

дает крайне тяжелые осложнения (ателектаз легкого, сердечно-сосудистые расстройства, внезапная смерть при тимико-лимфатическом статусе и др.).

Ясно, что для развития современной хирургии требуется наряду с усовершенствованием и внедрением интубационного наркоза дальнейшее изучение и совершенствование местной анестезии.

Для большей эффективности местного обезболивания требуется дальнейшее усовершенствование аппаратуры для инъекций анестетиков и изыскание новых, более совершенных препаратов.

Поступила 19 мая 1964 г.

О ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Доц. Р. А. Вяселев

Зав. кафедрой госпитальной хирургии № 1 Казанского медицинского института

Несмотря на более чем полувековое изучение проблемы острого гнойного перитонита, она и в настоящее время привлекает внимание исследователей.

На I съезде хирургов РСФСР в 1958 г. проблемы перитонита были обсуждены весьма обстоятельно в сообщениях В. С. Левита, Б. А. Петрова, А. А. Беляева, В. И. Стручкова и Б. П. Федорова, И. И. Дерябина, А. М. Аминова, Е. М. Чумаковой и других.

На этом же съезде в сообщениях Н. В. Соколова и Т. П. Тихоновой, Р. А. Вяселева были приведены результаты клинического и экспериментального изучения острого перитонита в клинике госпитальной хирургии Казанского мединститута. В настоящее время клиника располагает некоторыми дополнительными материалами по патогенезу, лечению и профилактике острого воспаления брюшины, которые мы считаем необходимым изложить в этой статье.

Как уже было сообщено ранее (Р. А. Вяселев, 1958, 1961), клиника госпитальной хирургии по нашему предложению еще с 1948 г. начала систематическое повторное внутрибрюшинное введение антибактериальных препаратов после операций по поводу острого перитонита и в профилактических целях после плановых операций в брюшной полости. Методика лечения и предупреждения острого перитонита, применяемая нами уже в течение 16 лет, состоит из сочетания по возможности раннего хирургического устранения источника инфицирования брюшины, внутримышечного и внутрибрюшинного введения антибиотиков с поясничной новокаиновой блокадой по А. В. Вишневскому, ранней аспирации после операции содержимого желудка, переливания крови и ее заменителей, введения сердечно-сосудистых средств; все это привело к снижению смертности от острых перитонитов в несколько раз.

В настоящее время повторное внутрибрюшинное введение антибиотиков в новокаиновом растворе в послеоперационном периоде является повсеместно распространенным важнейшим компонентом в комплексном лечении и профилактике острого воспаления брюшины.

Большая роль в борьбе с острым перитонитом принадлежит и устранению парезов кишечника со всеми его тяжелыми последствиями.

В. С. Левит (1958), описывая картину развития острого гнойного перитонита, в программном докладе уделил значительное внимание парезу кишечника, паралитическому илеусу с его грозной клинической картиной. Приостановка функций кишечника является, по его словам, важнейшим и опаснейшим симптомом гнойного перитонита, а во многих случаях и причиной смертельного исхода.

Б. А. Петров и А. А. Беляев (1958), говоря о решающем значении послеоперационного ведения больных с острым перитонитом, совершенно правильно заявили, что «на первом месте, безусловно, стоит борьба с желудочно-кишечным перерастяжением». В связи с этим зонд в желудок следует вводить не как последнее средство, а тотчас же после операции при перитоните.

В нашей клинике, как правило, сразу после операции вводится в желудок через нос резиновая трубка не только при наличии перитонита, но и в целях профилактики его тем больным, у которых по характеру заболевания и ходу оперативного вмешательства есть основания опасаться развития перитонита.

Наши клинические наблюдения и эксперименты на собаках показывают, что состояние пареза желудочно-кишечной трубки на почве острого перитонита или вследствие операционной травмы наступает на очень ранних сроках, в первые же часы и даже минуты. Но этот ранний парез, прерываемый иногда некоторыми перистальтическими движениями, довольно долго, в среднем до 24 часов, а в некоторых случаях и больше, еще не сопровождается растяжением стенки кишечной трубки.

В этот отрезок времени введение резиновой трубки в желудок и назначение средств, стимулирующих моторику кишечника, как правило, позволят предупредить чрезмерное скопление жидкости, газов, заглазываемого воздуха в желудке и кишечнике и, следовательно, их перерастяжение.

