

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БАЗЕДОВОЙ БОЛЕЗНИ

И. А. Петухов

Из 1-й кафедры клинической хирургии (зав. — действительный член АМН СССР заслуженный деятель науки проф. Ф. Р. Брайцев) Центрального института усовершенствования врачей (дир. В. П. Лебедева)

В лечении больных базедовой болезнью важное место занимает хирургическое вмешательство.

Изучением отдаленных результатов субтотальной резекции щитовидной железы занимались О. В. Николаев, Е. А. Васюкова и И. Б. Хавин, П. Г. Часовников, Е. С. Драчинская. Хорошие результаты получаются лишь после радикальной операции. Большинство хирургов (О. В. Николаев, А. В. Мартынов, Ф. А. Агафонов, Ф. Ю. Розе, М. Р. Вебер и др.) объясняет плохие результаты недостаточным удалением ткани щитовидной железы. По нашему мнению, на исход вмешательства оказывают влияние также дегенеративно-токсические изменения в органах (сердце, печень и др.), находящиеся в прямой связи с продолжительностью заболевания. Е. С. Драчинская вообще сомневается в том, что возможно полное выздоровление даже после радикальной операции, так как рецидив может наступить под влиянием различных факторов.

В клинике, руководимой проф. В. Р. Брайцевым, с 1930 г. по март 1956 г. оперировано 217 больных по поводу базедовой болезни (156 по поводу первичного диффузного тиреотоксического зоба и 61 по поводу тиреотоксической аденомы). Больные были тяжелые, с длительным течением болезни (заболевание у 53,9% длилось более 2 лет) и глубокими функциональными и органическими изменениями сердечно-сосудистой системы и паренхиматозных органов.

Из общего числа оперированных у 110 человек изучены отдаленные результаты. 93 больных были оперированы по поводу первичной базедовой болезни (первичная диффузная тиреотоксическая струма), 17 — по поводу тиреотоксической аденомы.

При первичной базедовой болезни всем 93 больным произведена субтотальная резекция щитовидной железы с перевязкой верхних щитовидных сосудов. При тиреотоксической аденоме у 3 человек была сделана субтотальная резекция щитовидной железы с перевязкой верхних щитовидных сосудов, у 5 — резекция доли железы вместе с аденоматозным узлом и у 9 человек — энуклеация аденомы.

Длительность наблюдения больных составляла от 1 года до 17 лет. Из 93 больных первичной базедовой болезнью, перенесших в прошлом субтотальную резекцию щитовидной железы, у 91 наступило выздоровление (исчезли объективные признаки этой болезни и не стало жалоб гипертиреоидного характера).

Больная С., 25 лет, 6/III 1950 г. под местной анестезией 0,25% раствором новокаина произведена субтотальная резекция щитовидной железы с перевязкой верхних щитовидных сосудов. Рана зажила первичным натяжением. 27/III 1950 г. выписана домой в хорошем состоянии (пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, спокойный, прибавила в весе 5 кг, сохраняется незначительный тремор рук). В течение 5 лет после операции чувствует себя здоровой. Основной обмен, сон нормальный, аппетит хороший. В августе 1955 г. больная забеременела; беременность протекала нормально.

Очень часто больные базедовой болезнью жалуются на общую слабость, быструю утомляемость и понижение трудоспособности.

По данным Е. А. Васюковой и И. Б. Хавина, у 80% больных до операции отмечается частая временная нетрудоспособность, а 20% в связи с болезнью были инвалидами (преимущественно II группы). После операции 86% больных, перенесших субтотальную резекцию железы, являются полностью трудоспособными, у 6% трудоспособность не восстановилась.

При оценке трудоспособности наших больных после операции мы исходили из следующих соображений. Трудоспособными считали больных, вернувшихся к своей прежней работе. К ограниченно трудоспособным относили больных, которые переведены на более легкую работу, и к нетрудоспособным — тех, которые совсем не могли трудиться.

У 93 больных, перенесших субтотальную резекцию щитовидной железы по поводу первичной базедовой болезни, не было ни одного нетрудоспособного. 86 из них выполняют ту же работу, что и до операции, а некоторые трудятся с более повышенной нагрузкой. Семь человек не работали по своей специальности; из них 5 оперированы много лет назад, длительное время после операции были трудоспособными, а в момент обследования их возраст превышал 50 лет.

