

частью консолидацию отломков и восстановление анатомической оси поврежденного сегмента конечности.

2. Успех внутрикостной металлической фиксации во многом зависит от правильных показаний, индивидуального подбора штифта, тщательности хирургической обработки раны, репозиции и фиксации отломков, от правильного послеоперационного лечения.

3. При обширном размождении мягких тканей конечности и многооскольчатом переломе с беспорядочным расположением отломков металлический штифт выполняет роль внутреннего временного протеза.

4. Фиксация металлическим штифтом особенно показана при одновременных переломах нескольких костей в разных сегментах одноименной конечности.

5. При массивной открытой травме конечности в мирных условиях не следует спешить с ампутацией.

6. Внутрикостная фиксация может явиться фактором, предупреждающим или купирующим инфекцию раны лишь тогда, когда металлический штифт прочно фиксирует отломки.

7. Прочная фиксация отломков металлическим штифтом создает возможность оставить конечность без иммобилизации, что позволяет быстрее восстановить функцию конечности.

8. При этом методе лечения открытых переломов отмечаются сокращение срока постельного режима и пребывания больного в стационаре, а также быстрое устранение болевых ощущений.

9. Необходимо пересмотреть существующие положения для врачей ВТЭК по определению трудоспособности у больных с металлическим штифтом в костномозговом канале при образовании костной мозоли.

Поступила 14 мая 1958 г.

ИСХОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Доц. В. И. МИХАЙЛОВ

Из хирургической клиники педфака (директор — проф. И. В. Домрачев) Казанского медицинского института

Известно, что наибольший процент смертности при общем ингаляционном наркозе наблюдается при операциях на желчных путях. По этому поводу А. В. Вишневский [3] писал: «Опасности наркоза при хирургических операциях должны быть обойдены широким применением местной анестезии». О влиянии местной анестезии на исходы оперативного лечения воспалительных процессов желчных путей мы и хотим сообщить на основе опыта хирургической клиники педфака КГМИ.

Наблюдения ассистента нашей клиники М. М. Сайфутдиновой по изучению холестерина обмена у больных с очевидностью доказывают, что функция печени изменяется не только при заболевании этого органа, но и при заболевании других органов брюшной полости.

Б. Н. Ситковский в экспериментах получал изменения в печени в форме гнездных некрозов паренхимы при хлороформировании, введении морфия и этеризации. А. Я. Пытель указывает на осложнения после операции на желчных путях, известные под названием печеночно-почечного синдрома, являющегося результатом заболевания или повреждения печени с накоплением в крови токсических веществ, действующих на стенки всех сосудов вообще и особенно резко — на мальпигиевы клубочки почек. По данным клиники Р. А. Лурья, 50,6% холе-

циститов протекали с нарушением секреторной и моторной функций желудка. Функциональное состояние двенадцатиперстной кишки нередко сказывается на функции желчного пузыря. У 68% больных холециститами отмечен аппендицит в анамнезе. При заболевании одного органа изменения со стороны других органов колеблются в широких пределах — от грубых, резко выраженных симптомов до незначительных, скрыто протекающих, и обуславливаются или распространением инфекции по кровеносным и лимфатическим путям, или нарушением корреляции со стороны вегетативной нервной системы. Хлороформ и эфир при общем наркозе токсически действуют на клетки паренхиматозных органов, усугубляя патологический процесс. Местная анестезия не вызывает дополнительной интоксикации организма, а между тем «наши отечественные хирурги проводят большинство операций на желчных путях под наркозом» (А. Д. Очкин). Правда, он добавляет, что «сторонники операции на желчных путях под наркозом тоже пользуются анестезией по Вишневскому в особо тяжелых случаях, сопряженных с интоксикацией больных, а также при оперировании престарелых людей». Другими словами, Очкин признает, что местная анестезия по Вишневскому является наиболее щадящим способом обезболивания при операциях на желчных путях.

