

Приведенные экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о некотором пролонгирующем и усиливающем влиянии нибуфина на миорелаксанты деполяризующего действия (дитилин, листенон).

При применении нибуфина операции и послеоперационный период протекали гладко; не было послеоперационных парезов кишечника, задержек мочи, что обусловливается стимулирующим влиянием нибуфина на моторику желудочно-кишечного тракта, желчевыводящей и мочевыводящей систем.

Нибуфин выгодно отличается по своему действию от прозерина: он не противопоказан при атеросклерозе, поражении сосудов сердца и головного мозга, практически не токсичен, хорошо переносится больными.

Таким образом, нибуфин может найти применение в анестезиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов А. Ф. Фарм. и токс., 1953, 6. — 2. Заиконникова И. В. Казанский мед. ж., 1961, 2. — 3. Зольников С. М., Мистакопуло Н. Ф. Хирургия, 1960, 7. — 4. Ковалев В. А. и Хмелевский Я. М. Вестн. АМН СССР, 1962, 8. — 5. Михельсон В. А., Сипайлов Ю. А. Хирургия, 1963, 3. — 6. Разумов А. И., Мухачева О. А., Заиконникова И. В. Журнал общей химии, 1957, т. XXVII.

УДК 616. 35

О СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ ПРОКТОЛОГИИ

А. М. Аминев

Зав. кафедрой госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института

За последние годы в нашей стране проведено немало мероприятий по развитию проктологии, этой сравнительно новой и перспективной отрасли хирургии. Следует отметить, что в некоторых странах (США, Англия, Франция, Дания) проктология уже существует как отдельная специальность. В США издается два журнала, посвященных заболеваниям прямой кишки: «The American Journal of Proctology» и «Diseases of the Colon and Rectum». Каждые три года созываются международные конгрессы проктологов.

В нашей стране изучение анатомии, физиологии и заболеваний прямой кишки началось еще в прошлом столетии. Было издано несколько монографий. Так, в 1863 г. вышла книга Г. О. Петрова о трещинах заднего прохода. В 1870 г. опубликовано первое в нашей стране «Руководство к изучению и лечению болезней прямой кишки и заднего прохода» И. Карпинского. Затем появились монографии по отдельным узким вопросам проктологии — В. Коломинина (1881), М. А. Знаменского (1884), И. С. Субботина (1898), А. А. Воробьева (1901), А. Я. Суетинова (1901), Н. С. Ждан-Пушкина (1902), А. В. Вишневого (1903), П. М. Жданова (1905), Д. И. Татарина (1905), Н. И. Напалкова (1907). В 1910 г. вышла солидная монография В. Р. Брайцева о раке прямой кишки; в 1912 г. — двухтомное руководство А. В. Старкова об анатомии прямой кишки и мышц, имеющих к ней отношение.

После Октябрьской революции изучение заболеваний прямой кишки продолжалось отдельными авторами. Лишь за последние два десятилетия появились учреждения с группами специалистов-проктологов, систематически и комплексно изучающих заболевания прямой кишки (Москва — проф. А. Н. Рыжих; Куйбышев — проф. А. М. Аминев). За это же время в нашей стране вышло около 20 монографий по отдельным вопросам проктологии и четыре книги широкого профиля, включающие все основные вопросы проктологии: «Заболевания прямой кишки» (В. Р. Брайцев, 1952); «Хирургия прямой кишки» (А. Н. Рыжих, 1956); «Атлас операций на толстой и прямой кишке» (1960); «Руководство по проктологии» (А. М. Аминев, 1965, первый том четырехтомного руководства). К настоящему времени в нашей стране защищено более 50 кандидатских и докторских диссертаций по вопросам проктологии.

За последние годы проведены значительные организационные мероприятия для создания проктологической лечебной сети. Решением коллегии Министерства здравоохранения и приказом № 371 Министра здравоохранения СССР от 25/VII 1962 г. утверждена организация 15 специализированных проктологических отделений на 40—60 коек каждое: в Ленинграде, Казани, Свердловске, Ростове-на-Дону, Новосибирске, Хабаровске, Киеве, Харькове, Львове, в Белорусской, Узбекской, Казахской, Литовской, Грузинской союзных республиках. Два существовавших к тому времени проктологических отделения (в Москве и Куйбышеве) утверждены как базы для специализированной помощи населению и для подготовки специалистов-проктологов.