Другая картина создается при длительно существующем парезе, приводящем к угрожающему растяжению кишечника газом. При этом весьма тяжелом осложнении перитонита или операционной травмы наиболее патогенетически обоснованным следует считать быстрое одновременное воздействие, во-первых, энергичной повторной аспирацией жидкости и газов посредством введенной через нос в желудок тонкой резиновой трубки и, во-вторых, стимуляцией моторики кишечника наиболее эффективным антихолинэстеразным препаратом. Применение одного лишь из этих двух лечебных факторов при парезе с перерастяжением кишечной стенки явно недостаточное.

В качестве стимулятора моторики кишечника при лечении и профилактике пареза мы пользуемся с 1960 г. нибуфином, синтезированным в Казани химиком проф. А. И. Разумовым, фармакологически проверенным на кафедре фармакологии КГМИ доц. И. В. Заиконниковой и подввергнутым нами впервые клиническому испытанию на большом числе больных при различных формах пареза кишечника.

Внутримышечное введение 3 мл водного раствора нибуфина в концентрации 1:3000, как правило, оказывает стимулирующее действие на атоничный кишечник больных, оперированных по поводу тяжелых деструктивных форм аппендицита, флегмонозно-калькулезного поражения желчного пузыря и протоков, а также других брюшных органов, сопровождающихся местным или общим гнойным воспалением брюшины.

Стимулирующее действие нибуфина выражается в оживлении перистальтики, что проявляется в виде слышимого и ощущаемого самим больным урчания в кишечнике с последующим отхождением газов и наступлением стула через 2—3 часа с момента введения препарата. Микроклима из гипертонического раствора поваренной соли, поставленная в указанные сроки, облегчает появление стула.

В связи с прекращением пареза желудочно-кишечного тракта в результате применения нибуфина и аспирации содержимого желудка улучшается состояние больных, которое выражается, в частности, в нормализации температуры тела, дыхания, сердечной деятельности, картины белой крови и др.

Назначение нибуфина рекомендуется после операций по поводу острых местных и общих воспалительных процессов, а также для лечения и предупреждения парезов, развивающихся после обычных, плановых операций на желудочно-кишечном тракте примерно через двое суток с момента производства вмешательства.

Повторное назначение нибуфина больным может быть показано при упорно держащихся формах атонии желудочно-кишечного тракта, но не ранее чем через 12 часов после первого введения.

Преимущество нибуфина перед другим общеизвестным ингибитором холинэстеразы — прозергином заключается в том, что он не действует на тонус сосудов и поэтому может применяться больным пожилого возраста.

Противопоказаниями к лечению нибуфином являются острые воспалительные процессы полых брюшных органов до ликвидации очага воспаления, послеоперационное расхождение швов, бронхиальная астма, беременность.

Разумеется, успех от применения как всего арсенала средств, рекомендуемых при остром перитоните, так и отдельных средств лечения, описанных выше, может быть достигнут при соблюдении двух неперменных условий: во-первых, возможно ранней операции, направленной в основном на ликвидацию очага воспаления, и, во-вторых, своевременного, энергичного и длительного комплексного лечения в послеоперационном периоде.

Сотрудниками клиники госпитальной хирургии за последние 10 лет выполнен ряд солидных клинических и клинико-экспериментальных работ, освещающих отдельные вопросы патогенеза, лечения и профилактики острых перитонитов (А. Ф. Попов, Т. П. Тихонова, З. С. Ахтямова, И. А. Салихов, В. В. Федоров и др.). Большинство из них сообщены на заседаниях Хирургического общества ТАССР и в периодической печати, в частности на страницах «Казанского медицинского журнала».

Эти работы вместе с изложенным выше материалом и составляют основу скромного вклада, внесенного коллективом кафедры и хирургического отделения 1 гор. больницы Казани в изучение острого перитонита.

Что касается проблемы профилактики острых перитонитов, то она должна вестись широким фронтом в нескольких направлениях.

Чрезвычайно важным является дальнейшее совершенствование клинических, гематологических и биохимических методов ранней диагностики начальных форм острого перитонита, развивающихся как следствие воспалительных процессов органов брюшной полости, с одной стороны, и в виде осложнения после операций на органах пищеварения — с другой.

