

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 KB № 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



Применение предложенного алгоритма позволило достичь очищения ран и нейтрализации токсинов в I первую фазу раневого процесса, раннего перехода во II фазу. Применение во II фазе сульфатаизола в сочетании с ионами серебра достоверно тормозит рост микроорганизмов (как грамположительных, так и грамотрицательных). Затем, накладывали вторичные швы (17 пациентов — 47.2%) или продолжали заживление раны вторичным натяжением.

Применяемый алгоритм позволил профилактировать послеоперационные осложнения, ускорить очищение раны и эпителизацию, время пребывания в стационаре и материальные затраты. Бактериологическое исследование показало уменьшение обсемененности ран, что создало условия для репарации. Сроки очищения ран составили $3,7 \pm 0,4$ суток.

Использование комплексного подхода к лечению флегмон предплечья позволяет улучшить результаты лечения. Важнейшими компонентами, определяющими эффективность, являются выбор доступа, методов дренирования и индивидуальная коррекция послеоперационного лечения. Показана эффективность применения аппликационного метода (поверхностные флегмоны), активного закрытого дренирования флегмон предплечья (глубокие флегмоны) в сочетании с применением хлорсодержащих растворов и, в последующем, их комбинации с водорастворимыми мазями, используемыми в зависимости от стадии раневого процесса. Разработанный алгоритм перспективен для использования в клинической практике.

ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД ПРИ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

А. М. Побєл, Ю. П. Кляцький, О. В. Трибушний., Є. А. Побєл, Ю. О. Гордієнко

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Ціль роботи: розробити тактику антибактеріальної терапії при гнійних ускладненнях ендопротезування кульшового суглобу з урахуванням збудника запалення, терміну виникнення інфекційного процесу та характеру клінічної картини.

Для лікування інфекційних ускладнень ендопротезування дотримувались наступних правил системної антибіотикотерапії. Антибіотик призначали з урахуванням чутливості виділеного збудника. Антибіотики вводили внутрішньовено. Тривалість лікування становила не менше 4 тижнів при видаленні протеза і 3—4 місяці при збереженні елементів штучного суглобу. Через кожні 10 днів повторно робили посіви з рани чи нориці для бактеріологічного дослідження.

За період з 2007 по 2013 рік лікували 28 хворих з гнійними ускладненнями після ендопротезування кульшового суглобу. В комплекс лікування усіх хворих були включені антибіотики.

Використовували цефалоспорины III—IV поколінь (цефтриаксон, цефепім). При резистентності до даних антибіотиків використовували комбінацію ванкомицину з ципрофлоксацином. Пеніциліни (оксацилін або цефазолін) в комбінації з аміноглікозидами призначали 15 хворим з інфекційними усклад-

неннями, викликаними метицилін—чутливими штамми стафілококів. Комбінація ципрофлоксацина з рифампіцином була призначена 9 пацієнтам. Рифампіцин є антибіотиком, до якого рідко формується стійкість мікроорганізмів. Доведена висока ефективність його впливу на бактерії, які розвиваються на поверхні імплантата.

Використання в комплексі лікування вказаних схем антибіотикотерапії дало можливість подолати запалення у 18 хворих, яким було видалено штучний суглоб. У 7 пацієнтів після тривалого призначення антибіотиків нориці загоїлися без оперативного втручання і протягом трьох років не відкривалися.

Парентеральна внутрішньовена антибіотикотерапія тривалістю 4—6 тижнів і більше є обов'язковою частиною лікування зі збереженням ендопротеза або з його видаленням. Контроль за ефективністю терапії проводиться після закінчення курсу антибіотикотерапії і після виписки з стаціонару. Важливими критеріями, окрім нормалізації температури тіла, відсутності нориць, є зниження ШОЕ, відсутність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули вліво, а також С-реактивного білку в біохімічному аналізі крові.