

241981

ТАРТУСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Э. К. ТЭЭЯЭР

**О ЗНАЧЕНИИ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
РЕАКЦИИ НА ИСХОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Diss. Tart.

360161

ТАРТУ 1967

Э. К. ТЭЭЯЭР

**О ЗНАЧЕНИИ ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
РЕАКЦИИ НА ИСХОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ТАРТУ 1967

Диссертационная работа выполнена при кафедре госпитальной хирургии Тартуского государственного университета (зав. кафедрой и консультант работы — доцент Х. Х. ПЕТЛЕМ.)

Научный руководитель — доцент, канд. мед. наук А. Г. КЛИИМАН.

Диссертация написана на эстонском языке под заглавием «Operatsiooni-järgse reaktsiooni ravi mõjust türeetoksilise struuma resektsiooni tulemustele».

Рукопись содержит 359 страниц машинописного текста и состоит из следующих разделов: Введение — 4 стр.; I Обзор литературы — 63 стр.; II Заключение и цель работы — 2 стр.; III Данные о методике работы — 9 стр.; IV Анализ наблюдений и исследований — 119 стр.; V Обсуждение результатов работы — 22 стр.; VI Заключение — 5 стр.; VII Выводы — 2 стр. Список литературы включает 469 наименований. В тексте работы имеется 55 таблиц, 13 рисунков и фотографий. Приложение (77 стр.) содержит 31 протокол клинических и лабораторных исследований, выписки из 9 историй болезни и фото больных.

Официальные оппоненты:

Заслуженный деятель науки ЭССР, доктор мед. наук, профессор
А. Я. ЛИНКБЕРГ.

Кандидат мед. наук, старший преподаватель Э. Ф. ВАСАР.

Защита назначена Советом медицинского факультета Тартуского государственного университета на «23.» 1967 г.

Дата отправления автореферата «23.» 1967 г.

И. Маароо

Ученый секретарь ТГУ:
(И. МААРООЗ)

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu

425910

Эстонская ССР признана очагом эндемического зоба умеренной степени (В. Н. Пашков, 1966). Профилактика и лечение этого заболевания является одной из весьма актуальных проблем в республике.

Как известно, хирургическое лечение тиреотоксического и эутиреоидного зоба по радикальности и стойкости отдаленных результатов занимает ведущее место среди других методов лечения. Однако оперативное лечение зоба связано с возможностью развития ряда опасных для жизни больного осложнений. Считается, что риск увеличивается по мере выраженности тиреотоксикоза и тяжести самой операции. Наиболее опасным периодом в ходе хирургического лечения тиреотоксического зоба являются операционный и 1—3-дневный послеоперационный периоды. В это время у больных может наступить резкое усиление признаков, характерных для тиреотоксикоза. Такая реакция различными авторами именуется по-разному — «тиреотоксическим кризом», «тиреотоксической атакой», «тиреотоксическим шоком» и т. д. По данным литературы, тиреотоксическая реакция среди оперированных больных встречается в 1,5—25%, а по данным В. Ф. Колосовской (1951) — даже до 65% случаев. Однако среди причин послеоперационной смертности больных тиреотоксикозом послеоперационный криз стоит на первом месте (Е. К. Молодая, 1943; Н. С. Малюгин, 1961).

В ходе хирургического лечения тиреотоксического зоба сущность указанной реакции в достаточной мере еще не выяснена. В целях уменьшения ее развития во время и после операции широко используются профилактические мероприятия, направленные на максимальное снижение тяжести тиреотоксикоза в ходе подготовки больных к операции (В. Г. Баранов, 1962), а также усовершенствование методики самой операции (О. В. Николаев, 1951 и др.). Значительный успех в хирургии зоба был достигнут благодаря подготовке больных к операции йодом по Плюммеру (H. S. Plummer, 1923) и особенно — антитиреоидными средствами (Е. В. Astwood, D. H. Solomon, 1943). При их применении снижалась выраженность и частота реакции и этим уменьшался риск операции тиреотоксических больных. Однако указанное лечение не всегда обеспечивало существенное уменьшение выраженности

тиреотоксикоза при подготовке больных к операции. Часто медикаментозной терапией не удается добиться успеха, особенно при бурном развитии тиреотоксикоза. В ряде случаев больные не переносят специфические для тиреотоксикоза средства. Кроме того, существует категория больных, которые отказываются от продолжительного медикаментозного лечения. В связи с этим возникает необходимость применения оперативного лечения зоба в состоянии выраженного тиреотоксикоза. Успех операции у таких больных определяется целесообразным и эффективным лечением реакции, развивающейся во время операции и в послеоперационный период. Разработка методов лечения тиреотоксической реакции непосредственно в момент возникновения ее является актуальной в связи с тем, что часть больных тиреотоксикозом могут быть подвергнуты оперативному вмешательству по поводу острых хирургических заболеваний (аппендицит, холецистит, травмы и т. д.). Как известно, неотложная операция больных в состоянии тиреотоксикоза вызывает развитие реакций, подобно «тиреотоксическому кризу» после резекции зоба (G. M. Curtis, J. Hirst, 1905; Ch. Mayo, 1912; Я. М. Волошин, 1936 и др.). Следовательно, вопрос непосредственного лечения указанной реакции в первые послеоперационные дни остается актуальным и в условиях применения специфической терапии.

В настоящее время в лечении послеоперационной реакции широкое применение нашли общие лечебные мероприятия, успешно используемые при шоке, интоксикации и других состояниях больных, как, например, переливание крови и кровезаменителей, кислородотерапия, лечение сердечными гликозидами и пр. Более специфического действия на послеоперационную реакцию у больных тиреотоксикозом пытались достичь применением в послеоперационный период препаратов йода и антитиреоидных средств (В. А. Оппель, 1929; Н. М. Clute и др., 1941), а в последнее время — назначением препаратов коры надпочечников (О. В. Николаев, 1952; А. Н. Люлька, 1954 и др.). Однако перечисленные методы лечения все же не гарантируют в достаточной степени благоприятного исхода операции у больных тиреотоксикозом. Следовательно, возникает необходимость изучения возможностей более эффективного лечения таких больных в операционный и послеоперационный периоды. Особый интерес представляют исследования двух последних десятилетий, направленные на использование новых сфер воздействия при лечении тиреотоксической реакции. К ним относятся прежде всего работы, изучавшие действие снотворных и психофармакологических средств на клинические проявления тиреотоксикоза. Многие отечественные авторы (И. В. Соколов, 1954; Я. Леви, 1954; Е. Т. Эзернетис, 1956 и др.) применяли в период до- и послеоперационного лечения зоба медикаментозную терапию сном. Ряд авторов считает целесообразным при оперативном лечении больных тиреотоксикозом назна-

чение ганглиолитических средств (резерпин, гексаметоний), а также применение гибернационной терапии (R. Frey, 1953; I. Bellucci, 1954; W. Naumann и R. Voss, 1955; J. J. Canary, 1957). В. А. Неговский (1957) в целях воздействия на послеоперационную реакцию у больных тиреотоксикозом рекомендовал использование принципа понижения реактивности организма методом гибернации. Этот принцип при лечении больных тиреотоксикозом впервые практически был применен R. Frey в 1953 г., а затем I. Bellucci (1954), W. Naumann и R. Voss (1955), Г. П. Смирновым (1956) и В. С. Семеновым (1957) и др. Официальное признание в хирургическом лечении больных тиреотоксикозом это направление получило в 1960 г. на Конгрессе анестезиологов и в 1961 г. на Международном конгрессе хирургов. Но, несмотря на это, литературных данных об использовании гибернационной методики для воздействия на послеоперационную реакцию больных тиреотоксикозом относительно мало и они проведены на небольшом числе больных (Б. В. Петровский и В. С. Семенов, 1961; И. С. Полещук, 1964 и др.). О систематическом применении гибернационной терапии в лечении послеоперационной реакции у больных тиреотоксикозом в доступной нам литературе данных не имеется.

