

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
«КРИСТАЛЕВИМ 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. 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



Аналіз результатів показав, що в основній групі післяопераційні внутрішньо—очеревинні ускладнення виникли у 2 (4,4%) хворих: у 1 (2,2%) була неспроможність анастомозу та у 1 (2,2%) хворого післяопераційний перитоніт. В групі порівняння внутрішньоочеревинні ускладнення виникли у 14 хворих (19,4%), з яких у 6 (8,3%) був післяопераційний перитоніт, у 5 (6,9%) — неспроможність анастомозу, у 3 (4,2%) хворих — рання спайкова кишкова непрохідність. Розвиток цих ускладнень потребував проведення повторних оперативних втручань в основній групі в 4,4% випадків, а в групі порівняння у 14 (19,4%) хворих. Крім того, в групі порівняння у 11 (15,3%) пацієнтів виникло нагноєння післяопераційної рани, тоді як в основній групі лише у 4

(8,9%) хворих. В післяопераційному періоді внаслідок ускладнень (прогресуючого перитоніту) померло 4 (5,6%) хворих в групі порівняння, тоді як в основній групі — 1 (2,2%) хворий. Середній термін перебування на лікарняному ліжку склав $12,3 \pm 0,4$ діб у хворих основної групи, а в групі порівняння $16,7 \pm 0,9$ діб.

Таким чином, використання розроблених методик в клініці при оперативному лікуванні патології тонкої кишки дозволило зменшити кількість внутрішньо—очеревинних гнійних ускладнень і повторних оперативних втручань на 15,0%, скоротити терміни перебування хворих в стаціонарі на $4,4 \pm 0,5$ ліжко—днів та знизити післяопераційну летальність на 3,4%.

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ СТВОРЕННЯ ХІРУРГІЧНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ УСКЛАДНЕНОГО СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

В. Б. Мартинюк, Л. А. Василевська, А. М. Якунич, О. О. Максимова

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Сучасні класифікації хвороб повинні бути: зрозумілими та доступними; чітко розподіляти захворювання згідно ступеня тяжкості; полегшувати прийняття клінічного рішення; враховувати сучасні методи діагностики та лікування; підвищувати економічну ефективність медичної допомоги; сприяти спрощенню статистичної обробки.

Пропонуємо огляд існуючих класифікацій СДС.

Класифікація СДС F. W. Wagner включає визначення глибини (поширеності) розвитку інфекційно—запального процесу та відображає ступені (від 0 до 5 ступеня) ураження тканин. Класифікація відображає тяжкість та глибину гнійно—некротичного ураження тканин стопи. Вона описує деструкцію тканин але не вичерпує всього різноманіття ускладнень СДС. Не вносить принципових відмінностей між гнійною деструкцією стопи і гангrenoю, не враховує особливості ураження кісток передплесни та ступеня ішемії. Створює враження незворотності патологічного процесу і неминучості ампутації.

Модифікована класифікація хронічної артеріальної недостатності нижніх кінцівок за Фонтейном—Покровським, заснована на визначенні ступеню тяжкості синдрому ішемії тканин. Однак, при нейроішемичній формі СДС больовий синдром та синдром "переміжної кульгавості" маскують полінейропатію, тому при використанні класифікації виникають певні труднощі. Згідно її положень, ішемія першого, другого і третього ступенів клінічно діагностуються за ступенем виразності больового синдрому, якого при нейроішемії у хворого СДС може не бути, а

причиною некрозу при четвертому ступені ішемії є оклюзія магістрального кровотоку, що для нейроішемичної форми СДС не є характерним. Як свідчать дослідження останнього часу, при нейроішемії некроз може бути наслідком периферичної, а не магістральної оклюзії. Він не завжди свідчить про незворотні порушення гемодинаміки, що також суперечить даній класифікації.

У класифікації Техаського Університету L. A. Lavaery, D. G. Armstrong, L. B. Harkless передбачено 12 ґрадацій за стадією та ступенем тяжкості розвитку СДС, які досить чітко розтинняють етіологічні складові.

Класифікація дозволяє точніше описати виразковий дефект. На наш погляд, це найбільш вдала та достатньо проста у використанні класифікація. Проте вона не відображає рівень та локалізацію гнійно—некротичних уражень, що ускладнює диференціальні підходи до хірургічного лікування.

В Міжнародній угоді з проблем діабетичної стопи наведена класифікація, що розподіляє СДС на три форми: нейропатичну, ішемічну та нейроішемічну. Цей розподіл пояснює основну патогенетичну переважуючу причину прояву захворювання, але подальшої деталізації згідно клінічних проявів не передбачено. Класифікація не відображає конкретні ускладнення СДС та стадійність патології, не дозволяє визначити хірургічну тактику.

