

О ЗНАЧЕНИИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПРИ БАЗЕДОВОЙ БОЛЕЗНИ

Кандидат медицинских наук Н. А. ПЕТАХОВ

1-я кафедра клинической хирургии (зав. — действительный член АМН СССР, заслуженный деятель науки, профессор В. Р. Брайцев)

Центрального института усовершенствования врачей (директор В. П. Лебедева) и факультетской хирургической клиники Витебского медицинского института (директор—доцент Н. Н. Богданович)

Предоперационная подготовка йодом является важным этапом в комплексном лечении базедовых больных (А. В. Мартынов, В. М. Коган-Ясный, В. Р. Брайцев и др.). Предоперационная подготовка в сочетании с совершенной техникой оперирования являются главными моментами, позволившими свести к минимуму послеоперационные осложнения и снизить летальность.

О. В. Николаев не придает большого значения предоперационной подготовке. Она сводится к общеукрепляющей терапии, питанию, психической подготовке и т. д. и, по его мнению, может быть проведена даже в поликлинических условиях. Предоперационная подготовка йодом автором отводится на задний план и расценивается лишь как пробное консервативное лечение. О. В. Николаев придает важную роль предоперационной подготовке у тяжелых больных, что позволило ему успешно оперировать таких больных с маниакальными формами тиреотоксикоза, при явлениях сердечно-сосудистой декомпенсации, и больных с резко выраженным тимомлимфатическим статусом.

В. Г. Баранов, Е. С. Драчинская и Н. М. Давидовский полагают, что оперировать больных с токсическим зобом надо только после предварительного устранения тиреотоксикоза и утверждают, что наиболее надежно это может быть осуществлено путем применения метилтиоурацила. Под же, по их мнению, должен быть применен перед операцией для уменьшения кровонаполнения щитовидной железы и для уменьшения кровотечения во время операции.

Предлагая данную методику предоперационной подготовки, авторы считают, что она соответствует современному уровню знаний о базедовой болезни. Рекомендацию же О. В. Николаева оперировать основную массу больных без всякой подготовки, так как подготовка йодом и метилтиоурацилом по О. В. Николаеву «при современном уровне методики по существу отходит на задний план и для большинства больных превращается в этап пробного консервативного лечения», считают безусловно ошибочной и полагают, что внедрение в широкую врачебную практику этого положения могло бы привести к ряду нежелательных последствий.

А. Г. Сапных не применяет лечения йодом, а всё внимание сосредоточивает на сердечных средствах.

В клинике В. Р. Брайцева и факультетской хирургической клинике Витебского медицинского института всем больным проводится комплексная предоперационная подготовка и, таким образом, тяжелые больные благодаря этому доводятся до операбельного состояния и переносят оперативное вмешательство.

В систему предоперационной подготовки входит, психическая и медикаментозная подготовка больных, диета и гидротерапия.

При базедовой болезни в сильной степени страдает первично-психическая сфера, поэтому нормализация корковых функций является важным моментом, благоприятно воздействующим на другие системы организма. Роль второй сигнальной системы в лечении базедовых больных велика. Поэтому надо стараться обеспечить больным максимальный психический покой.

Уже при первом знакомстве с больным в поликлинике или стационаре лечащий врач должен завоевать его доверие. При собирании анамнеза нужно внимательно и терпеливо выслушивать больного, а не обрывать его вопросами. Базедовики нередко многоречивы, а их длительные рассказы с детализацией тех или иных проявлений болезни или методов применявшегося лечения подчас дают мало фактов, интересующих лечащего врача.

Однако нужно внимательно выслушать больного, иначе у него может создаться впечатление, что врач спешит, невнимателен, и больной сразу же настораживается. При этом, нам кажется, не следует сразу же ставить вопрос об оперативном вмешательстве. Если этот вопрос поднимает больной, то у врача должно быть достаточно такта осветить этот вопрос так, чтобы больной успокоился, а не расстраивался.

