

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

(3), и тромбоэмболии легочной артерии (2).

ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Е.Л. Шальков, Л.Г. Кащенко, С.Л. Петренко,
студент V курса Д.В. Панченко.

Кафедра хирургических болезней СумГУ

В 5-ой городской больнице г. Сумы в период с 1990 по 1995 гг. по поводу травм органов брюшной полости (ТОБП) выполнено 265 хирургических вмешательств. 185 пострадавших имели открытые ранения (колото-резаные - у 177 (69,1%), огнестрельные - у 8 (3,1%)) и 71 - закрытые ТОБП. В первые 6 часов от момента травмы поступило 173 (67,5%), от 6 до 12 часов 64 (25%) и свыше 24 часов - 19 (7,4%) травмированных. Жители города составили 80%. Лечение-диагностическая тактика была следующей: исследование крови и мочи, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, лапароцентез, торакоцентез, по показаниям применялась методика "шарящего катетера" в случаях закрытой травмы брюшной полости. Показаниями к лапаротомии служили: клинические признаки перитонита (10,1%), гемоперитонеума (45%) и получение при лапароцентезе и с помощью "шарящего катетера" патологического содержимого из брюшной полости при сомнительной клинической картине. Повреждение органов брюшной полости оказались следующими: тонкая кишка в 66 (22,8%), печень в 40 (13,8%), сальник в 28 (9,6%), селезенка 24 (8,3%), толстая кишка 23 (7,9%), брыжейка кишечника в 22 (7,6%), желудок в 9 (6,5%), диафрагма в 8 (2,7%), 12-п. кишка в 7 (2,6%) случаях. Все больные оперированы в течении 1 часа с момента поступления. Характер операции при ТОБП был следующим: ревизия органов брюшной полости у 41 (16%), ушивание ран органов у 169 (62%), спленэктомия с аутооттрансплантацией ткани селезенки в большой сальник у 24