

ротомия была выполнена у 9 больных. Послеоперационная летальность составила 15%.

Таким образом проведение комплексного лечения способствовало выздоровлению 85% больных с распространенными формами перитонита.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ

асп. А.Л. Сытник, студент V курса Р.В. Кошинец  
Кафедра хирургических болезней СумГУ

Из 538 больных, оперированных с перфорацией язв желудка и двенадцатиперстной кишки перитонит выявлен у 240: местный - у 105 пациентов, разлитой - у 135. Местный перитонит был у больных, оперированных до 6 часов от момента прободения и при прикрытой перфорации в более поздние сроки. После 6 часов преобладал разлитой перитонит. При бактериологическом исследовании содержимого брюшной полости обнаружены: *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, дрожжеподобные клетки, микробные ассоциации. Перфоративное отверстие ушито у 57 больных. Язва иссечена у 43 пациентов. У 74 больных иссечение язвы дополнено стволовой (СТВ) или селективной (СВ) ваготомией, у 53 - селективной проксимальной ваготомией (СПВ). Резекция желудка применена у 2 больных. Для более эффективного лечения параза у 32 пациентов произведена интубация тонкой кишки. Послеоперационные осложнения, обусловленные наличием перитонита, возникли у 30 (16,2%) человек: нагноение раны (11), пневмония (12), тромбоэмболия легочной артерии (4), инфильтрат брюшной полости (3). Всего умерли 23 (9,6%) пациента: после ушивания перфорации - 7, иссечения язвы - 2, иссечения со СТВ и СВ - 14. Все умершие больные были старше 60 лет, имели со-

путствующие заболевания. После СПВ, выполненной молодым пациентам, летальных исходов не было. Таким образом, лечение больных с прободной язвой, осложненной перитонитом, должно быть индивидуальным. Предпочтение отдается органосохраняющим вмешательствам, сочетающим иссечение язвы с ваготомией.

## ПРОТИВОРВОТНЫЕ СРЕДСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Витер А.И.  
СумГУ

Несмотря на постоянное совершенствование хирургической и анестезиологической техники, появление новых, менее токсичных средств для премедикации и наркоза. По-прежнему остается одним из наиболее существенных факторов возникновения таких тяжелых осложнений, как кислотно-аспирационный синдром Мендельсона, обезвоживание и нарушение кислотно-основного состояния, расхождение операционных швов, кровотечения, нарушения сердечной деятельности. В механизмах возникновения противорвотного действия основную роль играет стимуляция рвотного центра и его триггерной зоны лекарственными веществами, применяемыми в процессе премедикации и наркоза, а также экстремальными факторами оперативного вмешательства - болевым синдромом, раздражением рефлексогенных зон, гипотензией, нарушением моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта и др.

Важно отметить в связи с этим, что такие антиэметики, как атропин и прометазин, напротив, ослабляют тонус нижнего пищеводного сфинктера, увеличивая опасность регургитации. Рациональный выбор эффективного средства профилактики рефлеса должен осуществляться с учетом причин ее возникновения, механизма действия и фармакологических свойств антиэметиков. В частности, такие препараты, как ней-