Н. Н. Смирнов [11] в своей статье «Местная анестезия и глухой шов при холецистэктомиях» приходит к заключению, что при умелой местной анестезии больной превращается в помощника хирургу. Его не рвет, он не напрягает живота, спокоен, хирургу не нужно быть все время начеку из-за возможностей наркотических осложнений. Что касается психики больного и ее выключения на время операции, то гораздо сильнее в отрицательном смысле действуют накладывание маски на лицо, закрывание глаз полотенцем, удушающее ощущение от первых же капель эфира.

Новокаинизация тканей как слабый раздражитель нервной системы оказывает благоприятное влияние на течение воспалительного процесса, рассматриваемого школой Вишневского как нервнодистрофический процесс. Г. А. Рихтер, изучая боль и обезболивание в свете учения И. П. Павлова, приходит к заключению, что полная местная анестезия, при которой выключается вся система периферических рецепторов, является наиболее щадящей для нервной системы и для организма в целом. С. П. Протопопов, экспериментируя на животных с целью изучения анестезии нерва новокаином с позиции учения Введенского о парабозе, пришел к выводу, что слабые растворы новокаина при анестезии нерва методом тугих ползучих инфильтратов изменяют функциональное состояние нерва, и эти изменения обратимы.

Все операции на желчных путях в нашей клинике сделаны под местной анестезией по методу А. В. Вишневского. За 31 год (1926—1957) прооперировано 164 больных (женщин — 138, мужчин — 26).

Возрастной состав больных

	20—30	31—40	41—50	51—60	61—70	Итого
Женщин	12	50	45	27	4	138
Мужчин	1	9	5	9	2	26

Наибольшее количество больных падает на рабочий возраст 31—50 лет — 60,3%, что совпадает с литературными данными (Б. А. Петров и другие).

Производились следующие виды оперативных вмешательств: 1) холецистэктомия — 131 больному; 2) холецистэктомия и холедохотомия — 17; 3) холецистэктомия и аппендэктомия — 2; 4) холецистостомия — 2; 5) операция типа Прибрама — 2; 6) холецистостомия — 2; 7) холецистогастро-анастомоз — 4; 8) повторные операции на общем желчном протоке — 4 больным.

Следовательно, в громадном большинстве случаев производилась операция холецистэктомии, предложенная В. Бобровым в 1894 г. Холецистэктомии произведены больным с хроническим рецидивным холециститом на сроках от 5 до 19 дней после поступления в клинику, в зависимости от тяжести воспалительного процесса, но по разрешении острого приступа. Только в 2 случаях эта операция произведена на высоте приступа больной Ш., 40 лет, с подозрением на перфорацию желчного пузыря в свободную брюшную полость; больному В., 27 лет, с острым холециститом и обтурацией камнем пузыряного протока. Оба больные выздоровели. В отдельных случаях проводились и другие операции.

Холецистостомия произведена больной Ф., 36 лет (операция 16/II 1927 г.), и больной М., 45 лет (операция 8/III 1948 г.). При операциях обнаружены солитарные холестериновые камни, заполняющие весь просвет желчного пузыря при отсутствии патологических изменений в общем желчном протоке. Камни удалены путем вскрытия желчного пузыря с последующим зашиванием его двухэтажным швом. Эта операция, не отвечающая современным взглядам на патогенез камнеобразования в желчных путях и преследующая цель удаления камней, но отнюдь не борьбу с инфекцией, должна быть оставлена, так как после нее возможно не только образование камней, но и развитие инфекции в вышележащих путях, что и было со второй из наших больных.

Операция типа Прибрама (вскрытие желчного пузыря, смазывание йодной настойкой слизистой оболочки и тампонада его) произведена больной Б., 49 лет (операция 6/I 1945 г.), у которой желчный пузырь был сморщен, с рубцовоизмененными стенками и резким перихолециститом. Самочувствие больной после операции вполне удовлетворительное.

