

Наши наблюдения показали, что внутрикостную анестезию не следует применять при заболеваниях сосудов, варикозном расширении вен, тромбофлебите и эндартериите.

Если пользоваться внутрикостной анестезией при кожных пластических операциях, то нужно учесть возможность отторжения недостаточно хорошо фиксированного трансплантата образующейся гематомой.

Несмотря на отмеченные недостатки, внутрикостная анестезия в ряду обезболивающих методов при операциях по поводу заболеваний опорно-двигательного аппарата должна занять видное место.

В пользу этого говорит то, что полное обезболивание при внутрикостной анестезии дает возможность производить оперативные вмешательства на всех тканях конечности, и, наряду с этим, совершенно не нарушаются топографоанатомические взаимоотношения тканей. Некоторая экономия в расходовании раствора новокаина, по сравнению с местной инфильтрационной анестезией, также является положительной стороной внутрикостной анестезии.

Простота техники и безопасность для больных делают этот метод доступным для широкого круга практических врачей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алейников В. С. Хирургия, 1953, 6. — 2. Звягинцев А. Е. и Воробов Л. А. Хирургия, 1954, 3. — 3. Крупко И. Л., Воронцов А. В., Ткаченко С. С. Внутрикостная анестезия при хирургических вмешательствах на конечностях. М.—Л., 1955. — 4. Шуляк Г. М. Вестн. хир., 1952, 5.

Поступила 28 апреля 1960 г.

## ОПЫТ НАЛОЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО СОУСТИЯ ПО СПОСОБУ К. П. САПОЖКОВА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

*Н. А. Мифтахов*

— главврач Ютазинского района ТАССР и районной больницы

Вопрос о методике наложения желудочно-кишечных соустьев при резекции желудка не потерял остроты и практического значения.

Способ Бильрот I и его видоизменения не получили широкого распространения из-за технического несовершенства. Сблизить концы желудка и двенадцатиперстной кишки удастся далеко не всегда. Широко распространены способ Бильрот II и его модификации. Важным моментом в технике резекции желудка является вопрос о применении жомов. До сих пор этот вопрос не полностью разрешен, однако большинство хирургов, главным образом практических врачей, при резекциях желудка продолжает пользоваться желудочными и кишечными жомами. Существует много разновидностей желудочных и кишечных клемм, техники их наложения и т. д. Наложение жомов при операциях создает ряд неудобств и имеет ряд недостатков. Клеммы стесняют действия хирурга, мешая на определенном этапе наложению швов, и не позволяют хорошо приблизить одну стенку к другой. Клеммы травмируют все слои стенки желудка и кишки, сдавливая сосуды, бывают причиной последующих кровотечений, так как во время операции кровотечения не видно. Зажимы иногда соскальзывают, при высоких резекциях наложение жомов невозможно. Применение жомов создает благоприятные условия, способствующие проницаемости стенок желудочно-кишечного тракта для микробов.

С 1955 г. в хирургическом отделении Уруссинской больницы мы применяем бесклеммный метод резекции желудка, а с 1957 г. начали применять методику наложения соустьев на желудочно-кишечном канале по К. П. Сапожкову.

Нами сделано 108 резекций желудка без наложения клемм, из них 47 резекций по методике К. П. Сапожкова. Произведено резекций желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — 50, по поводу язвенной болезни желудка — 17, перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки и желудка — 13, рака желудка — 19. Кроме того, сделано 9 дегастрозэнтеростомий. Комбинированных резекций желудка было 23, которые сопровождалась резекцией поджелудочной

железы, поперечно-ободочной кишки и тонкого кишечника. Смертности после операции не было.

Из оперированных женщин было 24, мужчин 84. От 20 до 40 лет было 42, от 41 до 60 лет — 54 и старше — 12 человек.

Длительность заболевания до 3 лет была у 25, до 5 лет — у 31, до 10 лет — у 36, до 15 лет — у 13, до 20 лет — у 3.

По характеру болей какими-либо редкими особенностями наши больные не отличались. Основной была жалоба на боль в брюшной полости различного характера. Жаловались на постоянные боли 57% больных, на периодические боли, связанные с приемом пищи, 33%. Тошнота и рвота наблюдались у 32% больных. Болезненность в подложечной области разлитого или ограниченного характера отмечалась у 67% больных. Почти все отмечали расстройство общего состояния: частые головные боли, плохой сон, раздражительность, понижение работоспособности.

Из лабораторных данных мы обращали особое внимание на исследование желудочной секреции и рентгенологическое исследование. Кислотность желудочного сока была повышенной у 68%, пониженной — у 18%, нормальной — у 14%.

При резекциях желудка мы полностью отказались от применения жомов, и последние годы резекции желудка производим по К. П. Сапожкову.

Методика операции по К. П. Сапожкову описана Е. И. Тараминю в сборнике научных работ Иркутского медицинского института (1953 г.) и К. Е. Бронниковым в журнале «Вестник хирургии им. И. И. Грекова», т. I (1958 г.).

Большое внимание мы уделяем подготовке сознания больного к операции. С момента поступления больного в больницу мы стараемся создать спокойную обстановку, не помещаем его к больным, находящимся в тяжелом состоянии после операции, а помещаем нового больного к оперированным, которые уже оправились после операции. Выздоровливающие уже по своей инициативе убеждают больного в благоприятном исходе предстоящей ему операции.

Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных после резекции желудка нами опубликованы в «Казанском медицинском журнале», № 1 за 1960 г.

В послеоперационном периоде смертных исходов на 108 резекций желудка мы не имели.

Методика наложения соустья на желудочно-кишечном канале по способу К. П. Сапожкова при резекции желудка является методом выбора оперативного вмешательства, она менее травматична по сравнению с другими, создает хороший гемостаз и не дает осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андросов Б. И. Хирургия, 1955, 5. — 2. Березов Е. Л. Хирургия, 1952, 8. — 3. Он же. Хирургия пищевода и кардии желудка при раке. 1951. — 4. Он же. Вопросы хирургии желудка и пищевода. 1956. — 5. Бронников К. Вестн. хирургии, 1958, 1. — 6. Бусалов А. А. Резекция желудка при язвенной болезни, 1951. — 7. Кривошеев С. В. и Рубашов С. М. Резекция желудка при язвенной болезни, 1956. — 8. Маянц И. А. Техника резекции при язве желудка и двенадцатиперстной кишки и результаты этой операции. 1948. — 9. Мельников А. В. Вестн. хирургии, 1954, 2. — 10. Новиков Г. М. Хирургия, 1949, 5. — 11. Полянецв А. А. Хирургическое лечение больных раком пищевода и кардии, 1954. — 12. Тарамин Е. И. Сб. научн. работ Иркутского мед. ин-та, 1953. — 13. Телков Н. А. Вестн. хирургии, 1958, 1. — 14. Холдин С. А. Электрохирургические резекции и анастомозы на желудочно-кишечном канале, 1941. — 15. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии, 1955.

Поступила 12 декабря 1960 г.