При изучении отдаленных результатов мы определяли функциональное состояние щитовидной железы с помощью радиоактивного йода-131 у одной больной через 3 месяца после операции, а у 5 — в сроки от 10 месяцев до 6 лет 10 месяцев. Делать какие-либо выводы на основании полученных данных затруднительно потому, что нам неизвестен характер поглощения радиоактивного йода у больных до операции. Но все же обследование функционального состояния щитовидной железы таким методом в отдаленные сроки после субтотальной резекции может дать много ценного. Данные, полученные с помощью радиоактивного йода, позволяют судить о нормальной функции щитовидной железы или о ее нарушении. Примером этого могут служить следующие наблюдения.

1. Больная П., 31 года. В январе 1949 г. произведена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу первичной базедовой болезни. В августе 1955 г. при обследовании в клинике у нее отмечен красный дермографизм; дрожания нет, сухожильные рефлексы нормальные, пульс не учащен. Основной обмен не повышен. Больная астенической конституции, незамужняя. 20/XI 1955 г. определено функциональное состояние щитовидной железы с помощью радиоактивного йода. Через 5 минут в щитовидной железе обнаружено 1,8%, радиоактивного йода, через 2 часа 12%, а через 24 часа — 27%, т. е. кривая его поглощения была характерна для нормальной функции щитовидной железы (рис. 1).

2. Больная Р., 37 лет. Поступила в клинику 8/X 1954 г. по поводу тяжелой формы первичной базедовой болезни. После предоперационной подготовки по принятой в клинике методике 29/X 1954 г. под местной анестезией 0,25% раствором новокаина произведена операция — субтотальная резекция щитовидной железы с перевязкой верхних щитовидных сосудов. При гистологическом исследовании установлена базедовая струма. 8/XI 1954 г. определено функциональное состояние щитовидной железы с помощью радиоактивного йода (рис. 2, нижняя пунктирная линия). Начальный процесс поглощения радиоактивного йода идет сравнительно быстро, и кривая несколько «сдвинута» влево. Через 2 часа количество поглощенного радиоактивного йода составило 13%, через 4 часа наступил максимум поглощения (16%). Затем количество йода в щитовидной железе начало уменьшаться, и кривая стала характерной для ба-

базедовой болезни. Однако правая часть кривой характерна для нормальной функции щитовидной железы, так как она постепенно нарастает и достигает максимума (19%) через 21 часа. Таким образом, кривая имеет две вершины. Анализируя ее, можно сделать вывод, что под влиянием вмешательства произошла нормализация функции щитовидной железы, но наряду с этим имеется нарушение функции, характерное для базедовой болезни. Клинически у больной был еще ряд признаков базедовой болезни: остался экзофтальм, потливость, сердцебиение. Через 3 месяца после операции больная обследована повторно; у нее отмечались экзофтальм, лабильность пульса, возбудимость, потливость. Но эти явления были выражены значительно меньше, чем до операции. График контрольного обследования также представлен на рис. 2 (верхняя пунктирная линия). Кривая поглощения радиоактивного йода щитовидной железой на этот раз была более типична для базедовой болезни, чем для нормальной функции железы. Основной обмен составлял $+47\%$ (после операции $+15\%$).

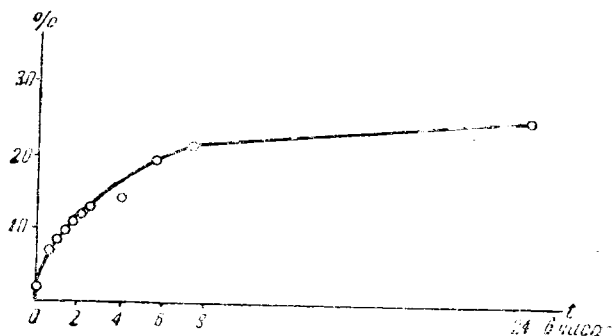


Рис. 1. Кривая поглощения радиоактивного йода щитовидной железой через 6 лет 10 месяцев после субтотальной резекции. Норма.