Вторая операция, типа Прибрама, произведена больному Г., (операция 8/IX 1952 г.). Желчный пузырь лежал как бы внутрипеченочно. Ввиду невозможности его удалить, слизистая обильно смазана йодной настойкой, и полость желчного пузыря затампонирована с мазью Вишневского. После трехлетнего удовлетворительного самочувствия больной Г. вторично поступил в клинику в 1955 г. с явлениями гнойного холангита и, несмотря на энергичное комбинированное лечение антибиотиками и строгой диету, погиб при явлениях сепсиса.

Холецистостомия произведена больному М., 26 лет (операция 23/III 1939 г.). Попытка выделить желчный пузырь из ложа, благодаря ломкости его стенок, не увенчалась успехом. Просвет желчного пузыря был вскрыт, удалены билирубиновые камни, и желчный пузырь был шит в рану брюшной стенки.

Вторая операция холецистостомии сделана 1/X 1955 г. больному Г., 55 лет, на вторые сутки приступа желчнокаменной болезни, с явлениями резкой интоксикации организма. Через 2 года после операции Г. практически здоров и полностью выполняет свою работу.

Холецистостомия показана в тяжелых случаях желчнокаменной болезни с ясно выраженной интоксикацией организма, когда риск холецистэктомии велик. Цель операции — спасти жизнь больному. Б. А. Петров, сделавший 19 холецистостомий у самых тяжелых больных, потерял лишь троих. Он высказывает сожаление, что не сделал ее еще у 16 больных, у которых холецистэктомия была роковой ввиду тяжести состояния. Н. В. Соколов на 17 холецистостомий, сделанных самым тяжелым больным, потерял 8 человек. Свищи в некоторых случаях закрываются самостоятельно, и больные выздоравливают на долгие годы.

Операция наложения соустья между желчным пузырем и желудком сделана больным: М-ной, 57 лет; У-ву, 64 лет; И-ву, 66 лет; Р-ой, 55 лет, по поводу рака головки поджелудочной железы. В двух случаях последовал смертельный исход на ближайших сроках после операции.

Больным Ш-вой и Я-ой сделаны повторные операции после холецистэктомий по поводу механической желтухи на почве закупорки камнем общего желчного протока, причем у больной Ш-вой из протока удалены 4 камня величиной с горошину и замаз-

кообразная масса, у больной Я-ой при повторной операции (через 2,5 месяца после первой) в общем желчном протоке камня не обнаружено. Непроходимость общего желчного протока объяснялась в данном случае воспалительным инфильтратом Фатерова соска, разрешившимся после дренирования общего желчного протока. Третья повторная операция на общем желчном протоке была сделана в апреле 1939 г. больной С. по поводу закупорки протока камнем.

Состояние Я-ой в настоящее время хорошее. Больная Ш-ва оперирована в нашей клинике третий раз и погибла от гнойного холангита через 2 года после первой операции. Судьба С. неизвестна.

Четвертая повторная операция сделана больной Ч-ла, 39 лет, по поводу механической желтухи на почве закупорки общего желчного протока камнем после холецистэктомии, сделанной за полгода до нашей операции в другой клинике. В настоящее время самочувствие Ч-ла хорошее.

При операциях на желчных путях клиника пользуется для вскрытия брюшной полости разрезом Вишневого, дающим вполне удовлетворительный доступ.

Местная анестезия, благодаря гидравлической препаровке, позволяет легко удалять желчный пузырь со дна (А. В. Вишневский), что облегчает доступ к пузырному протоку, отчетливую перевязку а. cystica и обработку культи пузырного протока. Последний мы всегда перевязываем по способу Вишневого, дающему хорошие результаты. Только в двух случаях мы наблюдали длительное истечение желчи из раны брюшной стенки. В обоих случаях течение закончилось выздоровлением больных. Из 164 операций на желчных путях в 41% брюшная полость была закрыта наглухо, в 59% производилась тампонада с мазью Вишневого с подведением тампонов к ложу пузыря, культе пузырного протока и отверстию Винслова. Концы тампонов выводились наружу через нижний угол раны. После холедохотомии брюшная полость обязательно тампонируется, и в общий желчный проток вставляется дренаж (сифон-манометр по Вишневскому).