Московская и куйбышевская группы проктологов идут самостоятельными путями. Есть точки соприкосновения, но есть и расхождение. Одним из вопросов, по которым

ведется многолетняя дискуссия, является допустимость рассечения сфинктера прямой кишки при лечении некоторых хирургических заболеваний этого органа. Проф. А. Н. Рыжих и ближайшие его сотрудники утверждают, что многие формы хронических парапроктитов — параректальных свищей и трещин заднего прохода — невозможно вылечить без рассечения сфинктера, и производят его довольно широко. Мы считаем, что сфинктер прямой кишки нужно щадить при всех операциях, так как иногда даже незначительное его повреждение приводит к непоправимым нарушениям функции.

По этому поводу опубликовано более 50 выступлений. К счастью, подавляющее большинство советских хирургов согласны с нами. Да и сам проф. А. Н. Рыжих, который ранее предлагал при лечении, например, параректальных свищей рассекать сфинктер на глубину до 2,4 см почти всем больным, теперь, под влиянием критики, рекомендует проводить это вмешательство примерно только каждому четвертому больному, а глубину рассечения он снизил до 2—1,5—1,0—0,5 см. Когда он окончательно откажется от рассечения сфинктера, то убедится, что при правильном оперативном лечении можно сохранить сфинктер и получать очень высокий процент выздоровления.

Московская группа проктологов работала в течение ряда лет в больнице имени 25-летия Октябрьской революции, затем в Государственном онкологическом институте им. Герцена, а со второй половины 1964 г. выделилась в самостоятельную научно-исследовательскую проктологическую лабораторию с клиникой в системе МЗ РСФСР. С конца 1965 г. проктологическая лаборатория организована и при клинике госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института.

Организованы проктологические отделения в Ленинграде, Горьком, Красноярске, Алма-Ате, Днепрпетровске и в др. городах. Создана кафедра проктологии при ЦИУ (Москва). На циклах усовершенствования по проктологии в ЦИУ и на специальных курсах, месяцами, на рабочих местах в Московской и Куйбышевской проктологических научно-исследовательских лабораториях прошли усовершенствование по проктологии более 150 хирургов.

Хотя к настоящему времени и организуются республиканские, межобластные и областные проктологические отделения, но это все же начальный период развития проктологической сети в нашей стране. В дальнейшем необходимо иметь проктологов и проктологические отделения или хотя бы палаты в каждом областном центре и в хирургических учреждениях крупных городов.

Хирурги, работающие в районных и участковых больницах, даже не имеющие достаточного опыта в хирургии вообще и проктологии в частности, могут с успехом оперировать больных по поводу многих простейших проктологических заболеваний — геморроя, поверхностных, подкожно-подслизистых параректальных свищей, трещин, папиллита, эпителиальных копчиковых ходов и др. Больных с более сложными проктологическими заболеваниями, для лечения которых требуется специальный опыт в области проктологии (рак и выпадение прямой кишки, сложные, ветвистые, вне сфинктера расположенные параректальные свищи, кокцигодиния, прокталгия, дисморфобия и др.), врачи периферии будут направлять для лечения в областные и межобластные проктологические отделения. Даже при таком положении значительно более половины проктологических больных все же будет лечиться на местах, в районных и участковых больницах.

Для повышения знаний врачей в области проктологии и улучшения диагностики проктологических заболеваний необходимо, чтобы проктология в медицинских институтах преподавалась полнее, чем до сих пор.

В нашем проктологическом отделении разработано более 10 новых методов диагностики и лечения заболеваний прямой кишки. Остановимся кратко только на одном.

Из опыта народной медицины давно известно, что свежим соком чистотела (*Herba Chelidonii*) излечиваются кожные бородавки. Нам пришла мысль применить чистотел в клизмах для лечения полипоза толстой кишки. Полипы в какой-то степени напоминают кожные бородавки, с той лишь разницей, что ткань полипов более нежная.

На основании экспериментов и применения у больных выработана следующая методика лечения. Свежий, зеленый чистотел растирается в ступке или провертывается на мясорубке до кашицеобразной массы, которая заливается кипяченой всдой в соотношении: на 1,0 травы 10 мл воды. Средняя разовая доза зеленой массы чистотела для лечебной клизмы взрослому человеку — 50—60,0. Утром больному ставится обычная очистительная клизма, а через 2—3 часа — лечебная из указанного настоя. Эти процедуры применяются через день, а если нет раздражения кишечника, то и ежедневно.