Мы являемся сторонниками помещения больных базедовой болезнью в общие хирургические палаты, где нет тяжелых больных. Очень благотворно действует на психику больных помещение их в палату, где имеются больные, оперированные

по поводу базедовой болезни и находящиеся на пути к выздоровлению. Надо всячески избегать помещения их в палаты, где имеются больные базедовой болезнью первые 2—3 дня после операции. Мы не настаиваем на строгом постельном режиме, так как он плохо переносится больными, однако рекомендуем им большую часть времени проводить в постели.

Мы считаем нужным сообщать больным о дне операции накануне, так как многие это переносят лучше, чем тогда, когда они остаются в неведении. Иногда, в виде исключения, мы не ставим больных в известность о дне операции, а сообщаем только в день перед подачей их в операционную. Однако это, по нашим наблюдениям, вызывало очень сильное возбуждение больных, что иногда может вызвать необходимость откладывания операции.

Большое значение имеет вопрос о выборе хирурга. Если больной доверяет хирургу, то операция протекает более спокойно. Если оперирует не лечащий врач, то его участие, безусловно, необходимо в качестве ассистента.

Медикаментозная предоперационная подготовка в нашей клинике заключается в назначении препаратов брома в виде микстуры Бехтерева, настойки валерьяны с ландышем и снотворных (при нарушении сна). При тяжелых расстройствах сердечно-сосудистой системы применяются камфора, кофеин, тиггалис, иногда строфантин и препараты хицина. При наличии отеков, асита, застойной печени — применяется меркузал. Некоторым больным назначаем глицеро-фосфат кальция.

Специальная йодная подготовка начинается через 4—5 дней после поступления больного в отделение, по окончании клинических и лабораторных исследований. Под назначается в виде однопроцентного раствора Люголя, начиная с двух капель 2 раза в сутки. Ежедневно, прибавляя по одной капле, доходим до 10 капель 2 раза в сутки. Затем продолжаем давать 7—8 дней по 10 капель, а потом начинаем постепенно уменьшать количество капель Люголевского раствора.

Каков механизм терапевтического действия препаратов йода при базедовой болезни? Плюммер (Plummer), впервые предложивший йод для предоперационной подготовки, придерживается теории дистиреоза. Он считает, что при базедовой болезни в кровь попадает не только увеличенное количество тироксина, но и также не совсем готовый, возможно даже недостаточно йодированный продукт, который является ядовитым и вызывает развитие симптомов болезни.

Вводя в организм йод, мы способствуем превращению неполноценного продукта в тироксин, тем самым ликвидируя дистиреоз. Нам кажется более правильным следующее объяснение механизма лечебного действия йода при базедовой болезни. Содержание йода в крови здоровых людей всегда нахо-

дится на строго определенном уровне (от 11 до 30—40% по данным различных авторов) причем 65% йода крови — это органический йод, а 35% — неорганический.

Щитовидная железа в свою очередь, по-видимому, обладает физиологическими приспособительными механизмами, предотвращающими увеличение содержания в ней йода более чем на 10—20% имевшегося в ней количества. Когда такое состояние достигнуто, щитовидная железа оказывается «насыщенной» йодом и избыток его будет выводиться из организма. Выделение йода осуществляется почками, кишечником, лёгкими и кожей. Эти процессы имеют место у здорового человека.

Иное положение создается при заболеваниях щитовидной железы. При этом происходит нарушение равновесия йодного обмена, которое имеет место у здоровых. Это нарушение равновесия идет двумя путями: 1) нарушается общий баланс йода в организме и 2) изменяются пути его выделения. Например, при лёгких формах гипертиреоза йодный баланс (повышенный) хотя и удерживается в равновесии, но тип выделения изменяется: главная масса йода выделяется через кишечник и небольшое количество через кожу.

При базедовой болезни процесс йодного обмена претерпевает большие изменения как в отношении способа выделения йода из организма, так и в смысле нарушения равновесия общего йодного баланса организма. У больных содержание йода в крови повышено (Штурм, Гутцейт и др.), главным образом за счет органического йода. Щитовидная железа при этом содержит йода гораздо меньше, чем в норме, ибо она, обладая чрезвычайной жадностью к йоду (по сравнению со здоровыми), оказывается не в состоянии удерживать его в виде неорганического йода, а сейчас же быстро синтезирует тироксин, который столь же быстро отдает в кровь.

