тиреотоксическим узловым зобом—13 и тиреотоксическим смешанным зобом—7. С тяжелой формой тиреотоксикоза было 18 больных, со средней—32 и с легкой формой—7. Величина зоба была следующей: II степени 7 больных, III—35, IV—13 и V—2 больных. Женщин было 53, мужчин—4.

По возрасту до 20 лет было 1, от 21 года до 30 лет—16, от 31 года до 40 лет—23, от 41 года до 50 лет—13, старше 50 лет—4 человека.

Течение послеоперационного периода, безусловно, связано с возрастом больного: у больных старше 40 лет послеоперационный период протекает сравнительно тяжело. Потому некоторые авторы считают, что больных, страдающих тиреотоксическим зобом, нужно оперировать до 40 лет. Аведисов С. С. и Шухгалтер И. А. находят, что чем тяжелее протекает тиреотоксикоз у пожилых больных, тем настоятельнее показана операция. Мы разделяем эту точку зрения.

По длительности заболевания было: от 4 месяцев до 1 года—13 больных, от 2 до 4 лет—26, от 5 до 8 лет—8, от 9 лет и выше—10.

Основные жалобы больных с тиреотоксикозом были следующие: увеличение щитовидной железы—у 57 больных, раздражительность, бес-

покойство, плаксивость—у 51, сердцебиение, одышка—у 48, дрожание рук, всего тела, ног—у 17, экзофтальм—у 17, потливость—у 30, головная боль—у 21, потеря веса—у 41, бессонница—у 20. Кроме этого, имело место расстройство дыхания—у 9 больных, общая слабость—у 33, нарушение глотания—у 1, деформация шеи—у 6.

При электрокардиографии у 18 наиболее тяжелых больных отмечались те или иные нарушения сердечной деятельности. У 33 больных наблюдались диффузные и очаговые поражения миокарда, у 1 больного—недостаточность коронарного кровообращения, у 3—мерцательная аритмия.

Всем больным определялся основной обмен. Он был повышен у 54 больных и колебался в пределах от +20 до +60, +90 и выше. Тяжелые формы тиреотоксикоза сопровождались высоким основным обменом, который у большинства больных снижался к концу предоперационного периода в связи с подготовкой и нормализовался в послеоперационном периоде. До и после операции больным производились анализы крови и мочи, рентгеноскопия органов грудной клетки и, как уже упоминалось выше, электрокардиографическое исследование и определение основного обмена. До и после операции больные обследовались также ларингологом, невропатологом и в отдельных случаях терапевтом; женщины—гинекологом.

В отдельных наблюдениях в дооперационном периоде у женщин отмечались нарушения менструального цикла, которые проходили после операции.

Частота пульса у больных до операции колебалась в пределах 90—140—160—180 ударов в одну минуту; у некоторых больных отмечались явления функционального расстройства нервной системы в той или иной степени, которые значительно уменьшались, а у некоторых и вовсе исчезали после операции. У семи больных с базедовой болезнью после операции сравнительно быстро отмечено исчезновение экзофтальма, дрожания тела, тремора пальцев вытянутых рук, выпадения пульса, раздражительности и общего беспокойства; одновременно наступало урежение пульса и улучшение его наполнения, сон становился сравнительно нормальным, улучшался аппетит, больные прибавляли в весе и выписывались из клиники в хорошем состоянии.

Все больные до поступления в клинику на протяжении от 4 месяцев до 5—6 лет подвергались консервативному лечению как амбулаторно в противозобном диспансере, так и стационарно в терапевтических клиниках, которое оказывалось малоэффективным, а у некоторых больных и неэффективным.

На основании анамнестических данных 22 из 57 больных связывают свое заболевание с перенесенной инфекцией, 17—с тяжелыми нервными переживаниями, а 18—заболевание свое не смогли связать ни с чем.

