

Доцент А. Я. МИТРОШЕПКО

**Из пропедевтической хирургической клиники
(зав. — доцент А. Я. Митрошенко)**

К ВОПРОСУ ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗОБА

Хирургическое лечение зоба в настоящее время является широко распространенным методом. А ведь всего около 100 лет тому назад струмэктомии, вследствие большой летальности, были запрещены Французской хирургической академией.

В России первая операция по поводу зоба была сделана Н. И. Игноровым в 1847 г. На Урале была сделана первая операция в старом Екатеринбурге в 1850 г. хирургом Миславским А. А. Последний оперировал на щитовидной железе с помощью задвижных пинцетов, причем операция длилась три дня. После трех—четырёх часов работы отдыхал больной, отдыхал и хирург. Зоб был удален с хорошим исходом.

Особое распространение эта операция имела в Швейцарии, где Кохер уже к 1902 г. произвел около 2.500 операций на щитовидной железе.

Хирургическому лечению зоба в России было уделено много внимания такими хирургами, как Вельяминов Н. А., Дьяконов П. И., Бобров А. А., Разумовский В. И., Федоров С. П., Мартынов А. В., Герцен П. А., Розанов В. Н., Оппель В. А. и др.

В последние годы особенно большой опыт накоплен профессором Николаевым О. В. (Москва) — около 4 500 струмэктомий до 1955 г.

Следует отметить, что исходы и эффективность хирургического лечения различных форм зоба имели неодинаковый характер не только у разных хирургов, но в руках одного и того же хирурга в разные периоды его деятельности.

Большое значение для улучшения исходов оперативного лечения зоба имело усовершенствование оперативной техники. Исходы оперативного лечения зоба также значительно улучшились после того, как была введена предоперационная подготовка. Если до 1925 г. этому не уделяли должного внимания и летальность колебалась от трех до 30%, то в последние годы она во многих лечебных учреждениях снижена до нуля.

Так, в госпитальной хирургической клинике Свердловского медицинского института в период с 1933 по 1950 год сделано 139 операций по поводу тиреотоксического зоба без единой смерти.

О. В. Николаев на последнюю тысячу операций по поводу зоба

имел лишь две смерти больных с тяжелойшей марантической формой тиреотоксикоза.

Нами изучены исходы после 151 оперативного вмешательства на щитовидной железе у 148 больных (трем больным операции произведены по поводу рецидивов) в период с 1946 г. по 1955 г., т. е. за 10 лет.

Как правило, почти все больные с эутиреоидной формой зоба с наличием узлов в щитовидной железе поступали в хирургическое отделение областной больницы по направлению врача эндокринологического кабинета; больные с эутиреоидной формой при диффузном увеличении щитовидной железы поступали в хирургическое отделение при отсутствии эффекта от консервативного лечения, проведенного амбулаторно на протяжении 6—8 месяцев. Больные же с тиреотоксическим зобом поступали из терапевтических отделений при безуспешности стационарного консервативного лечения.

Следует сказать, что до 1951 г. струмэктомия у нас была редкой операцией. Так, в 1946 г. произведено 4 струмэктомии, в 1947 — 8, в 1948 — 4, в 1949 — 9, в 1950 — 7 и в 1951 г. — 8 струмэктомий.

Заметное увеличение отмечается с 1952 г. Так, в 1952 г. произведено 16 струмэктомий, в 1953 — 24, в 1954 — 39 и в 1955 — 32 струмэктомии.

По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет — 15%, 21—25 лет — 16,6%, 26—30 лет — 6,1%, 31—35 лет — 16,6%, 36—40 лет — 15%, 41—50 лет, — 22,8%, старше 50 лет — 7,9%.

Из этих данных следует, что до 40 лет зоб нами наблюдался в 69,3%. Если же взять всех больных с зобом в возрасте до 50 лет, то это составит 92,1%. Жителей сельской местности было 62%, жителей г. Витебска — 38%.

Большее количество больных с зобом было из Витебского, Сиротинского, Лиозненского и Лепельского районов, из остальных районов были единичные больные.

По давности заболевания больные могут быть представлены следующим образом:

до 1 года	— 34,7%
от 1 до 2 лет	— 8,3%
2 — 3 года	— 12,5%
3 — 4 года	— 8,3%
4 — 5 лет	— 9,7%
6—10 лет	— 14,0%
свыше 10 лет	— 12,5%

Из этой таблицы видно, что значительное количество больных подверглось оперативному лечению с первый год заболевания (34,7%), а в первые три года — 54%.