Останнім часом Міжнародною робочою групою з проблем діабетичної стопи запропонована розширена класифікація СДС — "PEDIS".

Дана система по своїй ідеї схожа з онкологічною класифікацією TNM, де кожна буква з індексом описує ступінь розвитку кожного компонента патології. Класифікація PEDIS проходить адаптацію в багатьох країнах і застосовується для наукових цілей, але на практиці її застосовують дуже рідко. Не дивлячись на свою універсальність, постановка діагнозу згідно PEDIS є трудомістким і незручним процесом, крім того, не існує загальноприйнятих алгоритмів дій для клініциста згідно кожної з можливих варіацій СДС.

На Міжнародному Симпозіумі з діабетичної стопи Б. С. Брискін та співавт. (2008) рекомендували класифікацію гнійно-некротичних ускладнень СДС, що полягає на пропозиції D. Ahrenholz (1991) виділяти різні рівні ураження м'яких тканин. Класифікація була схвалена але не затверджена.

Аналізуючи вище зазначене, можна підсумувати, що класифікація котра б задовольняла усіх фахівців, поки не створена.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭФИРНОГО МАСЛА МАНУКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СИНЕГНОЙНОЙ ОЖГОВОЙ ИНФЕКЦИИ У МЫШЕЙ

В. В. Минухин, Н. И. Коваленко, В. Л. Ткаченко, А. В. Сирица

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Одной из актуальных проблем лечения инфицированных ожоговых ран является распространение мультирезистентных бактериальных штаммов. Большой интерес вызывает появление на современном рынке антисептических средств, не имеющих в своем составе антибиотиков и сульфаниламидов. Эфирные масла, которые кроме противомикробного действия обладают выраженными ранозаживляющими свойствами, и при контакте с которыми не формируется резистентность, обладают существенным преимуществом. Наше внимание привлекло эфирное масло мануки (*Leptospermum scoparium*) из Новой Зеландии, имеющее выраженное антимикробное действие.

В предыдущих исследованиях нами было показано, что эфирное масло мануки обладает широким спектром антибактериального действия в опытах *in vitro* как на стандартные штаммы бактерий, так и на клинические штаммы, в том числе и на синегнойную палочку. Выявлен синергизм противомикробного действия эфирного масла мануки и ряда антибиотиков в отношении условно-патогенных микроорганизмов — возбудителей ожоговой инфекции. Установлено, что наиболее эффективными были комбинации эфирного масла мануки с азитромицином, доксициклином, цефоперазоном и цефотаксимом. Сделан вывод, что масло мануки может быть рекомендовано не только как самостоятельный препарат, но и как базовый компонент для создания новых лекарственных препаратов.

Целью данной работы было изучение терапевтической эффективности эфирного масла мануки при экспериментальной синегнойной ожоговой инфекции у животных.

Специфическое терапевтическое действие раствора эфирного масла мануки в ПЭГ (конечная кон-

центрация 70 мкг/мл або 0,007% w/v) и Левомеколя (препарат сравнения) изучали на экспериментальной модели инфицированного термического ожога у мышей (контактная модель термического ожога по Ц. К. Чантурии в модификации В. В. Минухина), вызванной стандартным штаммом *P. aeruginosa* ATCC 27853. Препараты применялись в количестве 0,5 мл 2 раза в сутки в виде аппликаций на протяжении 18 суток. При оценке терапевтического действия учитывали состояние раны, площадь ожоговой поверхности, наличие в очаге поражения синегнойной палочки и летальность среди животных.

При изучении специфического действия эфирного масла мануки на модели ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, была установлена его высокая эффективность. Так, уже к 4 суткам отмечалась элиминация возбудителя из раны, а полная санация ожоговых ран наступала к 12 суткам наблюдения. При лечении мышей мазью "Левомеколь" на 15 сутки *P. aeruginosa* не высевалась у 50% лабораторных животных, а в контроле синегнойная палочка высевалась на протяжении всего срока наблюдения в 100% случаях. Во время проведения эксперимента летальность среди животных с синегнойной ожоговой инфекцией в контрольной группе составила 60%, в группе, где животных лечили мазью "Левомеколь" — 20%. Гибели мышей в группе, которых лечили эфирным маслом мануки не наблюдалось.

Таким образом, на модели синегнойной ожоговой инфекции у мышей, вызванной токсигенным штаммом *P. aeruginosa* PA-103 показано, что масло мануки в опытах *in vivo* демонстрирует выраженный терапевтический эффект, способствуя элиминации из ран синегнойной палочки и уменьшая воспалительную реакцию в очаге поражения.