У больных, поступивших в клинику после амбулаторного консервативного лечения, перед операцией проводилась предоперационная подготовка в течение 10—16 дней, которая заключалась в строгом постель-

ном пребывании больного, подготовке психики его, даче препаратов йода, а девяти из них в течение 10—12 дней внутривенно вводили 0,5% раствор новокаина от 5 до 10 мл. Все операции мы проводили под местным новокаиновым обезболиванием.

С 1959 года мы начали оперировать больных с тиреотоксикозом под местной анестезией с добавлением нейроплегических веществ; последние применили у 27 больных. Накануне операции на ночь давали внутрь таблетки люминала 0,1, дипразина 0,025 и вводили 2 мл 2% раствора димедрола. Особенно беспокойным больным вводили и 1 мл 2% раствора промедола. Этим обеспечивался глубокий продолжительный сон. За 1—1,5 ч. до операции внутримышечно вводили литическую смесь следующего состава: 1—2 мл 2,5% раствора аминазина, 2 мл 2% раствора промедола, 0,5—1 мл 0,05% раствора скополамина, 2 мл 2% раствора димедрола (иногда взамен 2% раствора димедрола давали внутрь таблетки дипразина 0,025—0,05). Через 20—30 мин. после инъекции у больных наступало дремотное состояние, отмечались вялость, спокойствие. Дремотное состояние продолжалось во время и после операции. Наступало урежение пульса, приближающееся к норме, нормализовалось артериальное давление. Послеоперационный период протекал у этих больных сравнительно легко, температура в первые 2—3 дня не превышала 38,3—38,5°, не было резко выраженных явлений послеоперационного тиреотоксикоза. У очень тяжелых больных мы проводили следующую подготовку: на протяжении 2—3 дней до операции и 1—2 дней после операции мы давали таблетки люминала 0,1 два раза в день, дипразина 0,025 один раз в день и ежедневно по одному разу вводили 2 мл 2% раствора димедрола.

У всех наших больных была произведена субтотальная резекция щитовидной железы. Размеры оставляемой части железы определяли каждый раз индивидуально, исходя из клиники заболевания. У больных с относительно небольшим зобом, но с явлениями тяжелого тиреотоксикоза мы производили субтотальную резекцию щитовидной железы с оставлением с обеих сторон около 4—5 граммов паренхимы. При больших диффузных зобах оставляли большее количество для предупреждения послеоперационного гипотиреоза, который может наступить из-за функционально неполноценной оставленной части железистой ткани.

В послеоперационном периоде на протяжении первых 2—3 дней больные чувствовали общую слабость, боли в области раны, недомогание, иногда боли в зубах и ушах, головные боли. Почти у всех наблюдалось повышение температуры до 38,5—39°; нормальная температура устанавливалась большей частью на 4—5-й день. Температура продолжала держаться на высоких цифрах только при осложнениях со стороны раны (нагноение, инфильтраты) и легких.

Приводим краткие выписки из историй болезни двух больных.

Больной Ч., 50 лет, служащий, поступил в клинику 12/XI-56 г. по поводу узлового зоба IV ст. с тиреотоксикозом, с жалобами на опухоль в области шеи, раздражитель-

ность, головную боль, бессонницу и сердцебиение. Болеет около 25 лет. В течение последних 3 лет лечение было консервативное, но безрезультатно.

Объективно: пульс 120 уд. в 1 мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения. К/Д—110/70 мм. Со стороны сердца, легких и др. внутренних органов патологии не отмечается. Имеется дрожание пальцев вытянутых рук и закрытых век глаз.

Со стороны ЛОР органов отклонений от нормы нет. Отмечается функциональное расстройство нервной системы. Основной обмен $+53\%$. Кровь и моча без патологии. ЭКГ: синусовая тахикардия 120 в 1 мин. Нарушение сократительной функции миокарда желудочков.

17/XI-56 г. произведена субтотальная резекция щитовидной железы.