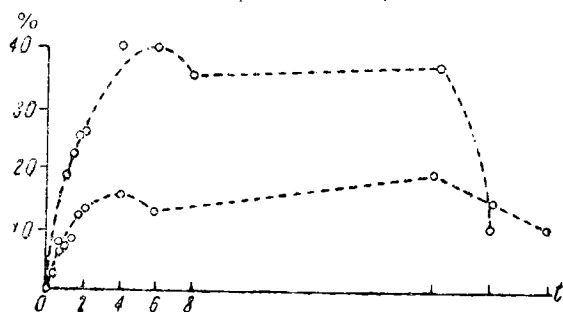


Рис. 2. Кривые поглощения радиоактивного йода щитовидной железой через 10 дней (нижняя пунктирная линия) и через 3 месяца (верхняя пунктирная линия) после субтотальной резекции.

Приведенное выше наблюдение свидетельствует о том, что использование радиоактивного йода в послеоперационном отдаленном периоде дает возможность судить о радикальности операции.

На отдаленные результаты, помимо тяжести и длительности заболевания, возраста больных, а главное радикальности операции, оказывают влияние и другие факторы, в частности семейно-бытовые условия и трудовая деятельность. Лечение больных базедовой болезнью не заканчивается вмешательством; процесс выздоровления продолжается еще несколько месяцев. Поэтому после выписки из клиники оперированный больной должен быть поставлен в наиболее благоприятные условия, щадящие его психику и исключающие все моменты, которые травмируют лабильную нервную систему, не окрепшую от перенесенной им болезни и операции.

При тиреотоксической аденоме отдаленные результаты прослежены у 17 больных, в том числе у 9 после энуклеации аденоматозных узлов. Все они выздоровели и полностью трудоспособны в течение 1—5 лет.

Несмотря на успехи хирургического лечения базедовой болезни, выражающиеся в усовершенствовании операции в отношении радикальности, до сих пор у некоторых больных бывают рецидивы болезни. Чем менее радикальна операция по своему объему, тем чаще наблюдаются рецидивы.

Данные о частоте рецидивов, приводимые отдельными авторами, представлены в таблице.

Послеоперационные рецидивы при базедовой болезни

Авторы	Год опубликования данных	Количество операций	% рецидивов	Методика хирургического вмешательства
С. И. Чертков	1939	59	8,3	В основном гемиструмэктомии
М. Р. Вебер	1940	315	7,2	Субтотальная резекция с перевязкой 4 щитовидных артерий по М. И. Шевкину.
М. И. Шевкин	1941	475	3,7	То же
П. Г. Мелихов	1941	217	1,7	Субтотальная резекция с перевязкой верхних щитовидных сосудов по А. В. Мартынову-Мелихову
П. Г. Часовников	1941	380	3,6	Субтотальная резекция с перевязкой верхних щитовидных артерий
Ф. А. Агафонов (сборная статистика)	1948	43 818	6,4	Материал 60 авторов. Различная методика
О. В. Николаев (Институт эндокринологии)	1952	1 832	0,3	Методика автора
В. Ф. Колосовская	1951	—	4,0	
Е. С. Драчинская	1954	50	2,0	Методика автора
Я. Л. Левин	1955	134	14,0	Клиновидное иссечение железы
Ф. А. Агафонов (Институт эндокринологии)	1955	2379	0,54	Методика О. В. Николаева
Клиника проф. В. Р. Брайтцеля (наши данные)	1956	217	0	Субтотальная резекция с перевязкой верхних щитовидных сосудов