В клинике госпитальной хирургии Тартуского государственного университета в течение многих лет занимались изучением патологии операционного периода у больных тиреотоксикозом. Больше всего внимания уделялось изучению патологии послеоперационного периода. В диссертационной работе приведен анализ результатов действия пирамидона, отечественных ганглио- и нейролитических средств (гексаметония, аминазина, пропазина), литических смесей, а также действие искусственного охлаждения на уменьшение послеоперационной реакции больных тиреотоксикозом. Указанную методику лечения в клинике стали применять с 1955 г. — вначале в целях потенцирования анестезии, а с 1960 г. как метод лечения послеоперационной тиреотоксической реакции. За период 1960—1965 гг. систематически применялись пирамидон, нейролитические средства и искусственное охлаждение с целью купирования послеоперационной реакции у 234 больных. Резекция зуба в клинике за этот период была проведена у 1090 больных. Указанное лечение использовали в наиболее тяжелых и осложненных случаях тиреотоксикоза.

Для характеристики основной группы больных в диссертации приводятся показатели тяжести, длительности заболевания, о наличии сопутствующих заболеваний и состоянии системы органов. Дается также описание применяемой в клинике операционной методики и подготовки больных к операции. Результаты лечения больных анализируемой группы сравниваются в диссертации с исходом оперативного лечения другой группы

больных тиреотоксикозом (423 случая), находившихся на лечении в период 1953—1958 гг., которым до операции назначалось лечение йодом, антитиреоидными средствами, снотворными и в первые 1—2 дня после операции проводилась терапия сном. Кроме того, результаты лечения основной группы больных тиреотоксикозом сопоставляются с исходами хирургического лечения по данным литературы. Приведен анализ результатов применения литических средств и искусственного охлаждения. В диссертации изучены вопросы о показаниях и объеме переливания крови и кровезаменителей, а также представлены принципы лечения кислородом, уход за внешним дыханием и значение выбора метода анестезии. В работе описаны два случая клинической смерти больных тиреотоксикозом, наступившей в период послеоперационной реакции. В указанных случаях с успехом была применена реанимация с последующим полным выздоровлением больных.

ОБЩИЕ ДАННЫЕ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗОБА

Общее количество оперированных в нашей клинике больных зобом (1800) распределялось по возрасту следующим образом: до 9 лет — 0,1%, 10—19 лет — 2,0%, 20—29 лет — 14,9%, 30—39 лет — 25,8%, 40—49 лет — 25,4%, 50—59 лет — 22%, 60—69 лет — 8,6% и 70—79 лет — 1,2%. Процент оперированных больных старше 60 лет за период 1959—1965 гг. составил 11,1, что указывает на достаточно большое количество среди нашего контингента оперированных за последний период больных людей старшего возраста. По степени тяжести заболевания наши больные подразделялись следующим образом: больные с гипо- и эутиреоидным зобом — 16,5%; с легким тиреотоксикозом — 39,3%; с тиреотоксикозом средней тяжести — 29,9% и с тяжелой и осложненной формами тиреотоксикоза — 14,3%. Больные тиреотоксикозом базедова типа составляли в исследуемой группе 20%, с рецидивом зоба после операции — 4,4%. По форме зоба больных распределяли: диффузный тиреотоксический зоб — 38%, узловой зоб — 27,6% и смешанный зоб — 34,4%. Степень тиреотоксикоза определяли по клиническим признакам, показателям поглощения щитовидной железой радиоiodа, основного обмена и др. В группу с тяжелой степенью тиреотоксикоза отнесены больные с выраженной недостаточностью сердечно-сосудистой системы, адренокортикальной недостаточностью, поражением печени, тяжелыми нарушениями функций центральной нервной системы (выраженная психомоторная лабильность). К этой же группе причислены также больные, у которых имело место быстрое развитие тиреотоксикоза, не поддающегося медикаментозной терапии. В основной группе оперированных больных зобом

бом клинико-рентгенологических исследованиями определяли признаки патологического состояния сердечно-сосудистой системы, сопутствующие заболевания легких и др. (табл. 1 и 2).

Нарушения сердечно-сосудистой системы

Таблица 1

Периоды Вид нарушения	1953—1958 гг.		1959—1965 гг.	
	количество случаев	% от общего числа больных	количество случаев	% от общего числа больных
Гипертрофия сердечной мышцы	70	19,7	277	27,9
Миопатия и дилатация сердца	38	10,7	142	14,3
Митральная или аортальная конфигурация сердца	15	4,2	21	2,1
Абсолютная аритмия	5	1,4	28	2,8
Застойные явления в малом кругу	6	1,7	22	2,2
Число исследованных больных	356		994	

Сопутствующие заболевания

Таблица 2

Периоды Заболевание	1953—1958 гг.		1959—1965 гг.	
	количество случаев	% от общего числа больных	количество случаев	% от общего числа больных
Артериосклероз	68	19,1	145	14,6
Артериальная гипертония	14	3,9	16	1,6
Эмфизема легких	17	4,8	45	4,5
Туберкулез легких	17	4,8	55	5,5
Бронхиальная астма	—	—	2	0,2
Сахарный диабет	2	0,6	4	0,4
Прочие заболевания	23	6,5	125	12,6
Число исследованных больных	356		994	

При этом следует отметить, что из 356 исследованных за период 1953—1958 гг. больных тиреотоксикозом зарегистрирован только I случай (0,3%) выраженной недостаточности сердечно-сосудистой системы, т. е. со II^б и III стадиями заболевания.

Однако за последний период нашей деятельности количество таких больных составило 18 (1,8%) из 994 исследованных. Адренкортикальная недостаточность отмечена у 17,4% из 976 обследованных больных — определяли ее по пробе Робинсон-Пауэр-Кеплера, тесту Торна и др. Из вышеприведенных данных видно, что количество операций в осложненных случаях тиреотоксикоза за последний период увеличилось в связи с расширением показаний к оперативному лечению тяжелых больных тиреотоксикозом. Это вызвано началом применения с 1959 г. нейроанглиолитических средств для активного послеоперационного ведения больных. В целях снижения послеоперационной реакции в тяжелых случаях заболевания стали систематически применять искусственную гибернацию. Все это позволило избежать длительной подготовки больных к операции путем антитиреоидной специфической терапии.

