

Проф. Н. М. Янчур, доц. В. Н. Шиленок

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКОГО И ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Факультетская хирургическая клиника (н. о. зав. — доц. В. Н. Шиленок) Витебского медицинского института

С 1962 по 1975 г. из 1690 операций по поводу различных форм зоба 826 произведены по поводу эутиреоидного зоба, 436 — гипертиреоидного, 194 — токсической аденомы и 234 — диффузного токсического зоба среднетяжелой и тяжелой форм.

Большинство больных токсическим зобом (свыше 50%) поступали на первом году заболевания. При эндемическом зобе длительность заболевания до 1 года была у 22% больных, свыше 5 лет — у 59%. Гипертиреоидный зоб возник на фоне ранее существовавшего эутиреоидного зоба у 88% больных, токсическая аденома — у 26%. Возраст больных от 10 до 76 лет.

В процессе лечения определяли поглощение ^{131}I , гормональноактивный йод (T_3 — T_4). О тироксинсвязывающей способности белков (фактор F) судили с помощью экзогенного меченого тироксина.

Отсутствие смертельных исходов у больных токсическим зобом позволяет нам дать сравнительный анализ применявшихся методов предоперационной подготовки, операций и интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

При эутиреоидном зобе в порядке предоперационной подготовки проводили тщательное обследование больных для выявления сопутствующих заболеваний и по необходимости — их лечение.

При гипертиреоидном зобе или легкой форме токсической аденомы любой известный метод предоперационной подготовки оказывается достаточно эффективным.

При выраженных формах токсического зоба, к сожалению, далеко не у всех больных удается достигнуть эутиреоидного состояния перед операцией. Снижение тахикардии после применения резерпина или β -адреноблокаторов иногда создает видимость эутиреоидного состояния при сравнительно высоком уровне тиреоидных гормонов в крови.

Применение препаратов йода вместе с антитиреоидными средствами оправдано и получило широкое распространение (И. Б. Хавин; А. А. Нарычев). Этот способ предоперационной подготовки, дополненный симптоматической терапией (транквилизаторы, β -адреноблокаторы, сердечно-сосудистые средства и т. д.), в настоящее время может считаться основным.

К недостаткам метода относят его длительность, неблагоприятное влияние производных тиомочевины на лейкопоз, струмогенный эффект, повышенная ломкость тканей и кровоточивость во время операции и др., поэтому многие авторы рекомендуют дополнять основной метод введением АКТГ, кортикостероидов, ганглиоблокаторов и т. д. Нами проведено сравнение основного метода и дополненного введением АКТГ, кортикостероидов, гексония с предоперационной подготовкой анаболическими препаратами без применения антитиреоидных средств.

Нерабол применяли по 20 мг в течение 10—15 сут, ретаболил — по 50 мг внутримышечно через 6—7 дней 2—3 раза. Почти всем

больным с тяжелой формой тиреотоксикоза за 1—2 дня до операции назначали эстрогены (30—40 тыс. ед. фолликулина), по показаниям — кортикостероиды и β -адреноблокаторы.

У больных, получавших анаболические стероиды, предоперационный период длительнее, чем в контрольной группе ($P < 0,009$), но послеоперационный период короче. Он составил $10,6 \pm 0,4$ койко-дня и был достоверно ниже, чем при основном способе или при его сочетании с введением АКТГ. Характерно, что технически выполнение операции после подготовки анаболическими препаратами легче, что связано с отсутствием струмогенного эффекта, меньшей кровоточивостью и ломкостью тканей щитовидной железы.

Массовое и длительное применение АКТГ, глюкокортикоидов, а также ганглиоблокаторов не имело преимуществ и не улучшало качества предоперационной подготовки. Применение кортикостероидов за 1—2 дня до операции оправдано в случаях тяжелого тиреотоксикоза, когда имеются признаки недостаточности надпочечников.

Анаболические препараты в большинстве случаев эффективны, особенно при сочетании с препаратами йода, однако их влияние на щитовидную железу несколько слабее, чем при подготовке антитиреоидными средствами.

Показания к операции при различных заболеваниях щитовидной железы хорошо разработаны и общеизвестны (О. В. Николаев; Б. В. Петровский и В. С. Семенов, и др.). Вместе с тем иногда при обследовании больных выявляются сопутствующие заболевания, представляющие большую опасность, чем зоб, они требуют отсрочки или отмены операции.

В связи с развитием анестезиологии проблема обезболивания при операциях на щитовидной железе постоянно пересматривалась. В 1962—1972 гг. большинство операций выполнено под местной анестезией или ее сочетании с умеренной нейроплегией, нейролентанальгезией. В последние годы при диффузном токсическом зобе мы, как правило, пользуемся эндотрахеальным наркозом особенно в сочетании с нейролентанальгезией.

Вначале мы оперировали диффузный зоб по методу О. В. Николаева, в последующем стали после рассечения перешейки перевязывать верхние щитовидные артерии внекапсулярно, вблизи верхних полюсов железы. Нижний полюс стараемся выделить субфасциально. Мы не обнаружили различий в течении послеоперационного периода, в количестве осложнений в зависимости от метода операции, если она выполнена технически безупречно и радикально.