Послеоперационное течение гладкое. Основной обмен через 12 дней после операции $+21\%$. Анализ крови и мочи без патологии. ЭКГ—синусовая тахикардия, 88 ударов в 1 мин., нарушение сократительной функции миокарда желудочков.

Со стороны ЛОР органов отклонений от нормы нет. Имеются слабо выраженные явления функционального расстройства нервной системы. Биопсия. Макрофолликулярный коллоидный зоб. 30/XI-56 г. выписался из клиники с выздоровлением.

Больная Б., 27 лет, служащая, поступила в клинику 21/XI-57 г. по поводу тиреотоксикоза с диффузным увеличением щитовидной железы V ст, с жалобами на раздражительность, сердцебиение, беспокойный сон, потливость.

Болеет около 7 лет. До поступления в клинику в течение двух лет лечилась консервативными методами, но безрезультатно.

Объективно: пульс 100 уд. в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, дыхание 24 в 1 мин. К/Д—100/60 мм. Со стороны сердца, легких и других внутренних органов отклонений от нормы не отмечается. Имеется дрожание пальцев вытянутых рук и закрытых век глаз. На передней поверхности шеи имеется припухлость размерами с большую ладонь, поверхность гладкая, консистенция мягкая, эластичная, пальпаторно безболезненная и малоподвижная. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Со стороны ЛОР органов и гениталий отклонений от нормы не отмечается. Имеется функциональное расстройство нервной системы. Основной обмен $+40\%$. Кровь и моча без патологии. ЭКГ—преобладание левого желудочка, синусовая тахикардия; 100 в 1 мин.

28/XI-57 г. произведена субтотальная резекция щитовидной железы. Послеоперационное течение гладкое. После операции анализ крови и мочи без отклонений. ЭКГ—нерезкое преобладание левого желудочка. Со стороны ЛОР органов и гениталий изменений нет. Со стороны нервной системы особых отклонений не отмечается. Основной обмен через 13 дней после операции $+18\%$. Биопсия. Макрофолликулярный кистозный коллоидный зоб.

31/XII-57 г. больная выписалась с выздоровлением.

Больные выписывались из клиники через 10—20 дней после операции, как было указано выше, со значительным улучшением общего состояния. Это позволило нам в исходе заболевания говорить о выздоровлении. Последнее подтвердилось данными отдаленных (от 1 года до 3 лет) результатов.

Среднее количество койко-дней, проведенное в клинике, составило 21 день.

Из 57 оперированных выписались из клиники с выздоровлением 49 больных, улучшением—4, умерли—4. Во всех смертных случаях клинически имелась картина тяжелого тиреотоксического зоба. Причиной смерти были операционный шок и интоксикация. Двое умерших—из числа первых 10 оперированных больных, а остальные двое—из последующих 47.

Анализ патоморфологических исследований препаратов удаленных щитовидных желез дал нам возможность сделать заключение об отсутствии параллелизма между морфологическим строением тиреотоксических зобов и клиническими проявлениями заболевания: из 57 лишь у 23 больных с вполне отчетливой симптоматикой выявлена морфологическая структура, характерная для базедовой болезни и близких к ней форм, у 24 обнаружен коллоидный зоб с тиреотоксическими явлениями; у 10—отсутствие морфологических признаков тиреотоксикоза.

Одним из осложнений при субтотальной резекции щитовидной железы является механическое повреждение нервов гортани. Чаще всего повреждается нижний гортанный нерв, что объясняется его топографическим расположением. Повреждение это происходит главным образом при перевязке нижней щитовидной артерии. У А. Цегельска это осложнение составляет 12,3%, у М. П. Сердюка 6%. По данным других литературных источников процент этого осложнения у некоторых авторов доходит до нуля. У нас в результате механического повреждения у 3 больных имели место параличи и парезы нижнего гортанного нерва. У двух из них эти осложнения прошли через 1,5—2 месяца после лечения инъекциями 1% раствора никотиновой кислоты, диатермией, у третьей—спустя 6 месяцев после операции наступило некоторое улучшение функции голосовых связок, но полного восстановления не было. Больная продолжала амбулаторное лечение.

