

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова АМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11-12 (800-801) листопад—грудень 2009
Щомісячний науково-практичний журнал



Заснований у червні 1921 р.
Нагороджений
КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ
Міжнародного Академічного Рейтингу
популярності та якості
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Затверджений постановою президії ВАК України
від 10.11.99 № 3-05/11.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (044) 408 - 1811, <http://hirurgiya.com.ua>
e - mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 18.11.09. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 16.
Обл. вид. арк. 15,78. Тираж 1 500.
Замов. 561

Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (044) 408.18.11.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в
журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

ISSN 0023-2130



© Клінічна хірургія, 2009
© Ліга — Інформ, 2009

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11-12 (800-801)
листопад—грудень 2009

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреєщев

**РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ**

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
В. М. Короткий
Д. Ю. Кривченя
В. М. Левенець
В. В. Лазоришинець
В. І. Мамчич
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпрятюв
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
М. І. Тутченко
О. Ю. Усенко
В. І. Цимбалюк
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

**РЕДАКЦІЙНА
РАДА**

В. В. Бойко
М. М. Бондаренко
М. М. Велігоцький
Б. С. Запорожченко
Л. Я. Ковальчук
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
І. І. Мітюк
О. С. Ніконенко
М. П. Павловський
В. І. Русин
Ю. С. Семенюк
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал

ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОЇ МЕТАБОЛІТОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН М'ЯКИХ ТКАНИН

О. В. Лігоненко, І. О. Чорна, І. І. Дігтяр, М. І. Кравців, О. В. Стороженко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Загоєння ран — це складний метаболічний процес, тому використання в комплексі лікування метаболітотропної терапії є перспективним напрямком в лікуванні ран різного генезу.

Мета дослідження — вивчити вплив комбінованої метаболітотропної терапії в комплексі лікування гнійних ран м'яких тканин.

Проведене обстеження й лікування 54 хворих з гнійно-запальним ураженням м'яких тканин. Хворі розподілені на дві групи: контрольну — 29 та основну — 25. Всім хворим проведено загальноприйняте комплексне лікування з огляду на фазу ранового процесу. Хворим основної групи до комплексу лікування включали у I та II фази ранового процесу внутрішньовенне крапельне введення фосфатидилхолінових ліпосом — препарату Ліпін 500 мг на добу в 50 мл ізотонічного розчину натрію хлориду та метаболітотропного препарату мексидол 250 мг на добу в 200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. В II і III фази ранового процесу в рану додатково 1 раз на добу на 5 — 6 год вводили серветки, змочені мексидол-ліпосомальною сумішшю, яку готували безпосередньо перед використанням (до 50 мл ізотонічного розчину натрію хлориду додавали 500 мг ліпіну та 250 мг мексидолу, інтенсивно струшували протягом 3 — 5 хв до утворення однорідної суспензії). Контролювали перебіг ранового процесу шляхом планіметричного дослідження (за тестом Л. М. Попової), візуальної оцінки набрякового синдрому, характеру та кількості виділень з рани, вираженості епітелізації та грануляцій, кількісного визначення в гомогенаті біоптату ран рівня РНК та ДНК з обчисленням індексу РНК/ДНК за стандартними методами.

Больовий синдром у хворих контрольної групи зникав через $(6,13 \pm 0,53)$ доби, в основній — через $(4,73 \pm 0,47)$ доби ($P=0,047$). Набряк тканин у хворих контрольної групи спостерігали протягом $(6,45 \pm 0,47)$ доби, в основній — $(4,35 \pm 0,54)$ доби ($P=0,047$). Очищення ран в контрольній групі відбулось через

$(6,34 \pm 0,57)$ доби, в основній — через $(4,68 \pm 0,49)$ доби ($P=0,047$). Виповнення ранової поверхні грануляційною тканиною в контрольній групі відзначене через $(7,17 \pm 0,65)$ доби, в основній — через $(6,03 \pm 0,37)$ доби ($P=0,047$). Загоєння ран в контрольній групі відбулось через $(17,29 \pm 1,35)$ доби, в основній — через $(15,12 \pm 1,11)$ доби ($P=0,001$). Рівень РНК в ділянці рани у 1-шу добу в обох групах становив $(0,18 \pm 0,02)$ мг/г та зростав під час загоєння ран в контрольній групі — до $(0,39 \pm 0,05)$ мг/г — на 7-му добу та до $(0,44 \pm 0,04)$ мг/г — на 14-ту добу; в основній групі — відповідно до $(0,53 \pm 0,06)$ та $(0,63 \pm 0,07)$ мг/г ($P < 0,001$). Рівень ДНК в ділянці рани у 1-шу добу в обох групах становив $(0,61 \pm 0,03)$ мг/г та зростав в процесі загоєння ран в контрольній групі — до $(0,58 \pm 0,09)$ мг/г — на 7-му добу та до $(0,69 \pm 0,07)$ мг/г — на 14-ту добу; в основній групі — відповідно до $(0,72 \pm 0,08)$ та $(0,87 \pm 0,09)$ мг/г ($P < 0,001$). Індекс РНК/ДНК в ділянці рани у 1-шу добу в обох групах становив $(0,54 \pm 0,04)$ ум. од. та зростав в процесі загоєння ран в контрольній групі — до $(0,65 \pm 0,06)$ ум. од. — на 7-му добу та до $(0,61 \pm 0,04)$ ум. од. — на 14-ту добу, в основній групі — відповідно до $(0,79 \pm 0,04)$ та $(0,73 \pm 0,03)$ ум. од. ($P=0,001$). На 3-тю добу індекс Попової не мав значущої різниці. На 7-му добу він становив у контрольній групі — $(6,61 \pm 2,19)\%$, в основній групі — $(9,63 \pm 1,97)\%$ ($P < 0,001$); на 10-ту добу — відповідно $(11,59 \pm 2,54)$ та $(17,74 \pm 2,51)\%$ ($P < 0,001$); на 14-ту добу — $(12,39 \pm 2,67)$ та $(15,93 \pm 1,71)\%$ ($P < 0,001$).

Таким чином, використання в комплексі лікування гнійно-запального ураження м'яких тканин комбінованої метаболітотропної терапії сприяло зменшенню вираженості больового синдрому та набряку навколоранових тканин, підвищенню біосинтетичної активності клітин в ділянці рани, прискоренню очищення ран, утворенню грануляційної тканини, зменшенню тривалості загоєння ран.

