

Осложнений после операций не было. У всех исчезли боли в эпигастрии, появился аппетит, и они могли нормально питаться.

Отдаленные результаты прослежены у 6 больных. Прежнюю работу выполняют трое, остальные не работают в связи с преклонным возрастом. Болей после еды нет ни у одного.

Агастрическая анемия у оперированных нами не наблюдалась. Изменений в составе крови не найдено. Пищеводно-желудочный, пищеводно-кишечный анастомозы при рентгенологическом исследовании функционировали у всех хорошо. Пилороспазма у оперированных нами не отмечалось. После гастрэктомии у двух больных были расширение петли тонкой кишки ниже анастомоза и образование газового пузыря.

Наименьшее число жалоб предъявляли больные после резекции кардиального отдела желудка с наложением эзофагогастроанастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдюничев В. А. Сб. тр. Алтайского мединститута, т. I, 1957. — 2. Березов Ю. Е. Сб. научн. раб. Иркутского мединститута, 1953. — 3. Лядов Ю. С. Грудная хирургия, 1960, 1. — 4. Петерсон Б. Е., Кондратьева А. А. Вopr. хирургии желудка и пищевода. Горький, 1956. — 5. Петровский Б. В. Грудная хирургия, 1960, 4. — 6. Серебрякова А. Г. Хирургия, 1953, 4; Вест. хир., 1959, 2; Вopr. хирургии пищевода и желудка, Томск, 1960. — 7. Тимофеева Н. И., Кронрод Б. А. Грудная хирургия, 1960, 3.

Поступила 20 декабря 1961 г.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ

Канд. мед. наук Х. З. Ахунзянов

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института

Хирургическое вмешательство на высоте кровотечения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта производится большинством хирургов чаще больным среднего и пожилого возраста и очень редко — при глубокой старости, особенно при выраженных возрастных изменениях со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы. Боязнь «потерять больного» заставляет некоторых хирургов отказаться от хирургического вмешательства и использовать консервативную терапию. Конечно, могут быть и противополоказания для производства операции таким больным, когда операция может быть или бесполезной, или вредной. В этих случаях консервативная терапия явится единственным методом лечения. При прямых показаниях и отсутствии особых противопоказаний хирургическое вмешательство является необходимым средством лечения даже в глубокой старости. Осторожным, активным действием хирург может продлить жизнь людей преклонного возраста.

При желудочном кровотечении на почве язвенной болезни желудка у людей преклонного возраста выжидательная тактика может привести к еще большему ослаблению организма. Известно, что в старческом возрасте кровеносные сосуды склерозированы и остановить кровотечение из просвета зияющего сосуда на фоне язвенного процесса очень трудно. Консервативные меры часто не приводят к желаемому результату, и больные нередко погибают.

Своевременное осторожное хирургическое вмешательство под местной анестезией по А. В. Вишневскому может в большинстве случаев оказаться наиболее выгодным методом борьбы с роковым последствием такого рода осложнения, как язвенное кровотечение в старческом возрасте.

Приводим наше наблюдение.

5/X 1959 г. в порядке неотложной помощи поступил больной П., 76 лет, по поводу желудочного кровотечения. Страдает заболеванием с 1941 г. и с этого же времени рентгенологически установлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Лечение проводилось консервативное в условиях стационара и диетсанатория. За время болезни кишечного кровотечения и кровавой рвоты не было. Из ранее перенесенных заболеваний упоминает сыпной и возвратный тифы, заболевание сердца в годы Великой Отечественной войны. За последнее время у больного были нервные переживания. Желудочное кровотечение открылось 3/X 1959 г., и в течение двух суток неоднократно была кровавая рвота. Естественные отправления — в пределах нормы.

В момент поступления состояние больного тяжелое. Кожные и видимые слизистые бледные, сознание ясное, вялый. Резко выражено истощение. Пульс до 100, слабого наполнения, ритмичный. АД — 120/70. Язык влажный, обложен белым налетом. Лим-

фатические железы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, перкуторный звук с коробочным оттенком. Границы сердца умеренно расширены, тоны приглушены, шумов нет. Живот правильной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Печень и селезенка не увеличены. Температура субфебрильная.

