

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11 (851) листопад 2013
(Додаток)

Щомісячний науково-практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений
«КРИШТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»,
медалями «ТРУДОВА СЛАВА» та «ЛІДЕР НАЦІОНАЛЬНОГО БІЗНЕСУ»
Міжнародної Академії
Рейтингових технологій та соціології
«Золота Фортуна»

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

Видання включене до міжнародних наукометричних баз
SciVerse Scopus, EBSCOhost, Google Scholar та ін.

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

Свідцтво 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 04.11.13. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 13
Обл. вид. арк. 12,62. Тираж 500.
Замов. 526

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

© Клінічна хірургія, 2013
© Ліга — Інформ, 2013

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 11 (851) листопад 2013
(Додаток)

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреевцев

РЕДАКЦІЙНА
КОЛЕГІЯ

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

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. Лазоришинець
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

Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запороженко
І. В. Іоффе
Л. Я. Ковальчук
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Никоненко
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал

ISSN 0023-2130



СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО—СЕПТИЧНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

І. В. Шкварковський, Т. В. Антонюк, О. В. Білик

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Незважаючи на постійне вдосконалення методів оперативних втручань, частота післяопераційних інфекційних ускладнень в хірургії становить у середньому 3–15%, за даними окремих авторів, сягає 30%. Запалення м'яких тканин погіршує перебіг ранового процесу, що протидіє загоєнню рани первинним натягом та збільшує тривалість післяопераційного періоду.

З метою покращити результати хірургічного лікування хворих із нагноєнням післяопераційних ран шляхом використання вакуум—кавітаційної санації із застосуванням антисептичних розчинів.

На базі хірургічного відділення № 1 "Лікарні швидкої медичної допомоги" проведено лікування 7 хворих із нагноєнням післяопераційних ран. Вік пацієнтів коливався від 24 до 64 років і, у середньому, становив $49,3 \pm 2,3$ року. Чоловіків було 4, жінок 3. Серед нозологічних форм діагностовано: 4 хворих після деструктивного апендециту, 2 пацієнти після операцій з приводу розлитого перитоніту, 1 хворий оперований з приводу деструктивного холециститу. Середній термін розвитку захворювання до звернення за медичною допомогою становив — $2 \pm 1,7$ доби. Після оперативного лікування проводилося використання способу лікування гнійних ран кавітаційно—вакуумним методом за розробленою методикою (патент України №73129, опублікований 10.09.2012, Бюл №17).

Всім хворим після розкриття рани проводиться заливка порожнини антисептичними препаратами і виконується ультразвукова кавітація дна рани з резонансною частотою $26,5 \pm 0,7$ кГц і потужністю $0,5–3$ Вт/см, в подальшому в рані розташовують змодельовану до її форми та розмірів паралонова губку з перфорованим дренажем, який розташовується всередині губки та виводиться через окремий розтин шкіри на віддаленні від країв рани, що дозволяє краще герметизувати порожнину. Рана закривається ззовні клейкою плівкою для досягнення повної герметичності. Зовнішній кінець дренажу під'єднують до вакуумуючого пристрою, що дозволяє підтримувати від'ємний тиск на рівні $0,1–0,2$ атм. З метою кращої санації рани пропонується проводити заливки антисептичними препаратами на 30 хв з подальшим накладанням вакуумного дренажа на 23 години.

У післяопераційному періоді досліджували інтенсивність больового синдрому, строки очищення ран, кількість ранового ексудату, характер ранового ексудату, наявність перипроцесу (набряк, гіперемія), наявність грануляцій, характер грануляцій, епітелізація, наявність шкірного свербіжу, швидкість загоєння рани, термін накладання вторинних швів на рану, динаміку кількості мікробних тіл у біоптаті рани, динаміку лейкоцитарного індексу інтоксикації, тривалість післяопераційного ліжка—дня.

Використання запропонованого способу лікування хворих із нагноєнням післяопераційних ран прискорює очищення рани, зменшує мікробну контамінацію, призводить до швидкого зменшення площі ранової поверхні, стимулює розвиток грануляційної тканини та прискорює процеси епітелізації.

ЗАВИСИМОСТЬ ТЯЖЕСТИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ОТ СОЧЕТАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ СО СТЕНООККЛЮЗИРУЮЩИМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А. Н. Якунич, В. О. Белинская

Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

Цель исследования: выявить зависимость тяжести проявлений критической ишемии нижних конечностей от сочетания диабетической ангиопатии со стеноокклюзирующими атеросклеротическими поражениями артерий нижних конечностей при синдроме диабетической стопы.

