

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

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11 (824) листопад 2011
Щомісячний науково-практичний журнал
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»
та медаллю «ТРУДОВА СЛАВА»
Міжнародного Академічного Рейтингу
популярності та якості
«Золота Фортуна»

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

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

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) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e - mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 08.11.11. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 9.
Обл. вид. арк. 8,84 Тираж 1 500.
Замов. 342

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



9 770023 4213008 >

© Клінічна хірургія, 2011
© Ліга – Інформ, 2011

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11 (824) листопад 2011

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреещев

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
Д. Ю. Кривченя
В. В. Лазорининець
О. С. Ларін
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпрятков
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
А. В. Скумс
І. М. Тодуров
О. Ю. Усенко
Я. П. Фелештинський
В. І. Цимбалюк
В. В. Чорний
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
Л. Я. Ковальчук
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Ніконенко
М. П. Павловський
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
Ю. С. Семенюк
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал

ресадкой ксенокожи) удалось достичь стабилизации течения раневого процесса: образовались вялые грануляции, прекратилось формирование новых очагов некроза, исчезло гнойное отделяемое, размеры раны уменьшились до 20 × 20 см. Этому способствовали повышение концентрации в крови эритроцитов более $2,5 \times 10^{12}$ в 1 л, лейкоцитов — $3,5 \times 10^9$ в 1 л, тромбоцитов — 180×10^9 в 1 л. Пациент выписан для дальнейшего лечения по месту жительства.

При повторной госпитализации на фоне снижения всех показателей гемограммы диагностирована обширная некротизированная рана правой ягодицы с переходом на поясничную область, температура тела до 39°C. После осуществления некрэктомии, комплексной интенсивной терапии, местной вакуум-терапии с применением ксенокожи произведена аутодермопластика с использованием сво-

бодного расщепленного лоскута. Через 3 нед после операции возник лизис трансплантата, возобновились лихорадка, нагноение раны, осложнившееся образованием гнойных затеков, дренирование которых с последующим проведением вакуум-терапии обеспечило временную стабилизацию состояния больного. В лечении принимали участие смежные специалисты: гематологи, иммунологи, комбустиологи, реаниматологи, трансфузиологи и др.; объем перелитых компонентов адекватен таковому при заборе крови у 280 доноров. Вследствие возникновения синдрома полиорганной недостаточности больной умер.

Представленное наблюдение демонстрирует сложность ведения гнойно-некротических ран у больных при миелодиспластическом синдроме.

ВИКОРИСТАННЯ БАКТЕРІОФАГІВ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ РАН

О. В. Лігоненко, І. І. Дігтяр, Д. М. Іващенко, О. О. Лігоненко

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава

Наявність біоплівки мікроорганізмів у хронічних ранах вважають одним з важливих патогенетичних чинників їх ускладненого загоєння.

Речовини, які використовують для боротьби з біоплівками (антибіоплівки) розділяють на такі, що спрямовані на руйнування або видалення біоплівок, та такі, що попереджають їх утворення.

В останні роки з'явилися дослідження, в яких доведено можливість руйнування бактеріальних біоплівок бактеріофагами. Проте, їх використання як антибіоплівкових речовин під час лікування хронічних ран недостатньо вивчене.

Мета дослідження: визначити можливість застосування бактеріофагів як антибіоплівкових препаратів у комплексі лікування хронічних ран.

В клініці лікували 17 хворих з хронічними ранами різного ґенезу, у яких за даними мікроскопічного дослідження виявлені бактеріальні біоплівки. У 7 хворих (контрольна група) проведено загальноприйняте лікування, у 10 (основна група) — у комплексі місцевого лікування використовували полівалентний бактеріофаг. Контролювали перебіг

загоєння ран мікроскопічно (визначали наявність в рані бактеріальних біоплівок) та планіметрично. Статистична обробка отриманих результатів проведена за допомогою програми STATISTICA 7 (StatSoft).

У 2 (28,6%) хворих контрольної групи бактеріальні біоплівки в ділянці рани не виявляли вже на 5-ту добу лікування, у 2 (28,6%) — на 6-ту добу, у 3 (42,8%) — на 7-му добу. В основній групі на 5-ту добу лікування біоплівки не визначали у 6 (60%) хворих, на 6-ту добу — у 3 (30%), на 7-му добу — в 1 (10%) ($P=0,022$). Індекс Попової у хворих основної групи у порівнянні з хворими контрольної групи був вищим на 7-му добу лікування в 1,3 разу ($P=0,045$), на 14-ту добу — в 1,8 разу ($P=0,037$), на 21-шу добу — в 1,5 разу ($P < 0,001$). Повне загоєння ран у хворих основної групи спостерігали на $(1,6 \pm 0,2)$ доби швидше, ніж у контрольній ($P = 0,045$).

Результати наших досліджень свідчать про можливість використання бактеріофагів як "антибіоплівкових" препаратів, проте, точний механізм пошкоджуючої дії бактеріофагів на бактеріальні біоплівки не зрозумілий і потребує подальшого вивчення.

ДИФФЕРЕНЦІРОВАНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАЗЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН

В. К. Логачев, Ю. И. Исаев, О. А. Головина, Л. В. Леонтьева

Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины, г. Харьков

Дифференцированный подбор оптимальных средств для местного лечения в зависимости от стадии раневого процесса, его особенностей и наличия осложнений оказывает существенное влияние на сроки заживления и/или подготовки ран к операциям кожной пластики. Тем не менее, в практических условиях лечение ран проводят до начала эпителизации с применением препаратов Левомеколь или Левосин. В связи с этим изучено влияние дифференцированного применения мазей при лечении ран. Проанализированы результаты лечения 60 пациентов, госпитализированных в Харьковский ожоговый центр по поводу обширных гнойных ран, для лечения и подготовки к возможной операции кожной пластики. В основной группе (30 пациентов) в I фазе раневого процесса применена мазь Инфларакс (производства ФФ "Здоровье", Украина), во II фазе — мазь Сульфаргин (фирмы "Гриндекс", Латвия). Группу сравнения

составили 30 пациентов с аналогичными по площади и глубине ранами, у которых для лечения использовали мазь "Левосин" (ЗАО "Нижфарм", Россия). Возраст пациентов от 18 до 65 лет, по полу и возрасту больных группы сопоставимы. У больных основной группы перифокальный отек устранен через 3–5 сут лечения, в среднем $(3,2 \pm 0,8)$ сут; через 5 сут, в среднем $(4,7 \pm 0,3)$ сут, в ранах отмечено появление грануляций, что позволяло переходить на применение Сульфаргина. В группе сравнения перифокальный отек устранен через 4–6 сут, в среднем $(4,5 \pm 0,2)$ сут ($P < 0,05$). Появление грануляций отмечено через 6–8 сут лечения, в среднем $(5,7 \pm 0,5)$ сут ($P < 0,05$). При изучении цитограммы раневых отпечатков исходно наблюдали дегенеративно-воспалительный тип мазка. На 3–и сутки в основной группе уменьшение как абсолютного количества лейкоцитов, так и нейтрофильных гранулоцитов выражено больше,