Всё это дало возможность Кохеру говорить об йодной «днаррее» при базедовой болезни. Следовательно, малые дозы йода поступают в кровь, а затем в щитовидную железу в виде неорганической фракции (йодида).

Увеличение неорганической фракции йода в щитовидной железе ведет к уменьшению (относительному) органической фракции йода (тироксин) в начале в щитовидной железе, а затем и в крови. Следовательно, йод, поглощенный щитовидной железой, откладывается в ней в виде йодида, т. е. неорганического йода. Всякий излишек удержанного железой йодида подавляет синтез тироксина и тормозит основной обмен. При этом возрастает неорганическая фракция при одновременном понижении органической. Понижение содержания органической фракции йода в организме сопровождается улучшением общего состояния больного. Таким образом, неорганический йод действует при базедовой болезни регулирующим образом, за-

держивая гормон в щитовидной железе и уменьшая его выделение в кровь.

Йодная подготовка проводилась у 134 больных (119 больных первичной базедовой болезнью и 15 — вторичной базедовой болезнью).

Показателями успешности проводимой предоперационной подготовки являются: снижение показателей основного обмена, прибавка в весе больного (или в крайнем случае прекращение потери веса), уменьшение частоты пульса и смягчение других симптомов базедовизма. У 125 больных (93,3%) предоперационная подготовка йодом дала терапевтический эффект. У 72 больных произошло замедление пульса на 10—50 ударов в минуту, у 13 пульс стал нормальным (до 80 ударов). Нарастание веса от 1 до 9 кг было у 72 больных (53,6%), в среднем 2,9 кг. У всех больных, которым повторно производилось определение основного обмена, отмечено снижение показателей. Улучшалось самочувствие, лучше стал сон и т. д. У остальных — наступило субъективное улучшение, уменьшение раздражительности, улучшение сна и т. д.

У 9 человек предоперационная подготовка оказалась неэффективной, она не дала улучшения в состоянии больных. Клинически базедовая болезнь протекала тяжело, и у трех человек после операции наступил летальный исход: у одного из них гистологически установлена базедовая струма, у другого *thymus persistens*, а у третьего — цирроз печени и кровоизлияние в клетчатку шеи и медиастинальное пространство.

У остальных больных резистентность к йоду мы склонны объяснить длительной предшествующей терапией йодом. 18 больным предоперационная подготовка проводилась путем назначения йодистых пилюль в прописи Н. А. Шерешевского. Этот метод нам кажется недостаточно эффективным, так как рассчитан на длительное применение прерывистыми курсами для консервативного лечения.

Клиникой был испытан метилтиоурацил для предоперационной подготовки у 17 больных. При его применении описано большое количество осложнений: ознобы с повышением температуры до 39°, боли и опухание суставов, неприятный вкус во рту, тошнота, анорексия и т. д. По данным Н. С. Логоткиной (1955 г.), при лечении метилтиоурацилом отмечены: гипотиреоз у 12,5%, аллергические реакции тоже у 12,5%, у шести больных (на 101) диспепсические явления, у двух — увеличение печени. Почти у всех больных была лейко- и гранулопения.

У одной нашей больной, под влиянием приема метилтиоурацила появились сильный зуд, кожные сыпи, отеки лица и нижних конечностей, исчезнувшие после отмены его. Отри-

цательным качеством метилтиоурацила является его зобогенное действие — щитовидная железа значительно увеличивается в размерах, ткань ее становится очень хрупкой и кровооточивой.

У части больных нами применяется гормонотерапия в виде назначения инсулина в комбинации с внутривенными инъекциями глюкозы. Это очень хорошо действует, особенно если учесть, что при базедовой болезни по нашим данным у 78,6% больных гликемические кривые отличались от кривых, получаемых у здоровых людей.

