

дни после операции бывает очень трудно отличить динамическую непроходимость от механической. Неоценимую помощь оказывает рентгенологическое исследование. Контрастную взвесь можно давать больному в количестве 100—150 г даже со 2-го дня после резекции желудка. Исследование 3—4 раза в сутки дает возможность определить степень нарушения проходимости анастомоза.

При нестойких формах нарушения проходимости (атония культи, спазмы отводящей и приводящей петель, отек анастомоза) применяем зонд по Субботину, парентеральное питание и т. д., при стойких (анастомозитах, инфильтратах) — антибиотики, физио-, рентгено-, гемотерапию и т. д. Обязательно проводим рентгенологический контроль за функцией анастомоза; если в течение 8—12 дней проходимость анастомоза не восстанавливается, то осуществляем релапаротомию. При внутренних ущемлениях характерна высокая непроходимость. Эти случаи требуют срочной релапаротомии. Мы наблюдали 10 больных (4,3%) с нарушениями моторно-эвакуаторной функции культи желудка, потребовавшими релапаротомии. У 8 больных была механическая непроходимость и у 2 — динамическая. Из 10 повторно оперированных больных умерло 2.

В настоящее время большинство авторов высказывается за оперативное лечение больных со стойкой формой послеоперационной непроходимости желудочно-кишечного соустья (инфильтраты, анастомозиты). Есть сторонники раннего (в первые 7 дней) и позднего (от 7 до 14 дней) оперативного лечения.

Мы придерживаемся следующей тактики: при высокой механической непроходимости производим срочную релапаротомию, при воспалительных инфильтратах, анастомозитах назначаем консервативное лечение в течение 10 дней (под рентгенологическим контролем). Если оно оказывается безуспешным, осуществляем релапаротомию.

## ВЫВОДЫ

При ранней (1—2-е сутки) несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки рекомендуется не ушивание образовавшегося свища, а отграничение тампонами брюшной полости с целью предупреждения разлитого перитонита.

При четких показаниях ранняя релапаротомия дает хорошие результаты.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ансимов А. Ф. *Вестн. хир.*, 1962, 7. — 2. Березов Е. Л. *Хирургия*, 1946, 4. — 3. Боровый Е. М. Там же, 1955, 7. — 4. Брегадзе И. Л. *Вестн. хир.*, 1936, 5. — 5. Вайнштейн М. С. *Хирургия*, 1959, 12. — 6. Иосселиани Г. Д. *Вестн. хир.*, 1955, 1. — 7. Климова В. К. *Нов. хир. арх.*, 1961, 7. — 8. Лаврова Т. Ф. *Хирургия*, 1953, 2. — 9. Литвак Я. М. Там же, 1950, 5. — 10. Музыка К. А. *Нов. хир. арх.*, 1961, 2. — 11. Мельников А. В. *Вестн. хир.*, 1954, 2; 1956, 8. — 12. Пипко А. С., Рыбакова Н. И. *Хирургия*, 1959, 4. — 13. Постолюк М. П. Ранние осложнения после резекции желудка при язвенной болезни. *Медицина*, М., 1965. — 14. Рожков А. Т. *Хирургия*, 1954, 2. — 15. Сазонов А. М. *Нов. хир. арх.*, 1961, 7. — 16. Тихомиров И. В., Рожков А. Т. *Хирургия*, 1955, 7. — 17. Шкроб О. С., Маринберг В. А. Там же, 1959, 2. — 18. Шкроб О. С. Там же, 1959, 12.

УДК 616.33—002.44—616—089

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**П. В. Кравченко** , А. С. Кнirik и Н. М. Самонин

*Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)*  
*Казанского ГИДУВА им. В. И. Ленина*

Резекция желудка при язве является общепризнанным радикальным методом хирургического лечения. Количество больных, перенесших эту операцию, велико. После операции создаются новые анатомические и физиологические условия, изучение которых имеет большое значение в оценке операции и компенсаторных приспособительных механизмов.

