

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](mailto:info@hirurgiya.com.ua)  
[jcs@fm.com.ua](mailto: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



гомилки — у 56 (42,1%), у ділянці середньої третини гомилки — у 48 (36,1%) хворих. Розповсюдження трофічних виразок на нижню та середню третину гомилки відбулося у 29 (21,8%) осіб, із них у 7 (5,3%) вона була майже циркулярною, а у 3 (2,3%) — досягла стопи. У всіх пацієнтів визначалася пульсація артерій стопи та не відмічено порушень чутливості.

У пацієнтів з післятромбофлебійною хворобою нижніх кінцівок під час проведення УЗКАС встановлено, що крім змін у просвіті вен нижніх кінцівок та тазу, у 32 (31,7%) осіб спостерігається неспроможність клапанів сафено—феморального та сафено—поплітеарного співусть. Недостатність клапанів перфорантних вен з горизонтальним рефлюксом крові відміча-

лися у 27 (26,7%), а у 42 (41,6%) пацієнтів — поєднання вертикального і горизонтального рефлюксів. З 32 госпіталізованих з варикозною хворобою, неспроможність клапану сафено—феморального співусть відмічено у 17 (53,2%), сафено—поплітеарного співусть — у 6 (18,6%), обох співусть — у 9 (28,2%), недостатність клапанів перфоративних вен на гомілці — в усіх обстежуваних.

Таким чином, причиною появи венозних трофічних виразок стали порушення відтоку венозної крові у венах нижніх кінцівок, внаслідок хронічної венозної недостатності і перенесеного тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок.

## ИЗМЕНЕНИЯ ИМУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ ПРИ РАЗВИТИИ СЕПСИСА

*И. Л. Савон, О. О. Максимова, В. В. Омельченко*

*Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины*

Обследовано 58 пациентов с диабетической стопой, у которых заболевание осложнилось развитием сепсиса. Средний возраст пациентов составил  $62,7 \pm 2,2$  года. Средняя продолжительность сахарного диабета —  $13,4 \pm 2,4$  лет. Исследование проводили в динамике: при госпитализации, на 7 — 8, 12 — 16 и 25 — 30 сутки.

Все пациенты оперированы в связи с гнойно—некротическим поражением стопы. Определение интерлейкинов (ИЛ—2, ИЛ—10) в периферической крови и концентрацию основных классов Ig A, M, G осуществляли с помощью ИФА и наборов реактивов производства "Вектор Бест", Россия. Определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) проводили по методу Ю. А. Гриневича. Определение активности системы комплемента (СН<sub>50</sub>) по 50—процентному гемолизу проводили по методу Л. С. Резникова. Для оценки иммунного статуса (СД<sub>22+</sub> — зрелые В—лимфоциты) проводилось определение субпопуляций лимфоцитов с использованием моноклональных антител к антигенам методом проточной цитометрии.

Результаты исследования состояния неспецифической резистентности при госпитализации свидетельствовали о длительной и массивной антигенной нагрузке, что указывало на целесообразность использования в лечении больных этой группы иммунокор-

регирующих средств. В качестве иммуностропной терапии использовали лактопротеин—с (Биофарма, Украина) и эрбисол (ЭРБИС, Украина).

Стойкое изменение иммунологических показателей на 7—8, 12—16 сутки у 14 (24 %) больных указывало на развитие иммунопаралича. У 44 (76 %) больных изменения соотношения подклассов иммуноглобулинов свидетельствовали о совпадении патогенетической структуры иммунных нарушений со спектром иммуноактивности используемых препаратов.

Исследование механизмов формирования иммунных нарушений у больных сепсисом, вызванным гнойно—некротическими поражениями диабетической стопы, свидетельствует о важной роли цитокиновых медиаторов в поддержании гомеостаза. Изменения содержания ИЛ—10 в сыворотке крови, а так же показателей неспецифического и специфического гуморального иммунитета, могут быть использованы для прогнозирования тяжести течения и выбора тактики лечения.

Иммунологические нарушения у больных с диабетической стопой при развитии сепсиса более выражены ( $P < 0,05$ ), чем у больных без сепсиса, и нуждаются в дополнительной медикаментозной коррекции.