В нашей клинике наблюдалось 5 больных, оперированных в других учреждениях. У всех у них наступил рецидив базедовой болезни. По нашему мнению, причиной этого была нерадикальность предшествующих операций. У 3 человек после гемиструмэктомии рецидивы отмечены через 1—8 месяцев. У одного больного после частичной резекции (удаление $\frac{2}{3}$ правой доли щитовидной железы) наступило незначительное улучшение, продолжавшееся месяц, затем наступил возврат болезни. Через 4 месяца произведена повторная операция — субтотальная резекция левой доли и остатков правой доли щитовидной железы с перевязкой верхних щитовидных сосудов. У второй больной после резекции половины щитовидной железы хорошее состояние отмечено в течение 4 месяцев, затем наступило ухудшение, и через год она поступила в клинику в тяжелом состоянии. Ей также произведена субтотальная резекция щитовидной железы. Третьей больной через 4 года с момента начала болезни в одной из областных больниц была резецирована правая доля щитовидной железы. Послеоперационный период осложнился тяжелым нагноением раны. После операции в течение 8 месяцев больная чувствовала себя здоровой, прибавила в весе, исчезло дрожание. После пребывания на курорте постепенно снова развились явления базедовой болезни. Через 2 года после первой операции в нашей клинике произведена вторая — иссечение послеоперационного рубца, субтотальная резекция левой доли щитовидной железы с перевязкой верхних щитовидных артерий. На месте правой доли обширные плотные рубцы. Рана зажила первичным натяжением. Выпущена со значительным улучшением: пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, тремора нет, боляка спокойна. При гистологическом исследовании щитовидной железы обнаружен паренхиматозно-коллоидный зоб с сосочковыми разрастаниями.

В 1955 г. в клинику поступили 2 больные с рецидивом базедовой болезни после двусторонней резекции щитовидной железы в периферийной железодорожной больнице. У одной больной при обследовании установлена тяжелая форма первичной ба-

зедовой болезни (рецидив после операции), осложненная синдромом Верльгофа. Струма IV степени. Основной обмен $+73\%$. Больным произведена субтотальная резекция щитовидной железы с перевязкой верхних щитовидных сосудов. Обе они поправились.

В ы в о д ы

1. Субтотальная резекция щитовидной железы дает хорошие результаты: почти у 100% больных восстановилась трудоспособность.

2. Исследование функционального состояния щитовидной железы с помощью радиоактивного йода-131 позволяет проследить эффективность вмешательства в отдаленные сроки.

3. Можно допустить, что характер поглощения радиоактивного йода в послеоперационном периоде в дальнейшем будет служить показателем радикальности вмешательства.

Л И Т Е Р А Т У Р А

Агафонов Ф. А. Рецидивная форма базедовой болезни и ее лечение. Канд. дисс., М., 1948. — Агафонов Ф. А. Пробл. эндокринолог. и гормонотер., 1955, т. I, № 3, стр. 22—24. — Васюкова Е. А. и Хавин И. Б. Пробл. эндокринолог. и гормонотер., 1955, т. I, № 4, стр. 3—8. — Вебер М. Р. Нов. хир. арх., 1931, т. 27, кн. 4, стр. 474—490. — Он же. Хирургия, 1940, № 11, стр. 47—54. — Драчинская Е. С. Вестн. хир., 1954, т. 74, № I, стр. 25—29. — Колосовская В. Ф. Гр. госп. хир. клин. и хир. отд. клин. больн. Свердловск. мед. ин-та и гор. клин. б-цы, № I. Свердловск, 1951, т. 5, стр. 54—64. — Леви Я. П., Семенова Г. И. и Царикова Н. Г. Пробл. эндокринолог. и гормонотер., 1955, т. I, № 5, стр. 85—91. — Мелихов П. Г. Базедова болезнь и ее хирургическое лечение. Дисс. М.—Л., 1941. — Мартынов А. В. Нов. хир. арх., 1931, т. 23, № 1—2, стр. 208—209. — Николаев О. В. В кн.: Хирургия эндокринной системы, М., 1952, стр. 85—111. — Розе Ф. Ю. Нов. хир. арх., 1931, т. 23, № 1—2, стр. 201—208. — Часовников П. Г. Вестн. хир., 1941, т. 61, № 3, стр. 315—324. — Чертков С. И. Хирургия, 1939, № 10, стр. 44—49. — Шеванди М. Н. Нов. хир. арх., 1941, т. 49, кн. I, стр. 54—58.

REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF TOXIC GOITER

I. A. Petukhov

Summary

Remote results of 110 operated goiter cases are presented. Follow up observations were up to 17 years. 93 patients were operated for primary diffuse thyroid toxic struma. 17—for thyroid toxic adenoma. In several patients the functional condition of thyroid gland was determined with the aid of radioactive Iodine— 131 in remote periods of time. This test gives an opportunity to find out the efficacy of operative intervention. Subtotal resection of thyroid gland results in recovery and return to work in almost 100% of the patients.