Гипотиреозы после операции опаснее и тягостнее, чем клинически мало проявляющиеся эутиреоидный или гипертиреоидный зоб. Поэтому после субтотального или тотального удаления одной доли и при многоузловом поражении другой иногда приходилось выполнять атипичные операции, повторно рассекая оставшуюся долю и удаляя отдельные узелки, чтобы оставить возможно больше нормальной на вид ткани щитовидной железы.

Частота осложнений, возникающих в послеоперационном периоде, сравнительно невелика. Кровотечение, потребовавшее ревизии раны, наблюдали у 3 больных (0,2%). Парез нижнего гортанного нерва, преимущественно правого, отмечали у 1,6% оперированных. Голос при одностороннем параличе голосовой связки у большинства больных восстановился через 1—3 мес.

Паратиреоидная недостаточность в послеоперационном периоде была у 0,7% оперированных, стойкая — у 4 больных (0,2%).

Самым частым и опасным осложнением является тиреотоксический криз. Проведенные нами до и после операции исследования функции щитовидной железы, надпочечников, гемодинамики и др. по-

зволили уточнить отдельные вопросы патогенеза этого осложнения (В. Н. Шиленок).

С 1964 г. непосредственно после операции мы применяем средства, предупреждающие надпочечниковую недостаточность (кортикостероиды, адекватные эффекту 100—300 мг гидрокортизона), и препараты, усиливающие тироксинсвязывающую способность белков — фолликулин по 40—60 тыс. ед. в сутки 2—3 дня или синэстрол по 4—6 мл 2% раствора, плазму, альбумин. Кроме того, по показаниям применяем симптоматические средства, стабилизирующие деятельность нервной системы (наркотики, барбитураты, транквилизаторы, β -адреноблокаторы), сердечно-сосудистой системы (строфантин) и др. Считаем бесполезным в послеоперационном периоде применение йода, производных тиомочевины, АКТГ, антибиотиков.

Статистическая обработка данных температуры и пульса в послеоперационном периоде указала на достоверное преимущество этого способа. Мы на протяжении этого периода не наблюдали ни одного случая тиреотоксического криза.

Изучение отдаленных результатов после операции на щитовидной железе проводилось дважды. Вначале было разослано 397 анкет и получено 276 ответов, 66 больных были обследованы в клинике. Сроки наблюдений за больными этой группы от 1 года до 5 лет (1-я группа). При повторном исследовании на 300 анкет получено 185 ответов, 30 больных были вызваны и обследованы в клинике. Сроки наблюдений за больными этой группы от 6 до 12 лет (2-я группа).

При оценке состояния больных мы руководствовались классификацией Б. В. Петровского и В. С. Семенова.

В 1-й группе 79 человек оперированы по поводу эутиреоидного зоба, 65 — гипотиреоидного, 132 — токсического. Женщин было 253, мужчин — 23, возраст больных от 13 до 75 лет.

Во 2-й группе 57 человек оперированы по поводу эутиреоидного зоба и 127 — по поводу токсического. Женщин было 172, мужчин — 12, возраст больных — от 17 до 80 лет.

Положительные результаты при хирургическом лечении эутиреоидного зоба составляет 91% независимо от сроков наблюдения. Гипотиреоз выявлен у одной больной (0,7%), рецидив — также у 1 больной.

Хирургическое лечение оказалось эффективным у 61 из 65 больных гипертиреоидным зобом. Одна больная умерла через 2 года после операции от опухоли мозга.

Благоприятные результаты после операции по поводу токсического зоба наблюдались у 93% оперированных. Рецидив выявлен у 8 человек (3%), из них у 4 в 1-й группе и у 4 во 2-й группе. Гипотиреоз возник у 2 больных (0,8%).

Изучение отдаленных результатов оперативного лечения токсического и эутиреоидного зоба показало, что хирургический метод эффективен более чем у 90% оперированных.

Выводы

1. Предоперационную подготовку у больных токсическим зобом целесообразно дополнять назначением анаболических стероидов, а у тяжелобольных за 1—2 дня до операции — фолликулина, кортикостероидов, β -адреноблокаторов.

2. Для профилактики и лечения послеоперационного тиреотоксического криза наряду с кортикостероидами, сердечными и другими средствами эффективно применение с 1-го дня послеоперационного периода веществ, усиливающих тироксинсвязывающую способность белков (эстрогены, плазма, альбумин и др.).

ЛИТЕРАТУРА. Драчинская Е. С., Брейдо И. С. Хирургия щитовидной железы. Л., 1963. — Нарычев А. А. Токсический зоб. М., 1971. — Николаев О. В., Хавин И. Б. Болезни щитовидной железы. М., 1961. — Петровский Б. В., Семенов В. С. Клиника и хирургическое лечение тиреотоксического зоба. М., 1961. — Хавин И. Б. Щитовидная железа, 1967. — Шиленок В. Н. — В кн.: Хирургическая инфекция и интенсивная терапия в хирургии, новое в хирургии. М., 1971, с. 180—182.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ENDEMIC AND TOXIC GOITER

N. M. Yanchur, V. N. Shilenok

The authors analyze the experience of 1690 operations on the thyroid gland. No cases of mortality in the goiter series were observed. The employment of anabolic steroids combined with iodine and reserpine is rational in the preoperative period. Along with corticosteroids and other drugs of intensive therapy employed in the postoperative period, it is recommended to use drugs enhancing the thyroxin-binding capacity of the proteins (estrogens, plasma, albumin) to prevent and treat thyrotoxic crises. In the late observation period surgery proved effective in more than 90% of the cases.