

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 В<sub>1</sub>, 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.

Процесс кормления и отсасывания осуществлялся при помощи двух банок Боброва, расположенных на разных уровнях по отношению к больному. Банка для кормления располагалась на 1 метр выше постели больного, банка для отсасывания помещалась на пол. По закону сообщающихся сосудов содержимое из культи желудка по типу сифона поступает в банку Боброва, помещенную ниже уровня больного. Чтобы усилить механизм отсасывания, свободные трубки в обеих пробках банок Боброва соединяли при помощи резиновой трубки. Система становилась герметичной. В начале кормления отсасывающий эффект увеличивается за счет образующегося свободного пространства в банке для кормления и заполнения его воздухом из банки для отсасывания (рис. 1). В случаях неполноценной работы этой системы отсасывание производилось через каждые 2 часа шприцем Жанэ. По мере накопления отсасываемого содержимого до 50—100 мл оно вводится шприцем в трубку для кормления. Это способствует перевариванию вводимой пищи и сохранению кислотно-щелочного, водно-солевого и электролитного равновесия в организме.

При этой методике диспепсические явления отмечались в первые сутки у 10,3%, во вторые — у 9,2% и в третьи — у 2% больных. Количество отсасываемого содержимого в первые сутки в среднем было равно 450 мл. Макроскопически отмечался коричнево-красный цвет (желчь и примесь крови). Во вторые сутки — 507 мл, цвет коричневый (желчь, слизь, следы крови), в третьи — 363 мл, цвет зеленоватый (желудочный сок, слизь, примесь желчи).

В конце третьих суток больной исследуется под рентгеновским экраном. Через трубку, которая находится в культе желудка, осторожно вводится жидкий барий. По эвакуации бария в отводящее колено мы убеждались в проходимости анастомоза. Последняя отмечена у 48 из 55 исследованных больных.

После обследования барий из культи желудка отсасывается шприцем Жанэ, обе трубки извлекаются, и больному разрешается прием пищи (общепринятая послеоперационная диета с трехчасовыми интервалами).

У тех больных, у которых эвакуация бария в кишечник не отмечалась, трубка для кормления оставалась до четвертых и более суток. У одного больного кормление через трубку продолжалось в течение семи суток.

Отсасывание содержимого из культи желудка в этот период производилось по показаниям 1—2 раза в сутки.

При ведении больных по вышеописанной методике отмечается исключительно легкое для больного течение послеоперационного периода. Хорошее самочувствие больных, почти полное исключение парентерального пути введения разного рода жидкостей, ранняя перистальтика кишечника (конец первых суток) и раннее отхождение газов (вторые-третьи сутки) оставляют исключительно благоприятное впечатление у лечащего врача и облегчают работу всего медицинского персонала.

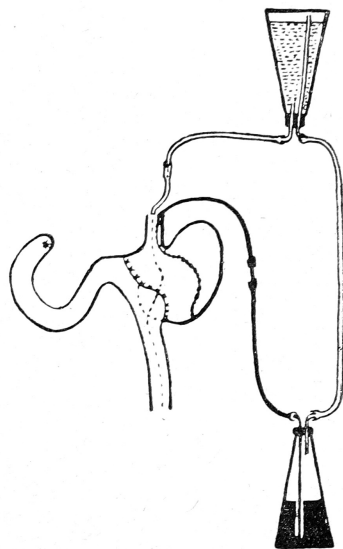


Рис. 1. Примерная схема применяемой нами системы для одновременного внутрикишечного кормления и аспирации пищеварительных соков из культи желудка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беркутов А. Н. Вестн. хир. им. Грекова, 1960, 3; Врач. дело, 1951, стр. 1049—1052. — 2. Вознесенский В. П. Нов. хир. арх., 1935, 34. — 3. Еланский И. Н. Хирургия, 1952, 10. — 4. Камаев М. Ф. Хирургия, 1939, 5. — 5. Литвак Я. М. Опорожнение желудка в первые дни после его резекции. Канд. дисс., Челябинск, 1950. — 6. Литвак Я. М. Вестн. хир., 1960, 3. — 7. Лыткин М. И. Об изменениях мышечного тонуса и эвакуаторной функции резецированного желудка в послеоперационном периоде. Канд. дисс., Л., 1951. — 8. Мельников А. В. Хирургия, 1955, 7.

Поступила 1 марта 1962 г.