Гем. — 62%, Э. — 3060000, Л. — 14300, э. — 1%, п. — 11%, с. — 73%, л. — 11%, РОЭ — 18 мм/час.

Моча без патологий.

Учитывая состояние больного, решено установить наблюдение и проводить консервативное лечение: переливание крови в малых дозах, холод на область желудка, постельный режим, голодная диета. В дальнейшем больной получал жидкий стол, через рот желатину 3 раза в день, витамин В₁, викасол и подкожно — физиологический солевой раствор. Особого улучшения общего состояния не было. Больной отмечал боли в эпигастриальной области, слабость и задержку стула. Рвоты не было. На пятый день пребывания больного в стационаре количество гемоглобина снизилось до 48%. Вновь перелито 150 мл консервированной крови. Состояние не улучшалось, продолжались жалобы на боли в области желудка, плохой аппетит, слабость и головокружение.

К концу второй недели количество гемоглобина снизилось до 32%, а на 16-й день — до 28%. Улучшения в состоянии не отмечалось, жалобы оставались прежними, нарастала слабость, но АД оставалось в пределах 120/90. Повторное переливание крови в малой дозе и ряд других консервативных мероприятий не привели к улучшению состояния, а на 18-й день внезапно появилась кровавая рвота, состояние резко ухудшилось, пульс не прощупывался, выступил холодный пот, сознание затемнено, судороги в конечностях — развилась клиническая картина коллапса. После применения сердечных препаратов и переливания большой дозы крови состояние больного несколько улучшилось. Решено произвести хирургическое вмешательство. Перед операцией Гем. — 22%, пульс — 100, аритмичен, слабый.

Операция проводилась под местной новокаиновой анестезией. Обнаружена большая (с пятикопеечную монету) каллезная язва на задней стенке малой кривизны желудка, пенетрирующая в тело поджелудочной железы. Резко выраженный перигастрит и большое количество спаек значительно осложняли операцию. При разъединении задней стенки желудка и участка пенетрации язвы в поджелудочную железу просвет желудка вскрылся и дно язвы осталось на теле поджелудочной железы. Желудочный дефект затампонирован марлевой салфеткой, дно язвы выскоблено острой ложечкой и прикрыто свободным кусочком сальника, после чего произведена резекция двух третей желудка по способу Спасокукоцкого — Вильямса. Во время операции больному переливалась консервированная кровь (400 мл).

В послеоперационном периоде никаких осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта не наблюдалось, больной находился в стационаре в течение 49 дней под постоянным наблюдением терапевта и невропатолога. Выписан 11/XII 1959 г. Через два с лишним года самочувствие оперированного хорошее.

Поступила 15 января 1962 г.

ВНУТРИКИШЕЧНОЕ КОРМЛЕНИЕ И АСПИРАЦИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ СОКОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

И. П. Маслов

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института и Куйбышевский областной онкологический диспансер (главврач — Н. Н. Родионова)

Резекция желудка до настоящего времени не свободна от осложнений. Наряду с общими расстройствами резекции желудка свойственны осложнения, специфичные именно для этой операции: нарушение опорожнения культи желудка, несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза и культи двенадцатиперстной кишки.

О режиме питания больных после резекции желудка еще нет общепринятых установок.

Исходя из положения, что раннее кормление больных стимулирует восстановление функций всех органов желудочно-кишечного тракта, некоторые авторы (А. Н. Беркутов, Я. М. Литвак, Ко-Туи, Гарднер и др.) применяют раннее внутрикишечное кормление через трубку, введенную в тощую кишку во время операции. При этом отмечается более раннее восстановление функций желудочно-кишечного тракта у таких больных.

У 56 больных после резекции желудка нами был применен метод внутрикишечного кормления и непрерывной аспирации желудочного содержимого через вторую полихлорвиниловую трубку такого же диаметра.