С целью изучения результатов операций у больных тиреотоксикозом, проведенных на фоне различной методики лечения, исследуемые больные подразделялись на две группы. К первой группе отнесены больные, оперированные в течение 1953—1958 гг., 423 случая резекции зоба. Вторую группу составляли больные, подвергнутые резекции зоба в 1959—1965 гг. — 1090 случаев. Дополнительно к работе приведен материал о больных, оперированных в 1966—1967 гг., — для обсуждения вопросов анестезии и послеоперационной гибернации (200 случаев). За рассматриваемый период оперативное лечение зоба изменилось только в принципе подготовки больных и операционного и послеоперационного их лечения. Однако методика и техника проведения операций оставались неизменными в течение всех исследуемых периодов. Мы в течение всего периода работы применяли метод субтотальной резекции зоба по О. В. Николаеву путем субкапсулярного отделения и лигирования сосудов. Техническое осуществление операции проводилось посредством пересечения перешейки и медиального отделения долей железы, описанной А. Г. Клийманом (1956). Указанный метод операции постоянно применяется с 1952 г.

Следовательно, полученные результаты оперативного лечения тиреотоксического зоба следует связывать прежде всего, с изменением принципов предоперационной подготовки и операционного и послеоперационного лечения.

В связи с расширением показаний к оперативному лечению тяжелых и осложненных случаев тиреотоксикоза, отказ от оперативного лечения из-за тяжести и запущенности болезни имел место только в одном случае, в связи с глубокими необратимыми изменениями жизненно важных органов и старческого маразма больного.

Показания к резекции в нашей клинике, как видно из вышеизложенного, были весьма широкими, в частности при запущен-

ном состоянии болезни и у больных старческого возраста. Это подтверждается ростом количества операций тяжелых и запущенных форм тиреотоксикоза, а также оперированных больных с сопутствующими заболеваниями.

Таким образом, с 1959 г. при подготовке к операции, как уже упоминалось, мы не применяли специфических противотиреоидных средств. В этот период мы оперировали больных с различной степенью тиреотоксикоза. Перед операцией обращали внимание на психическую подготовку больных — важна убежденность больных в хорошем исходе оперативного лечения. В ночь перед операцией больным при необходимости назначали снотворное — димедрол, пипольфен, андаксин или барбитураты. Кроме того, некоторым больным при сердечно-сосудистой недостаточности II^б и III стадий, проводилось дегидратационное лечение, направленное на существенное уменьшение отека и асцита. С этой целью на фоне дачи сердечных глюкозидов (строфантин) назначались мочегонные препараты, в основном гипотиазид. В случае выявленной функциональной недостаточности коры надпочечников, применяли, как правило, субституционную терапию. Наряду с назначением глюкокортикоидов, в течение 2 дней перед операцией у отдельных тяжелых больных, при обезвоживании в результате непрерывной рвоты и поноса, применяли адекватную инфузионную терапию. За полчаса до операции больному вводили внутримышечно литическую смесь следующего состава:

- 1 мл 2% раствора промедола,
- 2 мл 2,5% раствора аминазина,
- 2 мл 2% раствора димедрола,
- 5 мл 5% раствора пирамидона.

Указанная смесь назначалась больным при проведении операции под местным обезболиванием. Общее обезболивание начинали с введения внутривенного наркоза, а затем переходили на ингаляционный наркоз.

Из общего количества оперированных больных, потенцированная местная анестезия применена в 98,1, а наркоз — только в 1,9% случаев. В 1966 г. под наркозом было оперировано 15,7% больных тиреотоксикозом. Наркоз ($N_2O + O_2$), как правило, применяли в более тяжелых и осложненных случаях, в частности, если больные испытывали страх перед операцией. В принципе же мы придерживаемся мнения, что такое широкое использование местного обезболивания при резекции тиреотоксического зоба необосновано. Из литературных данных следует, что у больных, особенно во время резекции тиреотоксического зоба в условиях местного обезболивания, к концу операции появляются симптомы гипоксемии (А. Н. Орлов, 1964; В. П. Островский, 1964). Проведение указанных операций с применением современного наркоза

вполне возможно без развития состояния гипоксемии. Наши наблюдения показывают, что у больных тиреотоксикозом, оперированных под наркозом, главным образом в день операции послеоперационная реакция отсутствовала или была менее выражена, чем у больных, оперированных под местным обезболиванием. При этом на основании нашего опыта следует отметить, что повреждения возвратного нерва в условиях общего наркоза встречаются не часто и вполне устранимы при четком соблюдении осторожной современной техники резекции зоба. Поэтому применение современного наркоза при резекции зоба целесообразно рекомендовать подавляющему большинству больных тиреотоксикозом. Явное преимущество современного общего обезболивания над местным при тяжелом состоянии тиреотоксикоза выражается прежде всего в более гладком операционном и послеоперационном течении последнего.

Развитие у больного во время операции грозных признаков тиреотоксической реакции (повышение кровяного давления и температуры тела, учащение пульса и т. д.) нами предупреждалось путем введения ганглио-нейролитических средств, а в некоторых случаях прибегали дополнительно к физическому охлаждению больного. Последнее мероприятие особенно удобно проводить в условиях общего наркоза.

В работе изучалось также влияние операционной травмы на характер течения послеоперационного периода. Критерием оценки тяжести операционной травмы служили технические трудности отделения зоба, продолжительность операции и наличие осложнений во время проведения ее (кровотечение, повреждение возвратного нерва и др.). Таким образом, все операции по своей травматичности подразделяются на: легкие, — 40,1% общего количества случаев; средней тяжести — 53,9% и тяжелые — 6%. Тяжелыми считались операции, продолжавшиеся более 2 часов и связанные с техническими трудностями при осуществлении. Количество тяжелых операций соответствовало примерно количеству больных, которым во время операции производили переливание крови. С целью адекватного замещения потери крови переливание ее было проведено у 5,2% общего количества оперированных больных. Количество потери крови во время резекции зоба определяли гравиметрическим и колориметрическим методами (по Сагайдаку) у 47 больных. Установлено, что это количество кровопотери находилось в пределах 27—480 г. Причем у больных с нормальным содержанием гемоглобина потери 300—350 г крови не вызывали его существенного снижения, т. е. ниже 1,6 г%. В начале нашей работы, исходя из литературных данных, показания к переливанию крови определялись в зависимости от тяжести тиреотоксического состояния больного с целью проведения в тяжелых случаях заболевания профилактики послеоперационной реакции. В большинстве случаев применялось перели-

вание небольших (до 250 мл) количеств консервированной крови. Такие переливания крови в первый период работы проводились во время и после операции подавляющему большинству тяжелых больных тиреотоксикозом — 13,2% случаев. В связи с тем, что это заметного улучшения в течение послеоперационного периода не вызывало, мы отказались от подобных переливаний крови. В последний период работы переливание крови при резекции зоба предпринимали только с целью адекватного замещения ее потери и достижения нормального содержания гемоглобина крови. Основываясь на данных количества кровопотери и падения гемоглобина крови и др., выяснили, что потребность в переливании крови оперируемым больным зобом в этот период значительно уменьшилась — 2,5% общего числа оперированных. Мы считаем, что переливание крови во время резекции зоба следует проводить по показателям количества кровопотери, падению процента гемоглобина и гемодинамическим сдвигам (падение кровяного давления и др.). Переливания крови, предпринимаемые в целях профилактики послеоперационной реакции при нормальных показателях гемоглобина крови и проч., нельзя считать достаточно обоснованными. При развитии тяжелой тиреотоксической реакции переливание крови как лечебное мероприятие, направленное на профилактику и лечение ее, является неэффективным.