У 80 больных (51%) зоб был без явлений тиреотоксикоза, а у 68 больных (46%) зоб с явлениями тиреотоксикоза.

Подготовка больного к операции на щитовидной железе является важнейшим мероприятием, и нередко от правильности и тщательности этой подготовки зависит жизнь больного.

В отношении больных с зобом без явлений тиреотоксикоза подготовка сводилась к принятию профилактических мер, общих для всех операций, исходящих из физиологических основ современной хирургии.

У больных с явлениями тиреотоксикоза производилась специальная подготовка, обращалось внимание на общие укрепляющие мероприятия и применялись медикаментозные препараты.

Общеукрепляющие мероприятия сводились к предоставлению боль-

ному психического и физического покоя с соблюдением строгого постельного режима и усиленного питания. Больных не ограничивали в рационе белков, жиров и углеводов, больной усиленно питался и ел все то, что он желает.

Больным назначали препараты брома и ялерианы, а также люминал, бромурал.

Особое значение в деле подготовки к операции больных с тиреотоксикозом придавали йоду.

Следует отметить, что механизм действия йода при тиреотоксикозе еще недостаточно изучен. Существуют два предположения: 1) йод фиксирует коллоид в нитовидной железе; 2) йод подавляет продукцию тиреотропного гормона в передней доле мозгового придатка. Больным с тиреотоксикозом при наличии мерцательной аритмии назначали микро-дозы йода в сочетании с дигиталисом, внутривенно глюкозу, подкожно инсулин.

Некоторые больные перед операцией получали в терапевтическом отделении 6-метилтиоурацил.

Подготовка длилась около 2—3 недель в среднем. Подготовка некоторых больных, особенно с тяжелой формой тиреотоксикоза, производилась на протяжении 6—7 недель. К переливанию крови в предоперационном периоде не прибегали.

Все операции производились под местной анестезией по методу Вишневого А. В. Предварительно ваго-симпатической блокады не делали. Операции производились 18-ю хирургами, причем у некоторых количество сделанных операций выражалось однозначным числом.

Характер оперативных вмешательств был следующий:

1. Энуклеация узлов и кист — 52.
2. Резекция после предварительной перевязки верхней и нижней щитовидных артерий — 32.
3. Только перевязка всех четырех артерий щитовидной железы — 1.
4. Субтотальных резекций — 66, из них с субфасциальной перевязкой сосудов по методике профессора Николаева О. В. — 42.

При субтотальной резекции всегда оставался участок задней поверхности каждой доли, прилегающий к боковой поверхности трахеи. Перешеек, как правило, рассекался.

У одной больной В., 25 лет, история болезни № 646, оперированной в 1952 г. с тиреотоксическим зобом, перешеек не был удален. Больная от тиреотоксикоза была излечена, стала работоспособной, но косметический результат неудовлетворительный. Раневая поверхность оставшихся частей железы и окружающие ткани промывались 1/4% раствором новокаина. Рана послойно зашивалась. К ложу удаленных долей подводились резиновые пластинки на 24 часа.

С целью устранения аноксемии всем больным с тиреотоксическим зобом во время операции давали вдыхать кислород. Некоторым при кровоточивости или при кровопотере делали переливание крови в количестве 200,0 или во время операции, или в палате сразу после операции. Переливанию крови, как противошоковому мероприятию, мы придавали большое значение.

Выше я указывал, что в трех случаях мы оперировали по поводу рецидива зоба. Рецидивы наблюдались в тех случаях, когда первая операция производилась по методу энуклеации узла. Эти рецидивы заставили пересмотреть нашу тактику в отношении узловых зобов. В дальнейшем во время операции мы детально осматривали остающиеся части щитовидной железы и при обнаружении маленьких узлов удаляли последние вместе с частью доли щитовидной железы.

Удаленные части долей щитовидных желез взвешивались. Самый большой вес удаленной щитовидной железы у больной Ж., 15 лет, (истории болезни № 1136) был 860,0.

Удаленные препараты подвергались гистологическому исследованию, причем в большинстве случаев расхождений между клиническими и патологоанатомическими диагнозами не было.

В одном случае у больной К.-ко, 43 лет, история болезни № 580 (1954 г.), клинический диагноз был зоб Риделя, а при гистологическом исследовании была обнаружена картина тиреоидита, причем воспалительный инфильтрат распространялся по ходу межтучной ткани, захватывая и железистые ячейки.