Что касается вопроса о показаниях к оперативному лечению воспалительных заболеваний желчных путей, то за последнее время наметилась тенденция к расширению показаний к оперативному лечению в острых стадиях воспаления и в более ранние сроки — в первые 72 часа после начала приступа. А. В. Вишневский [3] еще в 1933 г. писал: «Мы оперировали решительно всех больных, какие к нам обращались с заболеваниями желчных путей, — ни возраст больных, ни тяжесть процесса, ни состояние органов не давали нам противопоказаний для хирургического вмешательства. Оперировались больные как при стихнувших явлениях, так и в острой стадии течения гнойного процесса», причем смертность, по данным А. В. Вишневого, составила 3%. Такие широкие возможности могли быть только при отказе от общего наркоза и переходе к местной анестезии.

Из оперированных в клинике 164 больных у 20 был бескамневой холецистит, из них в 2 случаях дискинезия желчного пузыря; в 103 — желчнокаменная болезнь, из них камни желчного пузыря — в 71 случае, камни желчного пузыря и общего желчного протока — в 32 случаях; эмпиема желчного пузыря — у 20 больных; водянка желчного пузыря — у 21 больного.

Обращает на себя внимание превалирование камневых холециститов над бескамневыми. Последние имели место по данным С. П. Федорова в 13%, по данным А. В. Мартынова — в 25%, по нашим данным — в 12,7%. М. А. Гопчибашев среди 852 больных бескамневой холецистит встретил только у 4 больных. Камневой холецистит значительно чаще дает осложнения с переходом патологического процесса на внутри- и внепеченочные ходы.

По вскрытии брюшной полости нам ни разу, за исключением двух случаев дискинезий, не приходилось наблюдать свободного желчного пузыря, а всегда имелись спайки, выраженные в той или иной степени,

в зависимости от длительности заболевания и интенсивности воспалительного процесса. Нам не удалось также отметить разницы в интенсивности спаечного процесса при камневых и бескамневых холециститах.

Патологоанатомические изменения, находимые при операциях, сводились к следующему: 1) желчный пузырь увеличен, сероза его инъецирована, спайки с окружающими органами у 71 больного; 2) желчный пузырь увеличен, стенки его инфильтрированы, спаечный процесс и инфильтрация вокруг желчных протоков — у 39 больных; 3) желчный пузырь сморщен, стенки его рубцово изменены, резко выраженный перихолецистит — у 51 больного; 4) желчный пузырь увеличен, сероза его инъецирована, спаяк нет — у 3 больных.

По давности заболевания больные распределяются: до 1 года от начала заболевания поступило 19 больных; до 2 лет — 16 больных; до 3 лет — 23 больных; до 5 лет — 40 больных; свыше 5 лет — 66 больных.

Больных с первичным холециститом (один приступ) было 19, с рецидивирующим — 145. Если принять во внимание, что за хирургической помощью обратилось только 19 больных с первичным холециститом, то нужно признать, что популярность оперативного лечения воспалительных процессов желчных путей у нас недостаточна как среди врачей, так и населения. А между тем известно, что чем длительнее существует воспалительный процесс, тем больше возможностей вовлечения в процесс окружающих органов. Прав А. Д. Очкин, говоря, что «хирурги должны продолжать доказывать необходимость своевременного хирургического вмешательства как больным, так и лечащим врачам»¹.

В особенности своевременное хирургическое вмешательство показано при заболеваниях желчных путей у лиц пожилого возраста, тучных, у которых эти заболевания являются опасными, тяжело протекающими и при запоздалых операциях дающими высокий процент смертности. Двое больных, умерших в нашей клинике, относились именно к этой категории людей.

Наша клиника в отношении срока оперативного вмешательства стоит на позициях раннего оперативного вмешательства, суживая или расширяя срок операции в зависимости от индивидуальных особенностей случая. К сожалению, этот принцип не всегда возможно соблюсти ввиду позднего поступления из дома или позднего перевода больных из терапевтического отделения в хирургическую клинику.