В диссертации изучались вопросы операционного доступа и технического осуществления резекции зоба.

Наш опыт составляет 1800 операций зоба, проведенных в клинике в течение послевоенных лет. Резекцию зоба, при обычном, а также и загрудинном его анатомическом расположении, проводили нижним воротникообразным шейным разрезом по Кохеру. Мы считаем, что указанный шейный доступ является вполне достаточным для операционного выделения загрудинно расположенного зоба. К трансторакальному, как более травматичному доступу, следует прибегать только при операциях по поводу расположенного в средостении аберрантного зоба. Нами последний доступ был применен только в 1 из 42 случаев ретростерального расположения зоба, когда аберрантная аденома щитовидной железы находилась в средостении ниже дуги аорты.

У подавляющего большинства больных была произведена субтотальная резекция зоба по О. В. Николаеву. При увеличении щитовидной железы в виде одиночных узлов у некоторых больных мы проводили энуклеацию их или гемиструмэктомию. У детей и подростков, а также при операциях зоба после перенесенного струмита и лечения радиоактивным йодом, резекцию зоба проводили с сохранением оставляемой культы щитовидной железы, как правило, нескольких больших размеров, чем обычно. В таких случаях весьма важным является выбор объема резекции зоба. Обычная радикальная субтотальная резекция у подоб-

ных больных может привести к стойкой недостаточности функций щитовидной железы — гипотиреозу.

Таким образом, из общего количества оперированных нами больных осложнения, связанные с оперативным вмешательством по поводу резекции зуба, наблюдались:

повреждение возвратного нерва	— у 1,1% больных,
гипопаратиреоз	— у 0,6% „
послеоперационные кровотечения	— у 0,3% „

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАКЦИИ

В работе проведено подробное изучение вопросов, связанных с выяснением клинических проявлений послеоперационной реакции с целью определения их более результативного лечения.

В изучении данного вопроса имелись затруднения, обусловленные отсутствием объективной и простой классификации для определения степени тяжести послеоперационной реакции. В связи с этим частота проявления послеоперационной реакции при резекции зуба, по данным различных авторов, является весьма переменной. Б. В. Петровский и В. С. Семенов (1961) приводят данные авторов стран народной демократии, которыми послеоперационная реакция у оперированных ими больных выявлена в 2,5—15% случаях; у отечественных авторов эта цифра составляет 1,3%. Приведенная разница, несомненно, свидетельствует о различных критериях в оценке послеоперационной реакции.

В своей работе мы исходили из предположения, что послеоперационная реакция при всех степенях проявления является по существу одним и тем же патогенетическим процессом. Различия ее выражаются прежде всего в интенсивности и клинических формах проявления. В соответствии с этим, нами отмечены 3 типа реакций:

- 1) реакция с преобладанием клинических признаков со стороны сердечно-сосудистой системы;
- 2) реакция с преобладанием клинических проявлений нарушения терморегуляции;
- 3) реакция с преобладанием клинических проявлений со стороны центральной нервной системы.

Клинические наблюдения показывают, что первый и второй типы реакции встречаются относительно чаще, по сравнению с третьим.

Критерием в оценке наличия и выраженности послеоперационной реакции служили показатели уровня повышения температуры тела, учащения пульса, повышения кровяного давления и

выраженности психомоторной лабильности больных по отношению к указанным показателям дооперационного периода.

Оперированные за период 1959—1965 гг. больные зобом распределялись по послеоперационному течению и выраженности реакции следующим образом (% случаев из общего числа больных):

- | | |
|--|---------|
| 1) без клинических признаков послеоперационной реакции | — 6,6; |
| 2) с отдельными симптомами послеоперационной реакции | — 72,4; |
| 3) с явно выраженными симптомами послеоперационной реакции | — 19,1; |
| 4) с симптомами тяжелой послеоперационной реакции | — 1,9. |

Наличие симптомов послеоперационной реакции у значительного количества наших больных частично объясняется тем, что подавляющее большинство оперированных нами были тиреотоксические больные, не получавшие эффективной специфической анти тиреоидной предоперационной подготовки. Это было вызвано тем, что мы не требовали максимального снижения явлений тиреотоксикоза к моменту операции.

С целью объективной характеристики послеоперационного течения и оценки выраженности реакции проводили постоянную регистрацию следующих данных с занесением в карточку наблюдений:

Число и время наблюдения (часы)	Кровяное давление	Частота пульса	Температура тела	Частота дыхания	Суммарное количество жидкости		Лечение
					введено энтерально или парентерально	выведено	

Такой систематический учет клинических показателей течения создает правильное представление о состоянии больного в целях своевременного обеспечения активного лечения в послеоперационный период. Для такого лечения, направленного на предупреждение развития опасной реакции в послеоперационный период, была использована нижеследующая методика.

При преобладании у больного симптомов послеоперационной реакции повышения температуры тела, лечение начинали, соглас-

но рекомендации О. В. Николаева, с внутримышечного введения 5% раствора пирамидона в дозе 5 мл. Ослабленным и тяжелым больным такое лечение назначали при повышении температуры до 37,5°, а в более легких случаях — при повышении температуры до 38°. Если вслед за этим температура тела стабилизировалась или падала и других выраженных симптомов послеоперационной реакции не отмечалось, то медикаментозное лечение в послеоперационный период ограничивалось указанным. В тех случаях, когда не имели достаточно положительного эффекта после введения пирамидона и постепенное повышение температуры сопровождалось развитием других симптомов послеоперационной реакции (учащение пульса, повышение кровяного давления, психомоторная лабильность, учащение дыхания и т. д.), лечение определялось назначением ганглио- и нейролитических средств или литической смеси.

При определении выраженной послеоперационной реакции с преобладанием сдвигов сердечно-сосудистой функции (учащение пульса и повышение кровяного давления), лечение послеоперационной реакции начинали с внутримышечного введения 2% раствора гексония или гексаметония в дозе 0,5—1,2 мл. Дозировка ганглиолитических средств определялась в зависимости от чувствительности к ним больного. Первичное назначение не должно превышать дозы 0,5 мл 2% раствора гексония или гексаметония. В последующих назначениях следует учитывать, что при применении этих средств постепенно развивается тахифилаксия.