У больной Л.-ой, 48 лет, история болезни № 1260 (1952 г.), был установлен диагноз до операции аденома щитовидной железы; при гистологическом исследовании обнаружено значительное разрастание соединительной ткани с воспалительным инфильтратом, представляющим картину струмита.

Заслуживает внимание больная Р.-ва, 31 года, история болезни № 739, которая поступила с жалобами на увеличение переднего отдела шеи, головные боли, раздражительность. Больная 9 лет. Был установлен диагноз — узловой зоб правой доли щитовидной железы. 28/VII-50 г. произведена операция — субтотальная резекция правой доли. При гистологическом исследовании обнаружена картина паренхиматозного зоба с признаками атипичного роста эпителия, напоминающая раковые разрастания. Больная подверглась глубокой рентгенотерапии. Прошло пять лет, и в настоящее время она здорова и работоспособна.

Из осложнений после оперативного лечения больных с зобом следует отметить следующее: у четырех больных была обнаружена травма нижнего гортанного нерва, что сопровождалось осиплостью голоса на протяжении 2-6 месяцев с последующим восстановлением голоса. У больной Ж., 15 лет, история болезни № 1136, оперированной в 1947 г., наблюдались в послеоперационном периоде тетания и осиплость голоса. Лечение тетании проводилось хлористым кальцием на протяжении месяца. Выписана после прекращения судорог, но с осипшим голосом. У двух больных послеоперационный период осложнился кровотечением. Привожу краткие выписки из истории болезней.

Больной Р., 21 г., история болезни № 744, поступил в хирургическое отделение 17/VII-1951 г. с диагнозом — паренхиматозный зоб без явлений гипертиреоза. 24/VII года местной анестезией произведена резекция по Мартынову правой и левой долей щитовидной железы. Наложены швы на оставшиеся части щитовидной железы. Резьбовые выпускники к ложу. Через 2 часа появилась резко приток крови, появилась бледность, резкое учащение пульса и затрудненное дыхание. Больной немедленно взят в операционную, сняты все швы. Удалены сгустки крови. Кровотокающий сосуд не обнаружен. В рану заведено 6 марлевых тампонов. Ни одного шва на рану. Внутривенно 10% хлористый кальций, капельное переливание крови 400,0. Сразу же состояние улучшилось, дыхание без затруднений. На следующий день, 25/VII, все тампоны удалены. Кровотечения нет. Наложены швы на мышцы и кожу. 2/VIII сняты швы. Рана зажила частично первичным, частично вторичным натяжением. 18/VIII больной выписан в хорошем состоянии.

В данном случае мы имели кровотечение из мелких сосудов, несмотря на перевязку верхних артериальных стволов щитовидной железы. Излившаяся кровь в области оперативного вмешательства на щитовидной железе привела к асфиксии, и только срочное снятие швов с кожи и мышц, удаление сгустков, тампонада вывели больного из чрезвычайно тяжелого состояния.

У второго больного С., 17 лет, история болезни № 999, оперированного в 1949 году по поводу правостороннего зоба по методу предварительной перевязки верхней и нижней щитовидных артерий справа с последующей резекцией правой доли, небольшое кровотечение в послеоперационном периоде привело к летальному исходу при

явлениях асфиксии, несмотря на немедленное снятие швов через 7 часов после операции и проведенную трахеотомию.

Данные патологоанатомического вскрытия. Диффузный узловатый зоб. Операции — резекция правой доли щитовидной железы. Гематома и диффузное пропитывание клетчатки в области операционного поля из протяжения всего сосудисто-нервного пучка и симпатических узлов справа. Полнокровие легких, печени, почек, селезенки и головного мозга. Операция трахеотомии.

Этот летальный исход был обсужден на патолого-анатомической конференции, где было высказано мнение о том, что смерть в данном случае наступила не от кровопотери, а от паралича центра дыхания рефлекторного характера, вследствие наличия кровоизлияния в области шейных симпатических узлов и блуждающего нерва.

Такое осложнение послеоперационного периода, как нагноение, нами наблюдалось у шести больных. Это осложнение было скоропреходящим в тех случаях, когда лигирование сосудов производилось кетгуттом. У трех больных, где перевязка сосудов производилась с помощью шелковых лигатур, нагноение привело к образованию свищей. Один из них был ликвидирован через 6 недель, два свища ликвидированы через восемь недель после отхождения лигатур.

