

1. Бойко В. К., Волошин Я. М., Правдин Л. И., Танасиенко И. Д. Тр. и тез. докл. IX съезда хирургов Украинской ССР, 1958.—2. Гордон О. Л. Осложнения у язвенных больных после гастроэнтеростомии и резекции желудка. М., 1949.—3. Гордон О. Л. и Златопольский А. Р. Клини. мед. 1937, 10—11.—4. Гордон О. Л., Фрумин З. Д., Кардеева А. А. Клини. мед., 1951, 11.—5. Говорова М. С. Врач. дело, 1954, 7.—6. Егорова М. Н. Клини. мед., 1955, 3.—7. Зарубин С. А. В кн.: Вопросы хирургии пищевода и желудка, 1956.—8. Карамышев Ф. И. Клиника и трудоспособность после резекции желудка при язвенной болезни. Медгиз, 1954.—9. Копелович М. А. Клини. мед., 1937, 2.—10. Лобачев С. В. Острые панкреатиты. Медгиз, 1953.—11. Лебедев А. П. Хирургия, 1955, 7.—12. Ойстрах Д. Г. Тр. Астраханского мед. ин-та, Юбилейный сб., Сталинград, 1938.—13. Он же. В кн.: Желуд. хир. в Железноводске, 1939.—14. Поспелов С. А., Маслеников А. П. Клини. мед., 1936, 14.—15. Петрова А. Е. Клини. мед., 1938, 3.—16. Она же. Тер. арх., 1940, 1.—17. Рысс С. М. Шатилова А. А. Тер. арх., 1933, 7—8.—18. Райз А. Б. Клини. мед., 1951, 1.—19. Райз А. Б. Тр. Крымского мед. ин-та им. И. В. Сталина, 1949, т. XIII.—20. Риккль А. В., Курцин И. Т., Корняева Н. В., Трофимова А. М. В кн.: Нервно-гуморальн. регуляц. деят. пищеварительного аппарата, М., 1949.—21. Седина Н. С. Тр. Воен.-мор. мед. акад., 1950, т. 24.—22. Она же. В кн.: Механизм патол. реакции, Л., 1950.—23. Она же. В кн.: Механизм патол. реакций. 1952, 21—25.—24. Эдельштейн С. В. Воен.-мед. журн., 1951, 6.—25. Abbersberg D. u. Hommerslag E. J. Am. Med. Ass., 1949, 1937.—26. Wels Ch. a. Welbourn R. Brit. med. J., 1951, 4706.—27. Smith W. Lancet, 1951, 6687.—28. Ferris S., Ransom H., Collier F. Surgery, 1943, 13.—29. Mineta A. K., Oppenheimer R. O. F., Harper H. A. a. oth. В кн.: Surg. for. proc. 40. Congr. Amer. coll. et surg. Philadelphia—London, 1951.—30. Roberts K. E., Randall H. T., Farr H. W. В кн.: Surgicof for. proc., v. 4. Philadelphia—London, 1954.—31. Kleiman A. a. Grant A. R. В кн.: Surgicof for. proc., v. 4. Philadelphia—London, 1954.—32. Morinder E. В кн.: Papers, M. Odin, Göteborg, 1950.

Поступила 2 января 1959 г.

## О СОДЕРЖАНИИ ДИАСТАЗЫ В МОЧЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

*Канд. мед. наук Г. М. Николаев*

Из кафедры факультетской и госпитальной хирургии педфака  
(зав.—проф. И. В. Домрачев) Казанского медицинского института

Как известно, после резекции желудка по поводу язвенной болезни многими хирургами описаны тяжелые осложнения в виде острых воспалений, повреждений и некрозов поджелудочной железы. Н. И. Лепорский сообщил данные разных авторов о 145 случаях повреждения поджелудочной железы при различных операциях. С. В. Лобачев, по материалам института им. Склифосовского за 6 лет, указывает, что после операций в брюшной полости было 166 случаев травмы поджелудочной железы, произошедшей из-за прорастания железы опухолью или при пенетрирующих язвах. Причем у 33 больных (22%) развился острый панкреатит, из них 19 человек умерли. А. Т. Рожков на 393 резекции желудка у 18 больных имел повреждение поджелудочной железы; из них у 9 развился некроз со смертельным исходом. Г. С. Розанов в течение одного года наблюдал двух больных острым панкреатитом, возникшим в связи с резекцией желудка. К сожалению, он не пишет, на какое количество операций приходится эти осложнения. И. В. Старков анализировал истории болезни 100 больных после резекции желудка по поводу рака или язвы; из них у 7 непосредственной причиной смерти явился некроз поджелудочной железы. Еще у 8 больных были частичные некрозы поджелудочной железы, но причиной смерти автор считает другие осложнения. Проф. Б. С. Розанов пишет, что при операциях на желудке по поводу пенетрирующих язв поджелудочная железа травмируется не так уж редко с последующими гнойными расплавлениями или некрозами.