В послеоперационном периоде у одной больной мы наблюдали легкое нарушение со стороны функции паращитовидных желез. После применения комплексной терапии (раствора хлористого кальция внутривенно, инъекции раствора паратиреоидина) это нарушение прошло.

Повреждения нервов гортани могут наступать не только при операциях на щитовидной железе, но они встречаются иногда и до операции при патологических изменениях в гортани, вызванные давлением зоба на нижний гортанный нерв при больших размерах его, и инфильтративным ростом злокачественной опухоли. У 6 наших больных по указанным выше причинам до операции наблюдались частичные параличи или парезы голосовых связок без нарушения фонации и дыхания, а также деформации гортани, которые сопровождались небольшой осиплостью и хрипотой голоса. Все эти осложнения прошли без дополнительного лечения в первые 4—6 дней после операции.

Послеоперационный тиреотоксикоз был отмечен у нас за последние 3 года у трех больных: у одной больной—через один год после операции, у двух—через полтора года. У последних больных послеоперационный тиреотоксикоз протекал в легкой форме и не требовал повторного оперативного вмешательства, первая больная продолжала консервативное лечение.

У 36 больных заживление раны наступило первичным натяжением, у 14—наблюдались инфильтраты в области операционной раны, которые скоро рассасывались, у 4—отмечено нагноение в местах резиновых выпускников. У одной больной была послеоперационная бронхопневмония,

которая получала симптоматическое лечение. Через 5—6 дней больная поправилась. Других осложнений после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба и базедовой болезни мы не наблюдали.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

1. Число операций, произведенных по поводу тиреотоксического зоба и базедовой болезни, ежегодно возрастает.

2. У больных с тиреотоксическим зобом часто наблюдаются патологические изменения со стороны нервной системы, нарушения менструального цикла, а также иногда изменения со стороны голосового аппарата, и потому эти больные должны быть осмотрены невропатологом, гинекологом и ларингологом.

3. По нашим наблюдениям, наряду с предоперационной тщательной психической подготовкой больных с тиреотоксикозом эффективным являлся комплекс лечебных средств (глюкоза, инсулин, люминал, бром, кофеин, переливание крови, 0,5% раствор новокаина, нейроплегические средства).

4. Субтотальная резекция щитовидной железы и по сегодняшний день остается эффективным методом оперативного лечения при тиреотоксическом зобе и базедовой болезни.

5. Местное обезболивание с добавлением нейроплегических средств при субтотальной резекции щитовидной железы в случаях тиреотоксикоза и базедовой болезни дает хорошие результаты.

6. По нашим данным, нередко бывает несоответствие между клинической и патогистологической картиной при тиреотоксическом зобе. Коллоидные зобы могут протекать при клинике базедовой болезни и тиреотоксикоза. Это говорит о том, что не всегда наличие значительных патологоанатомических изменений щитовидной железы определяет наступление эндокринного заболевания. Компенсаторно-приспособительные реакции организма могут выравнивать эти изменения.

Кафедра общей хирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 8.V 1961 г.

Գ. Ե. ԴԱԶԱՐՅԱՆ

ԹԻՐԵՈՏՈՔՍԻԿ ԽՊԻՊԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԸՍՏ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ
ՎԵՐՋԻՆ ՀԻՆԳ ՏԱՐԻՆԵՐԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ:

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Վերջին հինգ տարիների ընթացքում (6—1955 թ., 11—1960 թ.) մեզ մոտ վիրահատման են ենթարկվել թիրեոտոքսիկ խպիպով և Բազեդովյան հիվանդությունով 57 հիվանդ: Ծանր աստիճանի թիրեոտոքսիկոզով եղել են 18 հիվանդ, միջին՝ 32 և թեթև՝ 7, որոնցից կին՝ 53 հիվանդ, տղամարդ՝ 4: Քանակով համեմատաբար ավելի շատ եղել են 31-ից մինչև 40 տարեկան հասակի հիվանդներ (23):