Единой классификации отдаленных результатов резекции желудка нет. Нас удовлетворяет классификация, предложенная Б. Л. Меерович, согласно которой результаты операции оценивались следующим образом: полная компенсация, относительная, декомпенсация и рецидив заболевания. При полной компенсации у больного восстанавливается

трудоспособность, он чувствует себя здоровым, диеты не придерживается. При относительной компенсации нарушения диеты или физическая нагрузка вызывают диспепсические явления, и больные вынуждены придерживаться нестрогой диеты. При декомпенсации больные теряют трудоспособность, предъявляют различные жалобы, у них возникает демпинг-синдром, «симптом малого желудка» и т. д.

С целью изучения отдаленных результатов резекции желудка было разослано 325 анкет. Получено и обработано 150 ответов. 28 больных были оперированы по поводу язвы желудка, 92 — по поводу язвы двенадцатиперстной кишки и 20 — по поводу послеязвенных стенозов привратника и двенадцатиперстной кишки. Резекция желудка по способу Бильрот II — Гюфмейстер — Финстера была сделана 101 больному, по способу Поля — Райхель — 49. С момента операции прошло 2 года у 29 чел., от 3 до 5 лет — у 91, от 6 до 10 лет — у 30.

Полная компенсация наступила у 87 чел. (58%), относительная — у 51 (34%), декомпенсация — у 12 (8%). Рецидивов заболеваний не было. 94,7% больных оценивают положительно результат резекции желудка, у 5,3% сперация в значительной степени облегчила состояние. Среди больных с неудовлетворительным результатом после операции особого внимания заслуживают страдающие «демпинг-синдромом». Их можно разделить на две группы. У одних только после значительного нарушения диеты появляется общая слабость, головокружение, чувство жара, сердцебиение. Соблюдение этими больными диеты с ограничением углеводов дает положительный результат. У больных второй группы, с тяжелой формой «демпинг-синдрома», его признаки возникают непосредственно после каждого приема пищи и не поддаются диетическому лечению.

У больных, которые имели относительную компенсацию после резекции желудка, нами была проверена реакция на введение через тонкий зонд в культю желудка различных гипертонических и изотонических растворов. Введение 200 мл 40% раствора глюкозы или физиологического раствора поваренной соли вызывало картину, соответствующую «демпинг-синдрому». Таким образом, у части больных явления относительной компенсации были связаны со скрыто протекающим «демпинг-синдромом». Вероятно, от этого зависит и эффективность назначаемой диетотерапии. Как известно, «демпинг-синдром» появляется в первые месяцы после резекции желудка. Большинству больных мы рекомендуем принимать ограниченное количество углеводов и жиров, прием пищи начинать со второго блюда, которое должно в основном состоять из белков и не быть горячим (крутые яйца, тощее мясо, творог). Первые блюда и вообще жидкости следует принимать спустя 30—40 мин. после второго. Такая диета обычно облегчает состояние больных, а иногда излечивает.

Мы придаем большое значение технике резекции желудка, так как ряд осложнений в отдаленные сроки может зависеть и от этого. Наложение неоправданно широких анастомозов приводит к быстрой эвакуации пищи из желудка в кишечник, что обуславливает расстройство кишечного пищеварения и развитие энтерита. Длинная приводящая петля способствует застою в ней пищевых масс и развитию типичной картины «синдрома приводящей петли», что в свою очередь снижает эффективность резекции желудка. Залогом успеха резекции желудка при язве является удаление не менее  $\frac{2}{3}$  желудка (С. С. Юдин, Е. Л. Березов). Выполнив за последние годы около 600 резекций желудка по поводу язвы, мы ни разу не наблюдали развития пептической язвы анастомоза, что в значительной степени зависит от техники операции.

Наши данные позволяют считать, что на современном этапе развития хирургии операция резекции желудка по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является методом выбора, так как дает лучшие отдаленные результаты, чем другие ранее применявшиеся операции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Меерович Б. Л. Хирургия, 1957, 2; 1962, 10. — 2. Зарубин С. А. Вопросы хирургии желудка и пищевода. Горький, 1955.

УДК 616.381—002

### КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ ПЕРИТОНИТАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Р. А. Вяселев**, И. А. Салихов и Т. П. Тихонова

*Клиника госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Р. А. Вяселев)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
им. С. В. Курашова*

Результаты лечения больных перитонитом в последние годы заметно улучшились, однако летальность от этого заболевания еще значительна (по данным ряда авторов — 5—10% и более).