В тех случаях, когда в послеоперационной реакции преобладали явления психического или моторного возбуждения, лечение послеоперационной реакции, как правило, начинали внутримышечным введением 2,5% раствора аминазина в дозах до 2,0 мл. Если же использование вышеперечисленных средств оказывалось недостаточно для торможения послеоперационной реакции, лечение продолжали назначением литических смесей. При смешанном осложненном типе реакции литические смеси применялись в различных комбинациях (табл. 3).

Как видно из таблицы, литические смеси мы использовали чаще всего в сочетании препаратов: гексаметоний, аминазин, пирамидон, димедрол и промедол. Эти смеси обладали основными действиями, рекомендованными уже А. Лабори и П. Гюенаром (1954). Для снятия опасных признаков послеоперационной реакции в 29 случаях на фоне действия литических смесей было проведено искусственное охлаждение больных. Охлаждение осуществлялось электровентилятором и в прохладном помещении путем обвертывания больного влажными простынями или прикладыванием мешков со льдом. При охлаждении больного максимальное падение температуры тела, необходимое для снятия послеоперационной реакции, проводилось до 34,9°С — под-

мышечно. Охлаждение проводилось в условиях блокирования терморегулирующих механизмов. При появлении у больного холодовой реакции (дрожь, гусиная кожа) мы углубляли блокаду литической смесью или прекращали дальнейшее охлаждение.

Таблица 3

Сочетание литических и других смесей, использованных для лечения послеоперационной реакции и частота их применения

	Число больных	Кол-во назначений (раз)
Гексаметоний + пирамидон	58	78
Гексаметоний + пирамидон + димедрол	14	20
Гексаметоний + димедрол	13	14
Гексаметоний + промедол	10	10
Гексаметоний + пирамидон + промедол	7	9
Гексаметоний + анальгин	8	13
Гексаметоний + димедрол + промедол	4	6
Гексаметоний + аминазин + димедрол + промедол	8	10
Гексаметоний + аминазин + пирамидон + димедрол	6	6
Гексаметоний + аминазин + пирамидон	6	7
Гексаметоний + аминазин + димедрол + анальгин	1	2
Гексаметоний + аминазин	14	20
Аминазин + димедрол	25	39
Аминазин + пирамидон	22	26
Аминазин + промедол	10	22
Аминазин + пирамидон + димедрол + промедол	9	10
Аминазин + пирамидон + димедрол	7	8
Аминазин + димедрол + промедол	7	8
Пропазин + пирамидон + димедрол	4	7
Пропазин + димедрол + новокаин	2	8
Пирамидон + промедол	10	10
Димедрол + промедол	9	13

Наряду с применением искусственной гипбернации и поверхностной гипотермии, для купирования послеоперационной реакции у тяжелых больных мы одновременно применяли постоянную ингаляцию кислородом, субституционную терапию и другие лечебные мероприятия (назначение глюкокортикоидов, глюкозидов, инфузий и т. д.). Указанная терапия определялась в течение гипбернации в зависимости от выраженности, симптоматики и данных постоянного наблюдения за больным.

Кроме того, в диссертации представлены данные о действии вышеописанных литических веществ и их смесей и охлаждения на основные симптомы послеоперационной реакции.

Действие пирамидона (вводимого в дозе 0,25 г) наблюдали у 113 больных. Оказалось, что под действием препарата темпе-

ратура тела у подавляющего большинства больных с реакцией падала в среднем на $0,45^{\circ}\text{C}$, а в отдельных случаях даже на $1,4^{\circ}\text{C}$. Кроме того, в результате действия пирамидона наблюдалась тенденция к снижению частоты пульса и пульсового давления. Максимальное действие достигалось через 2—3 часа после внутримышечного введения пирамидона.

Действие гексаметония наблюдали у 92 больных. Однократная доза введения в наших наблюдениях составляла 0,3—1,5 мл 2% раствора (6—30 мг). Под действием гексаметония как систолическое, так и пульсовое давление во всех случаях снижались. Особенно заметное снижение наблюдалось у больных, показатели кровяного давления которых до введения препарата были относительно высокими. Наряду со снижением артериального давления, у больных под действием гексаметония отмечалось также уменьшение частоты пульса. На температуру тела гексаметоний в наших наблюдениях действия не оказывал. Следовательно, под действием гексаметония снижалось напряжение функции сердечно-сосудистой системы, часто наблюдавшееся у больных тиреотоксикозом во время послеоперационной реакции.

Действие аминазина (в дозах 25—50 мг) заметнее всего проявлялось в снижении гиперкинезии и психического возбуждения. В 30 случаях наблюдений статистически достоверных изменений со стороны частоты пульса и пульсового давления и температуры тела отмечено не было, хотя все же наблюдалась тенденция к снижению этих показателей под действием препарата.

В итоге следует отметить, что действие аминазина, гексаметония и пирамидона в отдельности на проявления послеоперационной реакции является односторонним. Пирамидон более эффективно действует на снижение температурной реакции организма, не оказывая существенного влияния на гемодинамические показатели и психомоторные проявления реакции; гексаметоний благоприятно действует на уменьшение напряжения сердечно-сосудистой системы, однако не оказывает влияния на температуру тела и психику; аминазин в свою очередь успешно купирует психомоторное возбуждение, не оказывая стабильного действия на гемодинамику и температуру тела.

В литических смесях действующие компоненты применялись в тех же или меньших дозах, по сравнению с их применением в отдельности (составы смесей приведены в табл. 3). При анализе фармакологического действия смесей оказалось целесообразным разбить их на следующие основные группы:

- 1) литические смеси, содержащие гексаметоний,
- 2) " " " аминазин,
- 3) " " " гексаметоний и аминазин,
- 4) " " " пропазин.

Каждую группу можно было бы подразделить еще на содержащие и не содержащие пирамидон. Последние обладают опре-

деленным действием в составе литической смеси и играют большую роль при купировании реакции. Димедрол вводится в смесь для достижения антигистаминного и противоаллергического действия и не оказывает прямого действия на показатели послеоперационной реакции. Промедол добавляется как болеутоляющее средство. Чаще всего мы использовали (99 раз) смеси, содержащие гексаметоний и пирамидон. Эти смеси оказывали благоприятное действие на гемодинамику и температуру тела, а именно: снижали повышенное кровяное давление, уменьшали частоту пульса, а также понижали температуру тела. Повышение температуры тела и учащение пульса и кровяного давления были наиболее частыми симптомами реакции после резекции зуба у наших больных. Падение систолического кровяного давления под действием гексаметония и пирамидона составляло в среднем 19,2 мм рт. ст., снижение пульсового давления — в среднем на 13,8 мм рт. ст. и падение температуры тела — в среднем на 0,32° С.

Литические смеси с гексаметонием без пирамидона оказывали в основном такое же действие на проявления реакций, как и гексаметоний, вводимый отдельно, т. е. понижали систолическое артериальное и пульсовое давление и до некоторой степени уменьшали частоту пульса. Таким образом, литические смеси с гексаметонием, не содержащие пирамидона, не обладают понижающим температуру свойствами.