Степень чувствительности полипов толстой кишки к чистотелу чрезвычайно разнообразна. В некоторых (редких) случаях после четвертой-пятой клизмы полипы отходят в огромных количествах, после 6—10 клизм толстая кишка полностью освобождается от них. Иногда приходится прекращать лечение на несколько дней, недель или даже на 1—2 месяца после первых же лечебных клизм вследствие обострения всегда сопутствующего полипозу хронического колита. Обычный цикл лечения — 15—20 лечебных клизм. Излечение может наступить после 2—3—4—5 и более циклов.

Клизмы с чистотелом совершенно не приносят пользы при злокачественно перерождающихся или уже переродившихся полипах. Плохо или совсем не излечиваются ложные полипы при хроническом гипертрофическом колите и полипы, расположенные низко в прямой кишке около анального отверстия, покрытые многослойным плоским эпителием (анальные сосочки).

Начиная с 6/X 1959 г., лечению клизмами с чистотелом подвергнуто более 700 больных. Отдаленные результаты известны у 100 больных, из них вылечен 41, а 59 находятся под наблюдением между циклами лечения. Остальные больные также вызываются на повторные курсы лечения.

Всесоюзный институт лекарственных и ароматических растений — ВИЛАР (Москва) включился в изучение лечебных свойств чистотела. В ВИЛАР готовится консервированный сок чистотела, который с успехом применяется нами при лечении папилломатоза мочевого пузыря и гортани. Полипоз желудка совершенно не поддается лечению чистотелом.

Использование чистотела может заменить опасные для жизни хирургические методы лечения полипоза как толстой кишки, так и при некоторых других локализациях.

УДК 616. 381—007. 274

О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

Н. Г. Гатауллин

Кафедра госпитальной хирургии (зав.—проф. Л. Г. Гранов)
Башкирского медицинского института

Данное сообщение основано на анализе 568 историй болезни больных непроходимостью кишечника, из которых у 361 была спаечная ее форма, а также на наблюдениях над 155 больными, перенесшими различные внутрибрюшинные операции. При изучении послеоперационной спаечной болезни брюшины мы пользовались рентгенологическим методом в условиях пневмоперитонеума.

Мы хотим остановиться лишь на некоторых вопросах, касающихся предупреждения послеоперационной спаечной болезни брюшины — уточнить значение диагностических и «профилактических» лапаротомий и влияние выбора оперативных доступов, роль дренирования и тампонады брюшной полости и бережного отношения к брюшине.

Спайки возникают в первые послеоперационные дни в результате многих причин, связанных с самой операцией. Сформировавшиеся брюшные спайки вначале могут не проявляться как болезнь. Учитывая потенциальную опасность любой оперативной травмы брюшины, надо предельно сократить так называемые диагностические и пробные лапаротомии. На основании своего личного опыта мы полностью разделяем мнение Н. И. Блинова (1956), В. И. Стручкова и Б. П. Федорова (1964), что не следует ставить широкие показания к профилактическим операциям по поводу «хронического аппендицита». Такие операции не всегда излечивают больных, а в результате оперативной травмы создаются условия для возникновения спаечной болезни брюшины, следовательно — для «трамплина» к последующим операциям, о чем писал еще Г. А. Ротенберг в 1935 г.

Мы наблюдали больных, у которых спаечная болезнь брюшины возникла именно после диагностической лапаротомии.

Нельзя считать исчерпанным вопрос о выборе оперативных доступов. Так, например, только для операции на желчных путях предложено более 40 доступов. Мало того, процесс их «модификации» продолжается и в настоящее время.

Предлагая или применяя тот или иной доступ, хирурги прежде всего заботятся о лучшей обзорности операционного поля и доступности оперируемых органов. Однако нельзя забывать и об отрицательных сторонах каждого из доступов. Кроме косметических и функциональных нарушений при этом следует учитывать и возможность развития спаечной болезни брюшины. Известно, что широкие доступы с пересечением массивных мышечных слоев чаще вызывают образование межбрюшинных спаек и связанных с ними патологических процессов, чем доступы, выполненные без пересечения мышечных слоев.

Т. В. Золотарева (1961) на основе изучения чувствительности кожи живота и электровозбудимости мышц пришла к выводу, что наибольшие изменения наблюдаются при продольных разрезах, в том числе параректальных, наименьшие — при поперечных и косо-поперечных. Учитывая различия в строении и топографии межреберных нервов на передней брюшной стенке, автор рекомендует в основном поперечные и косые разрезы передней брюшной стенки.

Нам кажется, что такая рекомендация, основанная только на изучении иннервации, или, точнее, нервной регенерации, для практической хирургии мало приемлема.