

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.

Известно, что для доступа к большинству органов брюшной полости срединные разрезы имеют неоспоримые преимущества. При этих доступах, во-первых, всегда меньше продолжительность операции, во-вторых, как правило, не встречается каких-либо серьезных нарушений со стороны функции мышц; в-третьих, определенная профилактика урежает развитие межбрюшинных спаек по сравнению с поперечными и косыми доступами. Нельзя также не упомянуть о косметической «выгоде» срединного доступа.

Особенно отрицательно поперечные и косо-поперечные разрезы влияют на заживление париетальной брюшины, ввиду чего межбрюшинные спайки при этих доступах и по степени выраженности, и по количеству всегда бывают больше, чем при срединных. Так, например, из 22 больных, перенесших операции на желчных путях, только у одной больной, у которой доступ был верхне-срединный, не было межбрюшинных спаек. У всех остальных, оперированных косым и косо-поперечным доступом в правой подреберной области, были обнаружены массивные межбрюшинные спайки в области рубца, проявлявшиеся в той или иной степени и клинически. Более выраженные брюшинные спайки были диагностированы при поперечных разрезах. После операций, производимых ниже-срединным доступом, количество межбрюшинных спаек бывает меньше. Отсюда следует, что и профилактика спаечной болезни брюшины должна быть более тщательной при поперечных и косых доступах.

Можно полагать, что у части больных причиной так называемого холецистэктомического синдрома являются брюшинные спайки, фиксирующие в один конгломерат послеоперационный рубец, свободный край печени с ложем желчного пузыря и большой сальник и приводящие в дальнейшем к деформации общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки.

В современных условиях, особенно при применении интубационного наркоза с управляемым дыханием, не следует, нам кажется, стремиться вначале делать максимальные разрезы брюшной стенки, поскольку у хирурга всегда остается возможность продолжить, если нужно, разрез во время самой операции.

Если при плановых операциях и при операциях по поводу острой кишечной непроходимости в большинстве случаев вопрос о разрезе не вызывает сомнений, то при операциях по поводу послеоперационной спаечной непроходимости кишечника вопрос стоит несколько иначе. И. Н. Григович (1964), Н. С. Тимофеев, Е. В. Иванова, В. А. Плетнева (1963) и др рекомендуют, что возможности не делать разрезов через старые рубцы. И. Н. Григович считает, что такой разрез может привести к ранению припаянной к передней стенке живота кишечной петли. Мы придерживаемся противоположного мнения. Там, где установлена связь между послеоперационным рубцом и кишечником, следует идти через старые послеоперационные рубцы. Правда, такой доступ обязывает хирурга быть осторожным, но вместе с тем он дает возможность, во-первых, под контролем глаза разъединять и иссекать имеющиеся межбрюшинные спайки и, во-вторых, избежать дополнительной травмы брюшины и, следовательно, нового источника брюшинных спаек. Другие доступы, и чаще всего срединный, могут быть рекомендованы в тех случаях, когда на брюшной стенке много различных послеоперационных рубцов и когда непроходимость кишечника имеется в нескольких местах.

За последнее время мы прооперировали 23 больных спаечной непроходимостью кишечника. Рассекая и иссекая старые послеоперационные рубцы, мы ни разу не повредили припаянных к брюшной стенке органов живота.

Бережное отношение к тканям, в том числе и брюшине, всегда должно являться предметом особого внимания. Однако, приступив к операции, мы об этом иногда забываем. Возьмем хотя бы обкладывание краев ран салфетками. Некоторые хирурги оставляют прикрепляющие зажимы на поверхности салфеток. А ведь случайное прижатие кишечных петель или сальника к этим инструментам всегда может привести к нарушению целостности серозы, к образованию гематом, которые, оставаясь незамеченными, могут являться источниками возникновения брюшинных спаек.

Немаловажной является обработка рук хирурга в различные этапы операции. Памятуя, что такие дезинфицирующие вещества, как йод и спирт, одновременно являются и раздражителями для серозных покровов, руки после обработки этими средствами следует высушить, а затем снова промыть физиологическим раствором.

Большое значение имеет зашивание операционной раны. Если при этом в шов попадают края разрезанной брюшины, то заживление последней наступает первичным натяжением. Иногда при толстой или ригидной брюшной стенке тщательное зашивание брюшины бывает затруднено. В таких случаях мы применяем особый прием, при котором вкол в брюшную стенку под контролем пальца или инструмента производится со стороны брюшины, причем нужно точно рассчитывать расстояние между свободным краем разрезанной брюшины и местом вкола. При такой методике обычно есть гарантия, что брюшина не останется незашитой. Этот же прием предохраняет от случайного попадания в шов большого сальника.