Действие литических смесей, содержащих аминазин, мы наблюдали на 80 больных. В основном они оказывали действие, вызывающее уменьшение психомоторного возбуждения больных тиреотоксикозом во время и после операции. Вторым положительным фармакологическим действием этих смесей было их блокирующее свойство терморегуляции. Последнее действие особенно выраженным было при сочетании аминазина с пирамидоном. Такие смеси мы назначали при осуществлении искусственного охлаждения больного. Смеси, содержащие аминазин и пирамидон, обладали хорошими качествами для ведения больного при физическом охлаждении.

Смеси, содержащие аминазин и пирамидон (в тех же или уменьшенных дозах, как и при назначении их в отдельности), обладали также и свойствами понижения кровяного и пульсового давления и вызывали падение температуры тела. Действие аминазина на функциональные показатели сердечно-сосудистой системы было выражено значительно слабее, чем действие гексаметония.

Литические смеси, содержащие гексаметоний и аминазин, заметно понижали систолическое и пульсовое давление, а также уменьшали частоту пульса больных. У исследуемых больных зарегистрировано падение систолического давления в среднем до 27 мм, пульсового давления — до 22 мм рт. ст., а снижение

частоты пульса — в среднем на 5—6 ударов в минуту. Указанные смеси обладали также выраженным действием на уменьшение психомоторного возбуждения больного. Одновременно, в сочетании с пирамидоном, они вызвали устойчивое падение температуры тела — в среднем на $0,6^{\circ}\text{C}$.

Следовательно, при помощи литической смеси, содержащей такие основные компоненты, как гексаметоний, аминазин и пирамидон, можно добиться заметного лечебного эффекта благодаря положительному действию их на основные патогенетические звенья послеоперационной реакции у больных тиреотоксикозом. А именно, указанная литическая смесь вызывает снижение артериального давления, падение температуры тела и уменьшение частоты пульса, а также снимает симптомы нервного возбуждения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при рациональном составлении и применении литических смесей можно добиться уменьшения всех основных клинических проявлений послеоперационной реакции у больных тиреотоксикозом.

Пропазин применялся только у 6 больных. Можно сказать, что действие препарата на послеоперационную реакцию аналогично действию аминазина с той лишь разницей, что пропазин оказывает результативное действие в дозах примерно в 2 раза превышающих дозы аминазина (внутримышечно 2,0—4,0 мл 2% раствора пропазина).

В итоге необходимо отметить, что различные варианты составных компонентов литических смесей дают возможность производить их выбор для лечения послеоперационной реакции с учетом особенностей ее клинического течения. Поэтому применение литических смесей в целях купирования послеоперационной реакции у больных тиреотоксикозом следует считать во всех отношениях оправданным. Это подтверждается тем, что нам при использовании пирамидона, литических веществ и смесей у подавляющего большинства больных тиреотоксикозом после резекции зоба удалось избежать развития опасных признаков послеоперационной реакции. Только у небольшой части больных — 29 человек (12%) с острой послеоперационной реакцией — вынуждены были прибегать к дополнительному мероприятию с целью купирования послеоперационной реакции, т. е. к проведению искусственного охлаждения.

При осуществлении физического охлаждения прежде всего необходимо избегать возникновения реакции больного на холод. Лучшее всего подобная «реактивность» больного достигалась потенцированным наркозом. Хорошими также были результаты при применении нейrolитических смесей. У старых и истощенных больных их было легче добиться применением торможения терморегуляции, по сравнению с больными молодого и среднего возраста.

Продолжительность охлаждения зависела от скорости и сте-

пени падения температуры тела. Охлаждение больных мы проводили до нормотермии, только в отдельных случаях она достигала 35—34,9° С.

После падения температуры тела в результате физического охлаждения в острой стадии послеоперационной реакции общее состояние больных значительно улучшилось. Если до охлаждения больные были не в состоянии сосредоточиться, то после снижения температуры тела до нормы или ниже они становились более контактными и отвечали на вопросы адекватно, у них уменьшались явления гипоксемии, а также исчезали выраженные признаки напряжения функций сердечно-сосудистой системы. Физическое охлаждение на фоне действия литических смесей оказалось особенно эффективным при снятии послеоперационной реакции в тяжелых и осложненных случаях тиреотоксикоза, главным образом при оперативном лечении больных с выраженными явлениями сердечно-сосудистой недостаточности. Это было необходимо в случае первичного тиреотоксикоза, особенно у молодых больных, у которых применением литических смесей не удавалось добиться удовлетворительного послеоперационного состояния. Уровень всех сдвигов функциональных показателей при охлаждении приведен в таблице 4.

Действие охлаждения

Таблица 4

Наименование показателей	Общее число наблюдений	Число наблюдений, где величины показателей			Средние величины сдвигов		Средний сдвиг в группе
		понижались	не изменились	повышались	при понижении	при повышении	
Температура	61	59	1	1	— 0,8±0,01	—	— 0,8±0,01
Частота пульса	60	45	7	8	—16,2±0,3	5,8	—11,4±0,3
Пульсовое давление	56	45	6	5	—17,3±0,3	11,0	—12,9±0,3
Систолическое кровяное давление	57	45	8	4	—18,7±0,3	6,8	—14,3±0,3
Частота дыхания	21	17	3	1	— 2,6±0,04	—	— 2,0±0,05

Наш опыт показывает, что искусственное охлаждение до 34—35° С можно считать одним из наилучших методов симптоматического лечения выраженной и опасной послеоперационной реакции у больных тиреотоксикозом. Причем понижение темпе-

ратуры тела до 34—35° С не таит в себе никакой серьезной опасности для больного.

Таким образом, гибернационная терапия, т. е. применение литических смесей и охлаждения, является более эффективным методом лечебного воздействия на послеоперационную реакцию больных тиреотоксикозом, чем многие другие, применявшиеся до настоящего времени методы непосредственного послеоперационного лечения (инфузионная терапия, терапия сном и др.). Благодаря внедрению гибернационной терапии в клинику оперативного лечения тиреотоксикоза созданы условия для успешного хирургического лечения без особого риска и предварительной длительной анти тиреоидной подготовки больных. Тем не менее, такое активное торможение развития послеоперационной реакции создает благоприятные возможности для оперативного лечения больных тиреотоксикозом с тяжелыми нарушениями со стороны жизненно важных органов, наблюдающимися в запущенных стадиях заболевания. В условиях использования специфической анти тиреоидной терапии и других видов медикаментозного лечения перед операцией и применения послеоперационной гибернационной терапии, операционный риск резекции зоба по существу зависит только от технического осуществления самой операции. При устранении дефектов в последнем случае выполнение операции без особого риска возможно у абсолютного большинства больных.

ДАнные О РЕГУЛЯЦИИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА

С целью уточнения необходимости инфузионной терапии в связи с резекцией зоба у больных тиреотоксикозом исследовали некоторые показатели водно-электролитного баланса в период оперативного лечения. Измеряли величину диуреза, количество выделенных с мочой натрия, калия и хлоридов, а также динамику содержания их в плазме крови в течение первых шести послеоперационных дней. Содержание электролитов (Na и K) в плазме крови и моче определяли методом пламенной фотометрии, а Cl — методом меркурометрии по Nadeau. Исследования проведены у 109 больных. В результате исследований выяснено, что диурез на 1 и 2 дни после резекции зоба умеренно снижался по сравнению с предоперационным. Уменьшалось также и выделение с мочой натрия и хлоридов. Выделение же калия с мочой повышалось. Вливания глюкозы и физиологического раствора в количестве до 1500 мл в сутки не изменяли количества выделяемых электролитов, после чего иногда отмечался только умеренно повышенный диурез. Понижение диуреза до критического предела 400—500 мл в сутки наблюдалось только у единичных больных с тяжелой формой тиреотоксикоза. Динамика сред-

них сдвигов в водно-электролитном обмене изображена графически на рис. 1.

Динамические сдвиги в водно-электролитном обмене по показателям диуреза и выделения электролитов с мочой у исследованных больных соответствуют сдвигам, описанным в литературе при операционной травме (F. D. Moore, 1960; F. Solti, R. Gergely, 1962; H. Tihane, 1966 и др.), а именно: задержка натрия

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ СУТКИ

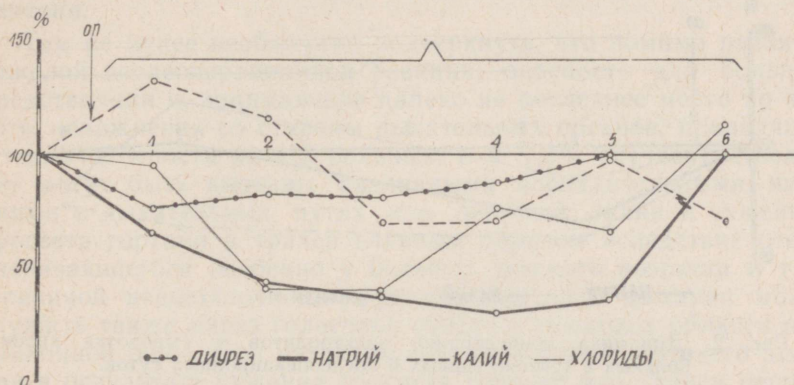


Рис. 1. Динамика диуреза и выведение электролитов с мочой в течение первых 6 послеоперационных суток*

в тканях, кратковременное повышение выделения калия, понижение диуреза и выделения хлоридов. Указанные сдвиги в период оперативного лечения больных зубом были сравнительно умеренными и кратковременными. Этот вывод подтверждают также сдвиги в содержании электролитов в плазме крови. На 1 и 2 послеоперационные дни содержание натрия, калия и хлоридов в сыворотке крови было умеренно пониженным, причем снижение содержания калия было наиболее значительным — иногда до 25% исходного предоперационного уровня, в среднем же только на 4%. Падение уровня хлоридов было незначительным. Динамические сдвиги уровня электролитов плазмы крови изображены графически на рис. 2.

Характерной чертой сдвигов в водно-электролитном балансе больных при резекции зуба, являлась умеренность их изменений в динамике наблюдений. Понижение диуреза, выделения натрия и хлоридов (по-видимому, как результат задержки их в тканях)

* На обоих рисунках за 100% принят ^{пред}операционный уровень соответствующего показателя.

и кратковременное повышение выделения калия, в основном в 1 послеоперационный день, не вызывало существенных в терапевтическом отношении изменений электролитного состава плазмы и содержания воды. У большей части больных (которые после операции могли кушать и пить) указанные сдвиги проходили в течение 4—5 послеоперационных дней. В связи с чем необходимость в проведении парентеральной инфузионной терапии у опе-

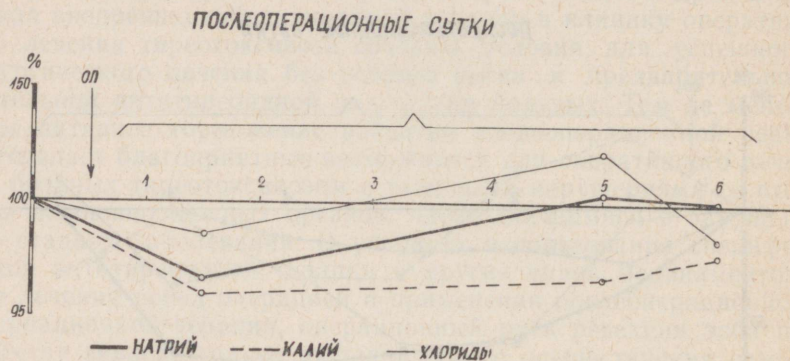


Рис. 2. Динамика концентрации электролитов в сыворотке крови больных в течение первых 6 послеоперационных суток.

рированных больных возникла только в 8,7% случаев. Если же у больного имелись нарушения водно-электролитного баланса (эксикоз, отек, задержка натрия и хлоридов) до операции, то проводили предоперационную подготовку в виде инфузионной или дегидрирующей терапии до нормализации клинико-лабораторных показателей в определениях водно-солевого обмена.

Обильная, парентеральная инфузионная терапия, которую многие хирурги применяют при резекции зуба (D. Hagge, V. Fentress, H. Hamburg, 1959 и др.), по данным наших исследований, не является целесообразной. Только на основании клинико-лабораторных данных следует определять необходимость и количество инфузий в послеоперационном лечении.

ДАнные ОБ ИСХОДЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИИ

За 1953—1958 гг. после резекции зуба у 423 больных в ранний послеоперационный период, т. е. в период послеоперационной реакции, имели место 5 летальных случаев (1,18%). С 1959 г. и по настоящее время, т. е. в период применения активного послеоперационного лечения с основным упором на гибернационную терапию, из 1250 оперированных умер 1 больной (0,08%), причем в числе последних 1000 оперированных боль-

ных смертельных исходов не было. При анализе результатов необходимо учитывать также и то обстоятельство, что в последний период были оперированы значительно более тяжелые больные, чем в предыдущий период нашей работы. Однако, несмотря на это, послеоперационная смертность значительно снизилась. Поскольку метод операции и операционная техника в клинике с 1953 г. по существу не изменились, то эти результаты следует отнести в основном за счет улучшения подготовки к операции, усовершенствования анестезии и улучшения послеоперационного лечения.

Тем не менее необходимо подчеркнуть, что помимо развития тяжелой послеоперационной реакции, опасность для больного представляли и, занимающие далеко не последнее место по частоте, осложнения со стороны дыхательных органов, приводящие к недостаточности их (13 больных, т. е. 1,2% случаев). Последние могут быть вызваны различными воспалительными явлениями в дыхательных путях или легочной ткани и сужением просвета гортани и трахеи главным образом вследствие отека, развивающегося особенно у больных детского возраста и т. д. Причиной недостаточности функций внешнего дыхания может служить также парез голосовой связки и гематома области операционной раны. При развитии недостаточности внешнего дыхания в результате сужения просвета гортани или трахеи решающее значение, на основании наших наблюдений, имеет быстрое наложение трахеотомии. Наложение трахеотомии и активная аспирация мокроты оказались рациональными при лечении некоторых бронхопневмонических осложнений, в частности в тех случаях, когда больной не в состоянии отхаркивать мокроту и находится в условиях гипербарической терапии. Мы применяли наложение трахеотомии у 5 больных. Кроме того, очень большое значение имеет регулярная аспирация секрета из бронхов. Сдавливание трахеи, вызванное гематомой, прекращалось при вскрытии операционной раны и ликвидации кровотечения.