Анализ отдаленных результатов оперативного лечения воспалительных процессов желчных путей, базирующийся на личном обследовании 100 больных, показывает, что полное выздоровление больных наблюдалось в 90,1% случаев, в 9,9% случаев больные продолжают жаловаться на боли в правом подреберье, по поводу которых проводят лечение в терапевтических кабинетах поликлиник.

У 3 больных наблюдались послеоперационные рубцовые грыжи умеренной величины, не причиняющие особых страданий больным.

Послеоперационная смертность составила 4,2% — 7 смертельных исходов на 164 операции, из них 2 смертельных исхода наступили при операциях наложения соустья между пузырем и желудком по поводу рака головки поджелудочной железы, 5 смертельных исходов наступили после холецистэктомии и холедохотомии у больных в возрасте 40—62 лет, у которых операция была крайне запоздалой и вынужденной, как последнее средство спасти жизнь, ибо налицо была полная картина холангита как осложнения желчнокаменной болезни.

Смертность, по литературным данным, колеблется от 3% (А. В. Вишнеvский) до 10% (А. В. Мартынов).

¹ А. Д. Очкин. Хирургия, № 10, 1950.

На ближайших сроках после выписки из клиники по поводу операции на желчных путях умерла больная Ю. от перитонита на почве абсцесса культи пузырного протока, вскрывшегося в брюшную полость.

ВЫВОДЫ:

1. При операциях на желчных путях следует применять местную анестезию по Вишневскому как наиболее щадящий метод обезболивания.

2. Она особенно показана при холециститах, осложненных обтурационной желтухой и холангитом.

3. Срок и способ операции при хирургическом лечении воспалительных процессов желчных путей обуславливается характером патологического процесса и его течением.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. В. Вишневский. Врачебная газета, № 19, 1925.
2. Он же. Казанский медицинский журнал, № 1, 1932.
3. Он же. Местное обезболивание по методу тугих ползучих инфильтратов. Казань, 1933.
4. И. В. Домрачев. 18 лет местной анестезии. Казань, 1940. Рукопись.
5. А. М. Заблудовский. Хирургия, № 4, 1948.
6. А. В. Мартынов. БМЭ, том 10.
7. А. Я. Пытель. Труды 25-го съезда хирургов. М., 1946.
8. Б. А. Петров. Хирургия, № 10, 1950.
9. С. П. Протопопов. Хирургия, № 4, 1951.
10. Г. А. Рихтер. Хирургия, № 4, 1951.
11. Н. Н. Смирнов. Советская хирургия, № 5, 1936.
12. Н. В. Соколов. Казанский медицинский журнал, № 1, 1957.
13. М. А. Топчибашев. Хирургия, № 1, 1951.
14. С. П. Федоров. Желчнокаменная болезнь и хирургия желчных путей, Л., 1943.

Поступила 11 июня 1957 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОТЕНЦИРОВАННОГО НАРКОЗА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Асс. Н. А. КОЛСАНОВ

Из кафедры хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Проблема обезболивания, впервые получившая научное обоснование в трудах Н. И. Пирогова, в настоящее время выросла в отдельную отрасль науки — анестезиологию.

Современное обезболивание включает в себя целый ряд фармакологических, физиологических, клинических и хирургических вопросов. Понятие об обезболивании предполагает не только устранение чувства боли, но и целый ряд мероприятий по регулированию жизненных функций и уменьшению обменных нарушений, возникающих при каждом оперативном вмешательстве.

При больших хирургических вмешательствах в результате операционной травмы, особенно у ослабленных больных, иногда возникают острые, опасные для жизни больного изменения, в основном нервно-рефлекторные, ведущие к нарушению обменных функций и деятельности сердечно-сосудистой системы.

Решение этих вопросов идет по пути изучения и внедрения в практику современных методов обезболивания, в основе которых лежит предварительное снижение обменных процессов и общей реактивности организма путем фармакологического воздействия на различные звенья нейрогуморальной регуляции. Это достигается введением в организм