

информативным маркером степени интоксикации и коррелирует с тяжестью патологического процесса. Адекватное лечение снижает этот показатель.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
Бугаев В.И., Сусол Н.П., Задорожный В.П.,
Литовченко С.В., студентка IV курса Новикова Ю.В.
Кафедра хирургических болезней

Нами проведены клинические исследования эффективности местного применения гипохлорита натрия в комплексном лечении больных с гнойно-некротическими заболеваниями мягких тканей.

Использовался 0,2% базовый раствор гипохлорита натрия для промывания раневых поверхностей и полостей после хирургической обработки гнойного очага в 1-ю фазу течения раневого процесса. Раствор готовился ex tempore.

Основная группа состояла из 27 больных с обширными гнойно-некротическими процессами мягких тканей ягодичной и параректальной областей. Группа сравнения включала 16 человек с аналогичной патологией без использования препарата в комплексе лечения.

Течение гнойно-некротического процесса вызывалось поливалентной инфекцией, с преобладанием *E. coli*, *Ps. aeruginosa*, *Pr. vulgaris*, устойчивой к основному спектру антибиотиков.

Очищение раневой поверхности в основной группе получали в среднем на 1-2 суток раньше группы сравнения. К 5-6 суткам при бактериологическом контроле роста патогенной микрофлоры у больных основной группы не было (группа сравнения - 7-9 суток). В дальнейшем течение раневого процесса у больных основной группы было благоприятным. Побочных эффектов от применения препаратов не получено.

Учитывая высокую бактерицидную активность и де-

шевиану, местное применение гипохлорита натрия может занять достойное место в комплексном лечении 1-й фазы течения гнойно-некротического процесса.

РЕЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОВОДНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

асп. А. Л. Сытник, Н. Г. Кононенко,
студентка 5 курса И. И. Гарбузова
Кафедра хирургических болезней СумГУ

Оперированы 538 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Осложнения в послеоперационном периоде, потребовавшие повторной операции, возникли у 20 (3,7%) из них: кишечная непроходимость - у 7 (спаечная - у 6, динамическая - у 1), перитонит - у 4 больных. Перитонит развился вследствие несостоятельности швов ушитой язвы (1) или пилоропластики (1), либо перфорации второй язвы (1) или острой язвы. Повторно оперированы по поводу стеноза выходного отдела желудка после ушивания перфоративного отверстия 3 больных, тромбоза мезентериальных сосудов - 1, желудочно-кишечного кровотечения - 1, панкреонекроза - 1, внутрибрюшного кровотечения - 1, анастомозита - 1, эвентрации - 1.

Релапаротомию осуществляли широким срединным доступом. При ранней спаечной кишечной непроходимости помимо ее устранения (висцеролиз) применяли меры по предотвращению рецидивирования (ушивали десерозированные участки, проводили интубацию тонкой кишки с целью ее декомпрессии и шинирования). Интубацию кишечника осуществляли также при послеоперационном перитоните, выраженном его парезе при других патологических состояниях (эвентрация, панкреонекроз, абсцессы брюшной полости). После релапаротомии умерли 5 (25,0%) больных: от полиорганной недостаточности вследствие интоксикации