

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

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

РЕДАКЦІЙНА
РАДА

Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запороженченко
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



РЕВІЗІЙНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У ВИПАДКУ РОЗВИТКУ РАНОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

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

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Ревізійне ендопротезування в умовах ранової інфекції або при її наслідках є травматичним втручанням, триває більше трьох годин, потребує високої майстерності, технічної підготовки, тривалого адекватного знеболення, супроводжується крововтратою, до 1800 мл.

Показання для проведення одноетапного ревізійного ендопротезування: відстрочені та пізні інфекційні ускладнення з нестабільністю протезу у хворих молодого віку, відсутність супутньої патології; наявність локального хронічного запалення м'яких тканин що стало причиною розхитування компонентів протезу, причиною запалення є умовно патогенна мікрофлора з широким спектром чутливості до стандартних антибіотиків.

Протипоказання для одноетапного ревізійного ендопротезування: ранні гнійні ускладнення з ознаками сепсису, запальні зміни з глибоким, поширеним ураженням м'яких тканин та кістки; повторні операції в області штучного суглобу в зв'язку з рецидивами інфекції, похилий вік хворого, тяжкі супутні захворювання (хронічні захворювання шкіри, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба). Одноетапне ендопротезування складається із двох періодів: ретельної хірургічної санації вогнища інфекції та саме реендопротезування. Обов'язковими умовами першого періоду є: зберігаюче відношення до м'яких тканин та кістки, використання електрокоагуляції, вакуум відсмоктувача, постійне зрошення рани антисептиками під час операції, зміна рукавичок та інструментів

перед другим етапом. Для виконання другого періоду в склад операційної бригади повинен входити спеціаліст по ендопротезуванню. Ревізійні ендопротези повинні бути з довгою ніжкою і встановлюються на кістковий цемент. В цемент входять антибіотики з урахуванням чутливості мікрофлори.

Двоетапне ревізійне ендопротезування найчастіше співпадає з умовами при яких неможливе збереження ендопротезу.

Умови для виконання операції. Термін виконання ревізійного ендопротезування через 10 місяців після загоєння ран в області видаленого протезу при грам—позитивних збудниках, а при грам—негативній флорі — через 12 місяців. Необхідно враховувати стан кісток стегна та тазу аби запобігти їх переламу після встановлення ендопротезу. Рану перед зашиванням дренируємо не менше, ніж двома трубками. Дренажі видаляємо не раніше, ніж через 2 тижні. Для профілактики вивиху стегна кінцівка відводиться на 45° з внутрішньою ротацією 15°. Після видалення ендопротезу напрута м'язів викликає зміщення проксимального відділу стегнової кістки до гори. В таких випадках після видалення протезу показана фіксація проксимального кінця стегна і тазу за допомогою стрижневого апарату або встановлюється спейсер із кісткового цементу з антибіотиками. Якщо хворий відмовляється від ревізійного ендопротезування, то формується неоартроз для відновлення опороздатності кінцівки.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОКОЛОЇДНИХ РАНОВИХ ПОКРИТТІВ У ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ ВЕНОЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Р. М. Рябушко, С. Д. Хіміч, Д. Г. Дем'янюк, В. І. Ляховський

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

За літературними даними, поширеність трофічних виразок складає 1,48–3,05 випадки на 1000 населення, з них у 70–75% випадків це виразки венозної природи. В розвинутих державах світу затрати пов'язані з лікуванням хворих на трофічні виразки, складають 2–4% бюджету охорони здоров'я. Дане захворювання має великий вплив на якість життя пацієнтів. Так, у 81% хворих відмічено обмеження рухливості, у 68% — негативні емоції, соціальна ізоляція, депресія, низька самооцінка. Тому пошук нових

методів лікування залишається актуальною проблемою хірургії.

Мета роботи: оцінити ефективність застосування гідроколоїдних пов'язок для лікування венозних трофічних виразок нижніх кінцівок.

Під спостереженням перебували 80 хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок венозної етіології, які протягом 2010–2012 років знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділеннях клініки. Для уточнення діагнозу всім хворим проведено ультразву-