

**ЗАКОНОМЕРНОСТИ КОМПЕНСАЦИИ ПИЩЕВАРЕНИЯ  
ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ КИШЕЧНИКА**

*В. М. Величенко, И. Н. Сипаров,  
Ю. Б. Мартов, Н. Г. Луд (В и т е б с к)*

У 152 больных и 136 экспериментальных животных (собак) после резекции кишечника нами изучалось общее состояние организма, морфологические и биохимические показатели крови,

кислотность желудочного сока, энтерокиназа, щелочная фосфатаза и общая липаза в кишечном соке, эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта, функции печени, поджелудочной железы и почек, минеральный обмен, а также выполнены морфологические и гистохимические исследования желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы и почек.

Исследования показали, что после дуоденэктомии у животных наблюдались тяжелые нарушения белкового, углеводного и других видов обмена. Компенсации нарушенного пищеварения не наступило, и они погибли. Сохранение 25% длины двенадцатиперстной кишки в проксимальном или дистальном отделах приводило лишь к кратковременному и незначительному нарушению функций печени и поджелудочной железы.

Отсюда видно, что при операциях, выполняемых у больных, необходимо сохранять часть двенадцатиперстной кишки для предупреждения дуоденальной недостаточности.

И. Н. Сипаровым доказано, что в компенсации пищеварения после резекции различных отделов кишечника имеет значение не столько слепая кишка и илеоцекальный сфинктер, сколько терминальный отдел подвздошной кишки.

Клинико-экспериментальные исследования позволили установить зависимость компенсации пищеварения от резецируемого отдела и длины кишечника и выделить состояние устойчивой компенсации, субкомпенсации и декомпенсации. После правосторонней гемиколонэктомии с резекцией не более 15 см подвздошной кишки больные компенсировали нарушенное пищеварение. После обширной резекции тонкого кишечника с сохранением части или всей подвздошной кишки с ее терминальным отделом устойчивая компенсация наступила только спустя 3—4 года после операции. У больных с резекцией подвздошной кишки вместе с ее терминальным отделом, независимо от места наложения анастомоза, устойчивой компенсации без вспомогательных методов лечения не наступило.

Нами установлено, что больные после обширной резекции тонкого кишечника с оставлением части или всей подвздошной кишки нуждаются в диспансерном наблюдении в течение 2—3 лет и госпитализации в целях специального лечения не реже 1 раза в 4—6 месяцев. Больные после обширной резекции тонкого кишечника, включая подвздошную кишку с ее терминальным отделом, нуждаются в длительном (7—10 лет) диспансерном наблюдении и лечении не реже 1 курса через 4—5 месяцев в первые 2—3 года и не реже 1 курса в 5—6 месяцев в последующие годы.

Исследования показывают, насколько важно при выборе оперативных методов исходить не только из технических особенно-

стей операции, но и из физиологической их целесообразности. В этом отношении несомненны преимущества операций, предусматривающих сохранение илеоцекальной зоны с терминальным отделом подвздошной кишки.