В зарубежной литературе так же указывается на частые тяжелые деструктивные поражения поджелудочной железы (некрозы, свищи) после резекции желудка по поводу язвенной болезни (Boba A., Korkosz A. B.; Boles E. T.; Hasche E.; Sinclair I. S.; Vitkovsky Z., Vislocky B., Vulterinova M. a. Placer Z. и др.).

Появились работы о большой частоте функциональных нарушений в поджелудочной железе после резекции желудка. Так, В. Т. Поздняков, изучая диастазу мочи и крови у 12 больных после резекции желудка, у двух обнаружил повышение ее со-

держания, правда незначительное. По данным Г. С. Розанова, из 26 больных, перенесших резекцию желудка, у 16 наблюдалось повышение содержания диастазы мочи, как в случаях повреждения поджелудочной железы во время операции, так и при отсутствии травмы. И. В. Старцев у 9 больных из 60 обнаружил значительное повышение содержания диастазы мочи после резекции желудка. В этих работах отсутствует анализ причин изменения экскреторной функции поджелудочной железы с учетом осложненного течения язвенной болезни (пенетрации и др.).

Наша клиника располагает большими клиническими наблюдениями по поводу оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с минимальной смертностью, особенно в последние годы.

К настоящему времени в клинике за 20 лет ее существования произведено около двух тысяч резекций желудка по поводу язвенной болезни (операция Бильрот II, в модификации Гофмейстер-Финстерера), причем не было смертельных исходов в послеоперационном периоде из-за острого панкреатита, за исключением единичных смертельных исходов в связи с развитием острого панкреатита после дегастротомии-роанастомоза с резекцией желудка и после комбинированных резекций желудка. Это не значит, конечно, что во время операций поджелудочная железа ни в одном случае не травмировалась. Поскольку в клинику поступали больные, годами безуспешно леченные различными консервативными средствами, у них во время операций обнаруживались то рубцовые сужения выходного отдела желудка, то злокачественные перерождения язв, а иногда и пенетрации в печень или поджелудочную железу (чаще в последнюю). Во время таких операций, понятно, поджелудочная железа в той или иной степени травмировалась либо непосредственно, либо косвенно.

Исходя из приведенных выше данных, нами была предпринята попытка выяснить причину отсутствия летальных исходов от острого панкреатита в послеоперационном периоде. В связи с этим и возник вопрос: имеется ли нарушение экскреторной функции поджелудочной железы после операции резекции желудка и, если есть, то отчего оно зависит?

Следует подчеркнуть, что в клинике придается огромное значение технике проведения местной анестезии, правильности и методичности ее выполнения.

Для развития воспалительного процесса брюшины и органов брюшной полости, в том числе в поджелудочной железе, огромное значение имеет функциональное состояние чревных нервов и пограничных симпатических стволов. Эффективность предложения доц. В. В. Мосина, касающегося лечения воспалительных процессов брюшины и органов брюшной полости животных новокаиновой блокадой чревных нервов, в настоящее время проверена и подтверждена. Особый интерес представляют экспериментальные данные, проводимые нами и показывающие, что в случае предварительной новокаиновой блокады чревных нервов и пограничных симпатических стволов панкреатита не возникает, тогда как без блокады это имеет место у подопытных собак.

Во время резекции желудка, выполняя местную анестезию, необходимо обильно вливать новокаин в область печеночно-дуоденальной связки и подбрюшинной клетчатки, окружающей поджелудочную железу и двенадцатиперстную кишку, которые как бы всплывают, а новокаин распространяется в клетчатку поджелудочно-желудочной и печеночно-двенадцатиперстной связок. При этом новокаин проникает и под фасцию, покрывающую спереди солнечное сплетение, а значит и в спланхниковую область. Для полной инфильтрации клетчатки этой области нужно достаточное введение раствора в область корня брыжейки поперечно-ободочной кишки и под *plica duodenojejunalis*.

Исходя из сказанного, мы объясняем отсутствие панкреатита после операций влиянием новокаиновой блокады чревных нервов и пограничных симпатических стволов при выполнении местной анестезии. Наша мысль подтверждается экспериментальными исследованиями Рязанова, доказавшего, что новокаиновый раствор, вводимый во время операции, сливается с раствором новокаина, введенным до операции при выполнении блокады чревных нервов в целях обезболивания (цитировано по А. С. Коровину).

В 1957—1958 гг. нами производилось исследование диастазы мочи у больных до и после — на 1—2—3—5—8 дни — резекции желудка по поводу язвенной болезни у 32 больных. У 21 больного на 2—3-й день после операции наблюдалось кратковременное незначительное увеличение содержания диастазы мочи, не сопровождавшееся видимыми осложнениями клинического течения послеоперационного периода. Как правило, у больных с пенетрациями язв в поджелудочную железу (11 больных) после операции на 2—3-й день количество диастазы мочи значительно возросло (256—512 единиц по Вольгемуту) и лишь постепенно, к 5—8 дню, приходило к норме. Клинически у таких больных послеоперационный период протекал значительно тяжелее. Наблюдались мучительная икота в течение нескольких дней, срыгивание содержимым культи желудка с примесью желчи, иногда поносы, не связанные с воспалительным процессом в кишечнике.

