

Канд. мед. наук Н. А. ПЕТУХОВ
(Витебск)

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Одним из недостатков местной анестезии является то, что явления страха перед операцией и психического шока этим, идеальным во всех других отношениях, видом обезболивания не устраняются. Операция под местной анестезией является тяжелой, трудно переносимой психической травмой для больных базедовой болезнью. В. А. Оппель указывал, что главным моментом в механизме операционного шока при этой болезни является психическое состояние больного, а не операционная травма.

Следовательно, как местная анестезия, так и наркоз, взятые изолированно, не могут полностью удовлетворить хирургов и больных.

С октября 1958 г. по октябрь 1960 г. в нашей клинике произведена 191 операция на щитовидной железе под потенцированным обезболиванием. Возраст больных от 15 до 72 лет, в том числе: до 20 лет — 10, от 20 до 50 лет — 158, от 50 до 60 лет — 17, свыше 60 лет — 6 человек. Мужчин было 26, женщин — 165. Операции произведены при следующих заболеваниях: базедова болезнь (диффузный зоб с первичным тиреотоксикозом) — 72, диффузно-узловой тиреотоксический зоб — 26, узловой тиреотоксический зоб — 71, злокачественные опухоли щитовидной железы — 6, прочие — 16. В 2 случаях был полный загрудинный зоб, 6 больных оперированы по поводу рецидива зоба.

В клинике принята следующая методика обезболивания. Вечером, накануне операции, больному производится внутримышечная инъекция 2 мл 2% димедрола и 2 мл 2% промедола, а перед операцией 0,1 г люминала. За 50—60 минут до операции больному вводится литическая смесь следующего состава: 2 мл 2,5% аминазина, 2 мл 2% димедрола, 2 мл 2% промедола, 1 мл 0,05% скополамина и 1 мл 5% витамина В₁.

Желая сохранить момент неожиданности, чтобы не травмировать психику больных, мы им не сообщаем о дне предстоящей операции. С этой целью за несколько дней больным назначаются внутримышечные инъекции антибиотиков, после которых рекомендуется лежать в постели. Больные к этой процедуре привыкают, а поэтому инъекция литической смеси в день операции ими воспринимается спокойно, как обычная лекарственная инъекция, а не подготовка к операции. Через 10—15 минут после введения литической смеси у больного развивается сонливость, а затем глубокий сон.

Больных в состоянии сна доставляют в операционную через 50—60 минут после введения смеси. Пользуясь местным обезболиванием, мы придерживаемся тех основных принципов, которые были положены в основу метода местной анестезии А. В. Вишневым, и проводим его по строгой системе. Только после методического и последовательного выполнения анестезии мы переходим к манипуляциям на щитовидной железе. Нарушение последовательности выполнения местной анестезии и этапов операции создает условия для возникновения осложнений.

Тонкой иглой по линии предполагаемого разреза производится обезболивание кожи («лимонная корка»), а затем более толстой иглой — подкожной клетчатки. После этого следует воротниковый разрез кожи, подкожной клетчатки, поверхностной фасции и платизмы. Затем раствор новокаина вводится в фасциальное влагалище кивательной мышцы по 20—25 мл с каждой стороны и в межфасциальное пространство между II и III фасциями шеи впереди кивательных мышц, а также по срединной линии шеи, сначала вправо, а потом влево.

Далее выделяются, пересекаются и перевязываются вены шеи, надсекается в продольном направлении белая линия шеи. В разрез вводятся в сложенном виде бранши анатомического пинцета, который проникает в пространство между III и IV фасциями и выводится позади грудино-подъязычной и грудино-щитовидной мышцы, прободая III фасцию шеи.

III фасция и передние мышцы шеи (грудино-подъязычная и грудино-щитовидная мышцы) рассекаются скальпелем. Мы их предварительно не раздавливаем зажимом и не перевязываем, чтобы меньше травмировать. Появляющееся незначительное кровотечение из мышечных ветвей требует для остановки наложения 1—2 зажимов. В некоторых случаях при узловых зобах мы не рассекаем передние мышцы шеи, а отводим их в стороны тупым путем после рассечения белой линии шеи в продольном направлении. Нам ни разу не встретила необходимость пересекать или надсекать кивательные мышцы.