Разумеется, что требования ранней диагностики в практике хирурга могут быть осуществлены полностью лишь при ряде условий, из которых мы считаем необходимым, во-первых, постоянное усовершенствование специальных знаний хирургов и работников лабораторий, во-вторых, широкое внедрение новейших и, в частности, биохимических методов.

мических диагностических исследований в практику всех учреждений, оказывающих экстренную хирургическую помощь, в-третьих, четкую организацию своевременной госпитализации указанной категории больных в хирургические отделения.

Очень большое значение в предупреждении послеоперационного острого воспаления брюшины имеют высокая культура организации работы операционного блока, нежное, щадящее обращение с тканями, внедрение в оперативную технику новейших аппаратов и инструментов, ускоряющих операцию и не допускающих загрязнения брюшной полости содержимым желудочно-кишечного тракта. Профилактическая антисептическая обработка района операции в конце операции, а в показанных случаях повторное орошение растворами антибиотиков в послеоперационном периоде, особенно при установленной чувствительности к ним микробов, должны применяться в самых широких пределах.

Следующее направление, в котором должна быть развернута работа по профилактике острого перитонита, состоит в дальнейшем изучении этиологии и патогенеза, в ранней диагностике, совершенствовании лечения и профилактики наиболее распространенных воспалительных заболеваний червеобразного отростка, желчного пузыря, протоков и печени, поджелудочной железы, перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, а также различных форм механической и динамической кишечной непроходимости. Эти заболевания, действительно считающиеся главными «поставщиками» острого гнойного перитонита, до сих пор, к сожалению, не только не уменьшаются в числе, но, наоборот, даже имеют тенденцию к расширению. Особенно это касается острого холецистита и панкреатита.

В вопросах этиологии и патогенеза, дифференциальной диагностики и даже сроков и методов оперативного лечения этих заболеваний до сих пор еще много неясных сторон. Но уже и то, что выяснено, позволяет органам здравоохранения и практическим врачам поднять на более высокий уровень профилактики заболеваний брюшных органов, ведущих к развитию перитонита. В связи с этим еще раз хочется подчеркнуть здесь необходимость, во-первых, усиленной работы по уточнению этиологии и патогенеза и ранней диагностики аппендицита, холецистита и панкреатита; во-вторых, расширения санитарного просвещения населения по вопросам острых заболеваний живота и, в-третьих, резкого повышения культуры, гигиены питания, режима питания, повышения популярности среди населения диетического питания.

Каковы бы ни были результаты научных изысканий по уточнению причины и механизмов возникновения названных заболеваний, вопросы питания должны играть главенствующую роль в профилактике и лечении заболеваний органов пищеварения и их грозных осложнений.

Служба диетического питания населения, облегчающая профилактику и лечение заболеваний органов пищеварения, должна быть возложена главным образом на систему общественного питания.

Только при этом условии можно рассчитывать на оздоровление условий питания, обеспечение различных возрастных групп населения соответствующим питанием, организованным на современных достижениях советской гигиены, и только при этих условиях можно ожидать резкого сокращения таких распространенных заболеваний, как гастриты, полипозы, на фоне которых часто развиваются язвенная болезнь и рак, аппендицит, холецистит, панкреатит и перитонит.

Поступила 16 июля 1964 г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТОПОГРАФИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Асп. Н. А. Мифтахов

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
(зав. — проф. В. Х. Фраучи) Казанского медицинского института

Нами исследовано распределение внутрипеченочных желчных протоков на 200 коррозионных препаратах печени.

Считалось, что желчь дренируется из правой доли печени через главный коллектор — правый печеночный проток. Мы нашли правый печеночный проток лишь на 90 препаратах из 200 (45%).

Куино (1957) отмечает наличие правого печеночного протока у 55% исследованных им препаратов.

В распределении протоков правой доли резко выражена двухэтажность: желчные протоки висцеральной поверхности печени не сообщаются с протоками диафрагмальной. Это отмечают П. И. Тофило (1941), Н. Д. Демешко (1955), Б. Г. Кузнецов (1957), Хили и Шрой (1953).

Основными или сегментарными протоками правой доли являются передне-верхний и задне-верхний протоки для верхнего этажа и передне-нижний и задне-нижний для нижнего. Передне-верхний проток найден на 198 препаратах, передне-нижний — на 27; задне-верхний — на 43 и задне-нижний — на 198.