

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 — Гофмейстер — 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).

Перитонит всегда является осложнением воспалительных процессов в брюшной полости, которые нередко диагностируются со значительным опозданием. Следует отметить также, что в связи с применением антибиотиков участились случаи вялого затяжного течения перитонита с склонностью к образованию изолированных гноевиков.

Лечение больных с острым разлитым перитонитом всегда должно быть комплексным, главным элементом его является своевременное и по возможности радикальное оперативное вмешательство. Усилия врача должны быть направлены на борьбу с микробным фактором (как правило, с определением чувствительности к антибиотикам), с нарушениями кровообращения, водно-солевого и белкового баланса. Особое внимание необходимо уделить ранним мерам борьбы с парезом желудка и кишечника.

В качестве стимулятора моторики и профилактики пареза с 1960 г. мы широко используем новый эффективный препарат нибуфин, синтезированный в Казани и впервые испытанный в нашей клинике (Р. А. Вяселев, 1961). В отличие от других известных антихолинэстеразных препаратов нибуфин практически не дает побочных действий (например, гипотензивной реакции), вместе с тем действие его отличается постепенным нарастанием и достаточной продолжительностью эффекта (до 12 часов). Препарат вводят внутримышечно, взрослым 3 мл водного раствора в концентрации 1:3000. Действие нибуфина проявляется усилением перистальтики (кишечных шумов), отхождением кишечного содержимого через 1—2—3 часа после введения препарата. Клизма из гипертонического раствора поваренной соли через 1,5—2 часа после введения нибуфина облегчает отхождение газов и стула. В целях борьбы с парезом кишечника мы также нередко применяем паранефральную новокаиновую блокаду, блокаду чревных нервов по В. В. Мосину.

Не останавливаясь на других общеизвестных и также важных компонентах комплексной терапии перитонита, переходим к изложению собственных клинических наблюдений.

Мы изучили истории болезни 493 больных с острым разлитым перитонитом различного происхождения, находившихся на излечении в клинике госпитальной хирургии в 1945—1963 гг.

По комплексу применявшихся средств лечения можно выделить три основных периода: 1-й (1945—1948 гг.) — лечебный комплекс не включал антибиотиков; 2-й (1949—1959 гг.) — введение антибиотиков внутримышечно и в брюшную полость; 3-й (с 1960 г.) — помимо антибиотиков применяется новокаиновая блокада чревных нервов и пограничных симпатических стволов и введение нибуфина.

До применения антибиотиков погибало 45,07% больных, в период применения антибиотиков — 24,67%, за последние годы, в связи с применением нибуфина и новокаиновой блокады, — 11,51%.

Таким образом, своевременное и радикальное оперативное вмешательство в сочетании с широким комплексом консервативных мер в послеоперационном периоде обеспечивает прогрессивное улучшение результатов лечения больных с острым перитонитом различного происхождения. В числе новых эффективных мер следует выделить средства патогенетической терапии парезов кишечника в виде препарата нибуфина, заплевральной новокаиновой блокады, а также комплекса противоаллергических мер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вяселев Р. А. Казанский мед. ж., 1964, 5. — 2. Гафуров Х. Г. Разлитой гнойный перитонит. Ташкент, 1957. — 3. Коробельников И. Д. Тр. Всеросс. съезда хирургов, 1959. — 4. Левит В. С. Перитонит. Тр. I съезда хирургов Российской федерации. М., 1959. — 5. Сельцовский П. Л. Хирургия, 1958, 4; Разлитые гнойные перитониты. Медгиз, М., 1963. — 6. Соколов Н. В. Казанский мед. ж., 1958, 4. — 7. Шлапоберский В. Я. Острые гнойные перитониты. Медгиз, М., 1958.

УДК 616.381—002—612.015.345

СОСТОЯНИЕ БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ И ЛИПОПРОТЕИДОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ

Р. А. Вяселев и З. А. Мухамедов

*Кафедра госпитальной хирургии № 1 (и. о. зав. — доц. Ш. Х. Байбекова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова и хирургическое отделение 12-й городской больницы
(главврач — Т. М. Барышева)*

В настоящее время уделяют большое внимание изучению белковых фракций и липопротеидов сыворотки крови при различных патологических состояниях. Известно, что воспалительные процессы брюшной полости сопровождаются нарушением всех видов обмена веществ, особенно белкового.