Б-ной С. поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой половине эпигастриальной области, усиливающимися после приема пищи через 1,5—2 часа. После

<sup>1</sup> У 8 больных исследования проведены врачом-лаборантом клиники А. Н. Подольским.

клинико-рентгенологического обследования диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. 30/I-57 г. резекция желудка по поводу стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей в поджелудочную железу. До операции количество диастазы мочи без отклонений от нормы. Послеоперационное течение средней тяжести, на другой день после операции появились икота, умеренные боли в области операции, тошнота. Икота беспокоила в течение двух суток. Живот все дни после операции участвовал в акте дыхания, не напряжен, симптом Щеткина отрицательный. На 3 и 4 день — жидкий стул. Диастаза мочи 2/II = 512 ед., 3/II = 256 ед., 5/II = 128 ед., 6/II = 64 ед. Начиная с 5-го дня после операции, состояние больного значительно улучшилось, выписан из клиники на 15-й день после операции в хорошем состоянии. После установления повышенного содержания диастазы в моче больного ограничили в приеме пищи, исключили блюда, повышающие секрецию.

Проведенные Г. Ф. Лось биохимические исследования у 45 больных пенетрирующими язвами, главным образом в поджелудочную железу (у 32 больных), показали значительные изменения по сравнению с неосложненными язвами: нормальная гликемическая кривая получена лишь у 5 больных, у остальных количество сахара в крови довольно стойко удерживалось на высоком уровне. Автор указывает, что недостаточность перевода сахара в гликоген печенью и понижение деятельности инсулярного аппарата характерны для пенетрирующих язв.

Необходимо особо подчеркнуть, что при отсутствии выраженной клинической картины одна диастазурия не является признаком острого воспаления поджелудочной железы, а лишь свидетельствует о нарушении экскреторной функции, или дискинезии поджелудочной железы. Последнее, по нашему мнению, верно потому, что в результате прямой травмы железы (например, при частичной резекции, вколах иглы в железу или подшивании ее капсулы при перитонизации культи двенадцатиперстной кишки), а также в результате нейрогенных факторов с последующими сосудистыми нарушениями наступает временный спазм протока поджелудочной железы с увеличением диастазы в моче оперированных.

Поскольку функциональные нарушения поджелудочной железы после резекции желудка имеют место, возникает необходимость более рационального ведения послеоперационного периода, главным образом, с учетом пищевого режима и лекарственного лечения, направленных на уменьшение секреции поджелудочной железы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Благовидов Д. Ф. Хирургия, 1955, 2. — 2. Воскресенский В. М. Острые панкреатиты, Медгиз, 1951. — 3. Домрачев И. В. Каз. мед. журнал, 1957, 1. — 4. Коровин А. С. Тр. III научн. сессии, посвящ. 70-летию со дня рождения тов. Сталина, 1950. — 5. Лихт Л. М. Болезни желудка и кишечника, Ростов на Дону, 1957. — 6. Лобачев С. В. Острые панкреатиты, Медгиз, 1953. — 7. Лось Г. Ф. Приложение к журналу «Клин. мед.», 1957, 1. — 8. Мосин В. В. Уч. зап. Каз. вет. ин-та, 1954, т. 61. — 9. Поздняков В. Т. Сб. научн. работ асп. и орд. 2 Моск. мед. ин-та, 1956. — 10. Рожков А. Т. Хирургия, 1954, 2. — 11. Розанов Г. С. Хирургия, 1956, 2. — 12. Сельков Е. А. Хирургия, 1957, 3. — 13. Соколов Н. В. Выступление в прениях на XXVI съезде хирургов, 1956. — 14. Соколов Н. В. и Тихонова Т. П. Доклад на I Всерос. съезде хирургов, Ленинград, 1958. — 15. Тихонова Т. П. Каз. мед. журнал, 1958, 1. — 16. Boba A., Korosz A. B. Arch. Surg., 1957, 74, 3. — 17. Boles E. T. Arch. Surg., 1956, 73, 4. — 18. Hasche E. Brun's Beitz klin. chir., 1957, 195, 2. — 19. Sinclair I. S. Brit. j. Surg., 1956, 44, 185. — 20. Vitkovsky Z., Vislocky B., Vulterinova M. a. Placer Z. Ceskosl. gastroenterol., 1955, 9, 4.

Поступила 15 февраля 1959 г.

### ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НАГНОЕНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

*Проф. С. Л. Либов и орд. Е. П. Еринцева*

Из клиники факультетской хирургии (зав. — проф. С. Л. Либов) Куйбышевского медицинского института

Хирургическое лечение хронических неспецифических нагноений легких у детей еще не получило широкого распространения. Число оперированных детей даже в самых больших статистиках не достигает 100 случаев (А. П. Колесов и сотр., Е. Г. Дубейковская, С. Л. Либов и К. Ф. Ширяева).