Следующим этапом является анестезия щитовидной железы. Раствор новокаина вводится под собственную капсулу железы (IV фасция) по 20—25 мл с каждой стороны, а также в область

верхних и нижних полюсов. После операции перед зашиванием раны производится дополнительная анестезия тканей. Пользуясь указанной методикой, мы оперировали 191 больного с одним летальным исходом.

Произведены следующие оперативные вмешательства: субтотальная резекция щитовидной железы — 117, субтотальная резекция доли железы — 18, гемиструмэктомия — 21, гемиструмэктомия + истмэктомия — 3, энуклеация узлов — 32.

До операции, во время ее и в послеоперационном периоде проводилось наблюдение за больными, отмечалась глубина сна, подсчитывался пульс, дыхание, измерялось кровяное давление, оксигеометрия, проводилось измерение электрических потенциалов кожи и др. Через 50—60 минут после введения нейроплегической смеси у больных наступал глубокий сон, который продолжался на протяжении всей операции и нескольких часов послеоперационного периода. Продолжительность сна от 5—6 до 8—10 часов. Первую ночь после операции больные хорошо спят. Из бесед с больными выяснилось, что большинство из них не помнят момента доставки в операционную и самой операции, некоторые, придя в сознание уже в палате, с удивлением спрашивают, когда будет произведена операция. Меньшая часть больных помнит доставку в операционную и некоторые моменты операции, «но все смутно, как во сне». Больные отмечают, что после введения смеси, наряду с сонливостью, язык становится «тяжелым», что резко затрудняет произношение слов. Последнее обстоятельство затрудняет осуществление контроля нижнегортанного нерва во время операции под потенцированным обезболиванием. Но при той методике операции, которая применяется нами, нижний гортанный нерв находится вне зоны оперативного вмешательства, а поэтому необходимость его контроля путем разговора с больным по существу отпадает.

Артериальное давление после введения литической смеси несколько снижается. Если же оно было повышенным, то снижение максимального давления может падать на 40—50 мм рт. ст. Частота пульса под влиянием нейроплегической смеси уменьшается. Что касается оксигеометрических данных и результатов измерения электропотенциалов кожи, то отметить существенных сдвигов не удалось.

Каждое оперативное вмешательство означает травму и потерю крови с нервным и токсическим раздражением, т. е. является своеобразной агрессией, которая вовлекает в процесс вегетативную нервную систему и приводит к функциональным сдвигам в диэнцефальной области. Эти функциональные изменения воздействуют со своей стороны через гипофиз на систему надпочечников. В связи с этим не удивительно, что при оперативном вмешательстве на столь активной железе, как щитовидная, возникают многочисленные возможности нарушений физио-

логической константы организма, которые нередко проявляются клинически в виде тяжелых осложнений. Неспецифическая реакция организма на чрезмерное разрушительное воздействие в виде оперативного вмешательства на щитовидной железе развивается по двум путям: 1) нервный путь, который лежит через гипоталамус, продолговатый мозг и симпатическую нервную систему к рабочим аппаратам периферии (сужение сосудов, усиление работы сердца, выделение адреналина и повышение тонуса произвольной мускулатуры и т. д.); 2) гуморальный путь от гипоталамуса в сторону гипофиза с выделением адренокортикотропного гормона и последующей активизацией гормональной функции надпочечников (увеличение расхода углеводов и т. д.).

Цель применения нейроплегических литических смесей — уменьшить реакцию организма на чрезмерное разрушительное воздействие (оперативное вмешательство), понизить энергетические расходы организма и сохранить его защитные силы.

Положительные качества местного потенцированного обезболивания — простота, доступность, безопасность и хороший обезболивающий эффект, а также выключение сознания больного и уменьшение реакций организма на оперативное вмешательство. Операции базедовых зобов под таким обезболиванием стали более безопасными. Послеоперационный период протекает легко, явлений тяжелого послеоперационного тиреотоксикоза нами не отмечено.