Կլինիկայից հիվանդները դուրս են գրվել վիրահատումից 10—20 օր հետո ընդհանուր դրուժյունը զգալիորեն լավացած: Այդ հանգամանքը մեզ թույլ է տվել հիվանդության ելքում խոսել առողջության մասին: Վերջինը հաստատվել է հեռավոր տվյալներով (Վեկից մինչև երեք տարի):

Վիրահատման ենթարկված 57 հիվանդներից 49-ը դուրս են գրվել առողջացումով, 4 հիվանդ լավացումով, 4 հիվանդ մահացել են: Բոլոր մահացած հիվանդները ունեցել են ծանր աստիճանի թիրեոտոքսիկ խպիպ: Մահվան պատճառները եղել են վիրահատումային շոկը և ինտոքսիկացիան: Թիրեոտոքսիկ խպիպի և Բազեդովյան հիվանդության կապակցությամբ վիրահատումների թիվը տարեցտարի ավելանում է:

Թիրեոտոքսիկ խպիպով հիվանդների մոտ հաճախակի նկատվում են ներվային սիստեմի պաթոլոգիկ փոփոխություններ մենստրուալ ցիկլի խախտումներ, երբեմն նկատվում են նաև փոփոխություններ ձայնալարային ապարատի կողմից, այդ իսկ պատճառով հիվանդները մինչև վիրահատումը և վիրահատումից հետո պետք է հետազոտվեն ներոպատոլոգի, գինեկոլոգի և լարինգոլոգի կողմից:

Թիրեոտոքսիկ խպիպի և Բազեդովյան հիվանդության կապակցությամբ կատարված վահանագեղձի սուբտոտալ ըեզեկցիան մինչև օրս էլ շարունակում է մնալ իբրև էֆեկտիվ վիրահատումային բուժման եղանակ:

Համաձայն մեր տվյալների, թիրեոտոքսիկ խպիպի կլինիկական և պատոհիստոլոգիական պատկերների մեջ հաճախակի լինում է անհամապատասխանություն: Կոլլոիդ խպիպները կլինիկորեն կարող են ընթանալ Բազեդովյան հիվանդության և թիրեոտոքսիկոզի նման: Դա խոսում է այն մասին, որ վահանագեղձում զգալի պատոլոգոանատոմիական փոփոխությունները, ոչ բոլոր դեպքերում են առաջացնում էնդոկրին հիվանդություն: Օրգանիզմի կոմպենսատոր-հարմարեցման ռեակցիաները կարող են ուղղել այդ փոփոխությունները:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Горчаков А. К. Опыт хирургического лечения заболеваний щитовидной железы. Новый хирургический архив, 2, 1959.
2. Казарян Г. Е. и Оганесян О. Н. Изменения голосового аппарата до и после операции по поводу зоба. Известия АН АрмССР (биологические науки), XIII, 1960, 53—58.
3. Казарян Г. Е. и Алавердян А. Г. Клиника и патоморфология нетоксического и тиреотоксического зоба у 100 оперированных больных. Современные вопросы физиологии и патологии эндокринных желез. Харьков, 1959, 200—203.
4. Леви Я. Л. Основные вопросы хирургического лечения выраженных форм тиреотоксикоза. Труды VIII съезда хирургов УССР. Киев, 1955.
5. Николаев О. В. Хирургия эндокринной системы. Москва, 1952, 30—43.
6. Николаев О. В. Хирургия эндокринной системы. Хирургия, 1951, 1, 37.
7. Цегельска А. Повреждение нижних гортанных нервов при операциях на щитовидной железе. Хирургия, 10, 1958.
8. Helling С. А.— Arch. Path. 1939, 28 (обзор по патологии щитовидной железы).