Выше я указал, что оперативному лечению подверглось 148 больных, из них умерло 6. Все умершие подверглись патологоанатомическому вскрытию. Непосредственной причиной смерти были: кровотечение — у 1 больного, воздушная эмболия — у 1, шок — у 1, тиреотоксикоз и тиреотоксический миокардит — у трех больных.

Представляет некоторый интерес летальность по годам.

Так, из 40 больных, оперированных с 1946 по 1951 г. умерло 4 (10%), а из 108 больных, оперированных с 1952 по 1955 г., всего умерло 2 (1,85%). Эту разницу в исходах после оперативных вмешательств следует объяснить, главным образом, за счет изменения способа операции. Если в первые годы мы пользовались методом перевязки щитовидных артерий и клиновидными резекциями, то в последние годы мы пользовались способом О. В. Николаева — субтотальной резекцией щитовидной железы с субфасциальной перевязкой кровеносных сосудов.

Подтверждением сказанного могут служить следующие наши данные сопоставления характера оперативного вмешательства и летальности.

1) Энуклеация узлов и кист произведена у 52 больных. Летальных исходов не было.

2) Клиновидные и другие виды резекции долей щитовидной железы после предварительной перевязки верхних и нижних щитовидных артерий произведены у 32 больных, из них умерло 3.

3) Перевязка четырех щитовидных артерий без резекции произведена у одной больной с тяжелой марантической формой тиреотоксикоза с летальным исходом.

4) Субтотальная резекция долей щитовидной железы произведена у 66 больных, из них умерли 2. Из числа последних 42 субтотальных резекций с субфасциальной перевязкой сосудов — летальности не было.

В последний год мы не накладывали швов на культю оставшихся частей щитовидной железы и на капсулу. Считаем, что это правильно, как с точки зрения борьбы с послеоперационным тиреотоксикозом, так и возможности прошивания трахеи вместе с оставшейся частью щитовидной железы. Подобный препарат мне пришлось наблюдать при судебно-медицинском вскрытии в 1948 г.

Какова же эффективность оперативного лечения зоба?

Исходы особенно хороши у больных с тиреотоксическим зобом. Уже на 10—14 день после операции больные отмечают значительное улучшение.

ние. Исчезает симптом простыни, исчезает аритмия, уменьшается тахикардия, уменьшается одышка; больные заявляют, что теперь они будут жить и работать.

ВЫВОДЫ

1. Пользование нами до 1953 года методом предварительной перевязки щитовидных сосудов и последующей клиновидной резекцией долей щитовидной железы не гарантировало от повреждения нижне-гортанного нерва, кровотечения, воздушной эмболии и послеоперационного тиреотоксикоза.

2. Пользование нами с 1953 г. способом субфасциальной перевязки сосудов с субтотальной резекцией долей щитовидной железы и полным пересечением перешейки (по Николаеву) предохраняло от указанных выше осложнений в послеоперационном периоде.

3. Больных с тиреотоксическим зобом терапевты должны передавать хирургам для оперативного лечения раньше и не доводить их до состояния резко выраженной сердечной недостаточности.

4. Ближайшие результаты оперативного вмешательства, произведенного при тиреотоксическом зобе по способу клиновидных резекций, не всегда были удовлетворительными. Оперативные вмешательства при тиреотоксическом зобе по способу субтотальной резекции почти у всех наших больных давали хороший эффект и больные из инвалидов 2-й группы делались работоспособными.

ЛИТЕРАТУРА

Алешки Б. В. Развитие зоба и патогенез зобной болезни. Монография. Киев, 1954 г.

Драчакиская Е. С. К технике субтотальной струнэктомии у больных базедовой болезнью. Вестник хирургии, № 5, 1948 г.

Молодан Е. К. Выбор метода обезболивания при операции на базедовом зобе. Хирургия, № 5, 1949 г.

Николаев О. В. Хирургия эндокринной системы. Монография, Москва, 1952.

Семенов В. С. Хирургическое лечение тяжелых форм тиреотоксического зоба. Хирургия, 11, 1955.

Соколов Н. В. Ограничительное торможение при хирургическом лечении больных тиреотоксикозами. Хирургия, № 2, 1954 г.

Стукалюк А. М. Чрезмерный большой коллоидный зоб. Хирургия, № 11, 1955 г.

Шерешевский П. А. Тиреотоксикозы. Монография, Москва, 1951.

Яхимова Л. П. Анализ причин послеоперационной летальности при базедовой болезни. Хирургия, № 11, 1955 г.