Следует учитывать также данные А. Н. Петровой, что под влиянием инсулина содержание йода в щитовидной железе увеличивается на 20%, а в крови — снижается. Следовательно, помимо прямого действия инсулин способствует накоплению неорганического йода в щитовидной железе, а всякий излишек удержанного щитовидной железой йода подавляет синтез тироксина.

Питание больных должно быть достаточным по калорийности и полноценным по составу. Назначается 15-й или 13-й стол (по М. И. Певзнеру) с добавлением молока или кефира, а также фруктов и ограничением мяса.

Из физиотерапевтических средств больным назначаются общие хвойные ванны через день. Температура ванн 35°, продолжительность — 10 минут. Ванны более низкой температуры оказывают возбуждающее действие, а тепловые процедуры плохо переносятся больными базедовой болезнью. Хвойные ванны, по нашим впечатлениям, оказывают хорошее, тонизирующее влияние на больных; они становятся более спокойными, улучшается сон.

Однако ведущим звеном предоперационной подготовки является йодная подготовка, все остальные моменты являются дополнительными и вспомогательными. Предоперационная подготовка по выработанной и принятой в клинике системе проводится всем больным первичной и вторичной базедовой болезнью, так как наши наблюдения говорят об эффективности йодотерапии и при повторной базедовой болезни.

Таким образом, система предоперационной подготовки больных базедовой болезнью, принятая в клинике, включает в себя: 1) специальную йодную подготовку в виде назначения однопроцентного Люголевского раствора в восходящей дозировке; 2) создание больным душевного и физического покоя; 3) диету и укрепляющую терапию; 4) общие хвойные ванны.

В зависимости от показаний находят применение сердечные и другие фармакологические средства, а также инсулин, фолликулин и прочие органотерапевтические препараты. Длительность предоперационной подготовки по принятой методике около трех недель. К концу этого периода состояние больных значительно улучшается: они становятся спокойнее,

частота пульса снижается, прибывают в весе, снижаются показатели основного обмена, уменьшается тремор. У многих экзофтальм и зоб уменьшаются. Нормализуются показатели крови.

Наиболее хорошо поддаются предоперационной подготовке больные в свежих случаях первичной базедовой болезни. Худший эффект наблюдается у ранее лечившихся йодом. Рефракторность к йоду встречается редко и наблюдается у молодых больных с *thymus persistens*, или у больных, щитовидная железа которых сохраняет гистологическое строение базедовой струмы, а также у больных, длительное время бессистемно лечившихся йодом.

При вторичной базедовой болезни предоперационная подготовка йодом, по нашим наблюдениям, может давать такой же хороший эффект, как и при первичной базедовой болезни.

ЛИТЕРАТУРА

В. Г. Баранов, Е. С. Драчинская, Н. М. Давидовский. Подготовка к операции больных токсическим зобом. Вестник хирургии им. Грекова, 92, 1956, стр. 86—91.

В. М. Коган-Яский, Е. Соркин. Консервативное лечение и подготовка больных базедовой болезнью йодом. Клиническая медицина, 1929, т. 7, № 3, (102), стр. 181—188.

Н. С. Логоткина. Ближайшие и отдаленные результаты лечения тиреотоксикозов метилтиоурацилом. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1955, № 4, стр. 22—28.

А. В. Мартынов. Оперативное лечение базедовой болезни. Новый хирургический архив, 1931, т. 23, № 89—90, стр. 648—652.

О. В. Николаев. Хирургия эндокринной системы. Москва, 1952, стр. 192.

О. В. Николаев. Современные достижения в лечении тиреотоксикозов. Клиническая медицина, 1952, т. XXVIII, 8, стр. 28—34.

О. В. Николаев. Некоторые вопросы патологии и хирургии щитовидной железы. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1955, т. 1, № 1, стр. 33—39.

А. Н. Петрова. Влияние некоторых гормональных факторов на содержание йода в щитовидной железе и крови кроликов. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1936, т. 11, вып. 2, стр. 120—122.

А. Г. Савиных. О блокаде звездчатых узлов при операции брыжеек желудка. Вопросы хирургии войны и абдоминальной хирургии. Горький, 1946, стр. 32—41.