Обследовано 164 пациента с синдромом диабетической стопы, получавших лечение с января по август 2013 г. в Запорожском гнойно—септическом центре с койками диабетической стопы. Всем пациентам были произведены клиничко—лабораторные тесты, рентгенография стоп, ультразвуковое дуплексное ангиоска-

нирование артерий нижних конечностей, с определением лодыжечно—плечевого индекса аппаратом Logiq C5 с линейным датчиком 7—15 МГц, лазерная доплеровская пикфлоуметрия аппаратом ЛАКК — 2. Все больные были оперированы.

При анализе осложнений диабетической стопы лидирующее место заняли гангрены пальцев стопы — 78 (47,6%) пациентов. На втором месте — флегмоны стопы — 48 (29,3%) больных. У 21 (12,8%) была гангрена нижней конечности, а у 17 (10,4%) пациентов был выявлен остеомиелит плюсневых костей.

При проведении ультразвукового дуплексного ангиосканирования артерий нижних конечностей было выявлено, что у 111 (67,7%) пациентов имеет место сочетание диабетического медиакальциноза Менкеберга и атеросклеротического поражения артерий в различной степени выраженности. У 53 (32,3%) пациентов поражение имело изолированный характер в виде диабетического медиакальциноза Менкеберга. При этом клинические проявления критической ишемии — боль в покое и внешние кожные проявления в виде гангрены имело место у 99 (60,4%) больных.

Необходимо отметить, что среди пациентов с клиническими проявлениями критической ишемии у 26 (15,9%) пациентов была выявлена окклюзия бедренно—подколенного сегмента 26,3% от числа больных с клиническими проявлениями критической ишемии. При этом коллатерализация кровотока через бассейн глубокой артерии бедра была у 23 (23,2%) пациентов, однако лодыжечно—плечевой индекс (ЛПИ) не поднимался выше 0,30. У 3 (3%) пациентов коллатерализации кровотока не регистрировалось, ЛПИ = 0,00. У 16 больных (16,2 % от числа пациентов с клиническими проявлениями критической ишемии) были выяв-

лены критические стенозы на уровне бедренно—подколенного сегмента, со снижением ЛПИ до 0,38—0,42.

У 57 (57,6% от числа пациентов с клиническими проявлениями критической ишемии) были выявлены гемодинамически значимые стенозы от 50 до 70 % по диаметру. ЛПИ у этих больных был в пределах 0,60 — 0,72.

Следует отметить, что всем больным, у которых были выявлены окклюзионные поражения и критические стенозы на уровне бедренно—подколенного сегмента были выполнены ампутации на уровне бедра — 42 (25,6% от общего числа пациентов, и 42,4% от числа больных с клиническими проявлениями критической ишемии).

Выводы.

1. При синдроме диабетической стопы сочетание диабетического медиакальциноза Менкеберга и атеросклеротического поражения артерий встречается в 67,7 % наблюдений.

2. При синдроме диабетической стопы внешние клинические проявления критической ишемии в 57,6% случаев не связаны с окклюзионными поражениями и критическими стенозами артерий бедренно—подколенного сегмента и снижением ЛПИ не ниже 0,60, и вероятно обусловлены сочетанием гемодинамически значимых стенозов и дисметаболических процессов в мягких тканях. Это позволяет делать выбор уровня ампутаций в пользу органосохраняющих операций.

3. При клинических проявлениях критической ишемии снижение ЛПИ ниже 0,42, наличие критических стенозов или окклюзий на уровне бедренно—подколенного сегмента могут быть признаны достоверными маркерами, определяющими необходимость выполнения высокой ампутации конечности.

NPWT В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РАН

С. В. Горюнов, И. С. Абрамов, С. Ю. Жидких, А. И. Привиденцев, М. А. Егоркин, Б. А. Чапарьян

Городская клиническая больница № 15 им. О. М. Филатова, г. Москва, РФ

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, г. Москва, РФ

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения острых ран путем применения вакуум—терапии.

В исследовании приняло участие 132 пациента с посттравматической (послеоперационной) раной в первой и второй фазе раневого процесса. Средний возраст $52,3 \pm 4,8$ года, 70 мужчин и 62 женщины. Более 50% пациентов страдали сахарным диабетом, большинство 2 типа, 33 выполнена ампутация на уровне бедра или голени на фоне атеросклероза или тромбоза дистального отдела аорты и артерий ниж-

них конечностей, у 57 был синдром диабетической стопы. В большинстве наблюдений причиной возникновения острой раны являлась хирургическая обработка гнойного очага, распространенных и глубоких флегмон различной локализации. Средняя площадь раневого дефекта $284,7 \pm 12,6$ см². Бактериальная обсемененность ран в первую фазу раневого процесса у 84% пациентов составляла КОЕ $\geq 10^6$.

В работе использованы аппараты отрицательного давления Suprasorb CNP и VivanoTec®. Вакуум терапию проводили в первую фазу раневого процесса в