Актуальной является и проблема дренирования, как и тампонады брюшной полости. В настоящее время почти все хирурги предпочитают глухой шов, о преимуществах которого писал еще И. И. Орлов (1926). А. В. Ермакова, И. Д. Корабельников, Г. Д. Образцов, И. Г. Скворцов, Х. Г. Ямпольская (1958), Н. С. Фуртовый (1962), как и многие другие, считают показанной такую тактику не только после аппендэктомии, но также после холецистэктомии, холедохотомии. Однако Е. С. Шахбазян

(1962), например, при операциях на желчных путях рекомендует широко прибегать к дренированию брюшной полости. Нам кажется, что опасность возникновения несостоятельности наложенных на желчные пути швов несколько преувеличена. Так как любой дренаж оставляет после себя брюшинные спайки той или иной степени, показания к дренированию брюшной полости должны быть ограничены. Дренаж брюшной полости нужен лишь там, где во время самой операции источник инфекции полностью не ликвидирован и нет уверенности в прочности наложенных швов на органы. Что касается тампонады брюшной полости по поводу кровотечения, то она на современном уровне развития полостной хирургии вообще не должна применяться. Более строгие показания к дренированию брюшной полости являются одним из условий профилактики спаечной болезни брюшины.

Очень часто, порою совершенно без достаточных показаний, хирурги оставляют в брюшной полости резиновые катетеры или трубки для профилактического введения антибиотиков. Полагая, что они никакого зла организму не причиняют, их нередко оставляют на довольно длительные (до снятия швов) сроки. Между тем мы, основываясь на своем опыте с применением пневмоперитонеума в различные сроки после операции, можем сказать, что любое инородное тело, оставленное в брюшной полости хотя бы временно, вызывает спаечный процесс. При применении резиновых трубок и марлевых дренажей уже на второй день можно отметить наличие ограниченного брюшинного спаечного процесса соответственно расположению их. В этом отношении более выгодно применение полихлорвиниловых трубок. Однако и они при длительном нахождении в брюшной полости приводят к возникновению грануляционного вала в окружности трубки.

При использовании трубок для введения антибиотиков и средств, предупреждающих возникновение брюшинных спаек (кислорода, кортикостероидов), мы обратили внимание еще на одну деталь. Если трубка оставлена в брюшной полости в области верхнего угла раны при срединных доступах, то образование грануляционного вала происходит быстрее и чаще; если в области нижнего угла, то медленнее и реже. Нам кажется, что соприкосновение трубок с менее подвижными органами создает условия для более быстрого возникновения брюшинных спаек. Сравнительно редкое возникновение межбрюшинных спаек при ниже-срединных доступах может быть также отчасти объяснено расположением в этой области более подвижных органов.

Исходя из этого, мы рекомендуем оставлять в необходимых случаях на непродолжительный срок полихлорвиниловые трубки в области расположения подвижных органов брюшной полости.

Все вышесказанное касается и операции Нобля, так как она тоже не предупреждает возникновения межбрюшинных спаек.

Одним из важных факторов профилактики повторной послеоперационной спаечной болезни брюшины является радикальность при первой операции, о чем говорил в свое время Р. С. Свидлер (1937).

Если мы раньше при спаечной болезни ограничивались только рассечением тяжелых спаек, непосредственно вызывающих непроходимость кишечника, то теперь стремимся оперировать более радикально. При значительных повреждениях серозы чаще стали прибегать к резекции петли кишечника и наложению анастомоза конец в конец. Кроме указанных выше методов профилактики мы применяем также внутрибрюшинно кислород, кортикостероиды и раствор новокаина. В экспериментах и в клинике получены положительные результаты от такой комбинированной профилактики, о чем будет сообщено отдельно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блинов Н. И. Вестн. хир., 1956, 8. — 2. Гатауллин Н. Г. Там же, 1963, 10. — 3. Гатауллин Н. Г., Камалов М. Х., Легос А. А. Сб. научн. раб. Башкирской республиканской специализированной клинической больницы. Уфа, 1963. — 4. Григорович И. Н. Хирургия, 1964, 3. — 5. Ермаксова В. А., Корабельников И. Д., Образцов Г. Д., Скворцов И. Г. и Ямпольская Х. Г. Тр. научн. конф. Глухой шов в хирургии при применении антибиотиков. Челябинск, 1958. — 6. Золотарева Т. В. Харьковская областная научно-практ. конф. хирургов и терапевтов. Харьков, 1961. — 7. Орлов И. И. Тр. II научн. съезда врачей Средней Азии. Ташкент, 1926. — 8. Ротенберг Г. А. Тр. Среднеазиатского медицинского института, 1935, том I, вып. 1. — 9. Свидлер Р. С. Сов. здравоохран. Туркмении, 1937, 1. — 10. Стручков В. И., Федоров Б. П. Хирургия, 1964, 2. — 11. Тимофеев Н. С., Иванова Е. В. и Плетнева В. А. Вестн. хир., 1963, 10. — 12. Фурторный Н. С. Тез. докл. I научно-практ. конф. врачей Смоленской области. Смоленск, 1962. — 13. Шахбазян Е. С. Клин. мед., 1962, 10.