У всех больных с недостаточностью дыхания применяли постоянную ингаляцию кислорода. В последний период все осложнения со стороны дыхательных органов устранялись с помощью описанных лечебных мероприятий на фоне лечения антибиотиками. У 1 больного после резекции зоба имело место обострение туберкулеза, по поводу которого больной был направлен на специальное лечение.

Самым тяжелым осложнением послеоперационного периода была клиническая смерть двух больных с явлениями острой сердечно-сосудистой недостаточности. У обоих больных в результате срочно принятых мер к реанимации добились восстановления сердечной деятельности и в дальнейшем в условиях гипербарии — полного выздоровления. Указанные случаи успешной реанимации являются еще одним доказательством большого значе-

ния вышеописанного активного послеоперационного лечения. При уменьшении реактивности методом гибернации больного тиреотоксикозом и использования современных достижений реанимации в период послеоперационной реакции возможно спасти оперированных больных, находящихся даже в состоянии клинической смерти.

Несмотря на применение всех описанных средств активного лечения, нам не удалось спасти только одну больную, умершую в период послеоперационной реакции при явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности. Операция упомянутой больной была предпринята в период обострения тиреотоксикоза, который не поддавался консервативному лечению.

Основной причиной смерти в период, предшествующий применению гибернационной терапии, среди оперированных нами больных тиреотоксикозом явилась послеоперационная реакция (3 случая), смерть 2 других больных наступила внезапно, вследствие эмболии сосудов мозга.

Следовательно, данные нашей клиники также подтверждают мнение, что основной причиной летального исхода у больных тиреотоксикозом является послеоперационная реакция.

Резюмируя результаты наших исследований и данные лечения, можно заключить, что систематическое применение гибернационной терапии при хирургическом лечении больных тиреотоксикозом является весьма эффективным методом непосредственного воздействия на послеоперационную реакцию. Гибернационная терапия должна проводиться в условиях применения других лечебных мероприятий (кислородное лечение, инфузионная терапия, специфическое анти тиреоидное лечение, современные методы реанимации и т. д.). Использование гибернационной терапии требует от медицинского персонала хорошей подготовки и знаний в области как самой гибернационной терапии, так и возможных при этом осложнений, а также тщательного организованного ухода в послеоперационных палатах.

Анализ результатов наших исследований позволяет сделать следующие выводы.

ВЫВОДЫ

1. В комплексе хирургического лечения тиреотоксического зоба активное послеоперационное лечение значительно улучшает ближайший исход операции, причем оно должно быть направлено прежде всего на профилактику и лечение послеоперационной реакции.

2. Наиболее эффективным в купировании послеоперационной реакции следует считать применение нейро-ганглиолитических смесей и поверхностное физическое охлаждение, т. е. метод искусственной гибернации.

3. Развитие выраженной послеоперационной реакции у ряда больных тиреотоксикозом возможно предупредить назначением только пирамидона или же пирамидона вместе с гексаметонием.

4. Назначением литических смесей, содержащих аминазин, гексаметоний и пирамидон, у большей части тиреотоксических больных, купируются все основные клинические проявления послеоперационной реакции (психомоторное возбуждение, повышение артериального давления, температуры тела и учащение пульса).

5. Выбором состава литической смеси возможно индивидуализировать лечение больного соответственно выраженности отдельных признаков послеоперационной реакции.

6. Применяемые нами литические смеси, содержащие аминазин и пирамидон, создают относительно благоприятный фон для проведения физического охлаждения больного тиреотоксикозом.

7. Поверхностное физическое охлаждение больного тиреотоксикозом, в частности в первые 1—2 дня после резекции зоба, является действенным мероприятием в лечении послеоперационной реакции.

8. Использование современных достижений реаниматологии и снижением повышенной реактивности организма методом гипербации возможно вывести больных тиреотоксикозом даже из состояния клинической смерти, возникшей во время тяжелой послеоперационной реакции.

9. Оперативное лечение тяжелых и осложненных форм тиреотоксикоза следует проводить в условиях оптимальной нормализации водно-электролитного баланса и назначения адекватной заместительной терапии при адренокортикальной недостаточности.

10. Парентеральная инфузионная терапия и переливание крови во время операции и после нее должны проводиться по показаниям количества потерянной крови, процента гемоглобина, гематокрита, содержания белка и электролитов (Na, K, Cl) плазмы крови с учетом диуреза.

11. Существенную роль в профилактике послеоперационной реакции у больных тиреотоксикозом играет уменьшение операционной травмы. Из мероприятий, направленных на уменьшение травмы больных тиреотоксикозом во время операции, важное значение имеет выбор метода обезболевания. Причем предпочтение следует отдавать потенцированному наркозу.

По теме диссертации опубликованы следующие работы

1. О некоторых актуальных вопросах оперативного лечения тиреотоксического зоба. Тез. докл. II Всес. конф. эндокринологов. Москва, 1962, 207—208 (соавт. А. Г. Клийман, В. Ю. Мандель).
2. О показаниях к резекции зоба. «Здравоохр. Сов. Эстонии», 1963, 4, 6—10 (соавт. А. Г. Клийман; на эст. яз.).
3. О нарушениях водно-минерального обмена и показаниях инфузионной терапии у больных тиреотоксикозом в период резекции зоба. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1964, 163, 501—505 (на эст. яз.).
4. О применении искусственной гибернации при резекции тиреотоксического зоба. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1965, 178, 306—310 (соавт. А. Г. Клийман; на эст. яз.).
5. О лечении больных тиреотоксикозом после резекции щитовидной железы. «Здравоохр. Сов. Эстонии», 1966, 2, 89—91 (на эст. яз.).
6. К вопросу об оперативном лечении тяжелых и осложненных форм тиреотоксикоза. В кн.: «Щитовидная железа», Тарту, 1966, 67—69 (соавт. А. Г. Клийман, В. Ю. Мандель).
7. Об оперативной тактике резекции зоба при анатомически сложных расположениях его. В кн.: «Щитовидная железа», Тарту, 1966, 69—70 (соавт. А. Г. Клийман, В. Ю. Мандель).
8. К вопросу об определении потери крови и замещения ее при резекции зоба. В кн.: «Щитовидная железа», Тарту, 1966, 162—163. (соавт. А. Пээтсалу).

Сдано в набор 13/V 1967 г. Подписано к печати 13/V 1967 г. 60×90 1/16. Печ. л. 1,75. Тираж 200 экз. Заказ № 3282. МВ-05451. Типография им. Ханса Хейдеманна, ЭССР, г. Тарту, ул. Юликооли 17/19. I

Бесплатно

TÜ RAAMATUKOGU



10300016293658

Бесплатно