

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. 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



допомогою пункцій під контролем УЗД. Частота випадків первинного та вторинного розходження країв післяопераційної рани в групах спостереження суттєво не відрізнялася ($\chi^2 = 1,11$; $P=0,57$ та $\chi^2 = 0,69$; $P=0,71$, відповідно). Також в групах спостереження достовірно не відрізнялася частота післяопераційних гематом та рецидивів захворювання ($\chi^2 = 0,96$; $P=0,61$ та $\chi^2 = 1,69$; $P=0,43$, відповідно). Таким чином, найбільша частота післяопераційних запальних ускладнень (28,9%) виявлена при використанні пункційної санації ГПА, дещо менша (13,7%) при виконанні інцизійної санації ГПА та найменша (3,8%) при використанні ультразвукової санації ГПА. Частота інших післяопераційних ускладнень в групах спостереження суттєво не відрізнялася.

Висновки.

1. Вибір методики хірургічної санації ГПА впливає на частоту нагноєння післяопераційної рани після відстроченого радикального оперативного втручання.

2. З позицій профілактики післяопераційних гнійних ускладнень найбільш оптимальним методом хірургічної санації ГПА є ультразвукова санація, найгіршим — пункційна санація.

3. Вибір методу санації ГПА не впливає на частоту незапальних післяопераційних ускладнень (первинне та вторинне розходження країв післяопераційної рани, гематоми післяопераційної рани) та рецидиви захворювання.

"CZE" — ХІРУРГІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ УСКЛАДНЕНОГО СИНДРОМУ СТОПИ ДІАБЕТИКА

С. Д. Шаповал, І. Л. Савон

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

На XXII з'їзді хірургів України (Вінниця, 2010) нами була запропонована класифікація ускладненого СДС, яка передбачає створення алгоритмів діагностики і лікування з позицій доказової медицини та обґрунтовує реальні терміни перебування хворого у стаціонарі (авторське свідоцтво на науковий твір України, № 34736, 2010 р.).

На IV з'їзді судинних хірургів та ангіологів України (Ужгород, 2012) ця класифікація була затверджена та рекомендована до широкого впровадження.

Ця хірургічна класифікація ускладненого СДС визначена як — система CZE. Вона враховує клінічну форму — Clinical form (C), анатомічну локалізацію (зону) — Anatomy zona (Z), етіологічний чинник — Etiological factor (E).

Клінічна форма передбачає ідентифікацію конкретного ускладнення СДС та позначається символами від C₁ до C₁₈.

Поширеність локального патологічного процесу оцінюється по анатомічних критеріях, які познача-

Класифікація ускладненого синдрому діабетичної стопи

Клас	Клінічна форма	Терміни лікування
C ₁	Поверхнева виразка	від 12 до 16 діб
C ₂	Неускладнений панарицій	
C ₃	Мозольний абсцес	
C ₄	Підшкірний абсцес	
C ₅	Епіфасціальна флегмона	
C ₆	Фасціїт	
C ₇	Глибока виразка	від 21 до 26 діб
C ₈	Гнійний тендовагініт	
C ₉	Гнійний тендобурсит	
C ₁₀	Субфасціальна флегмона	
C ₁₁	Панфлегмона	
C ₁₂	Міонекроз	
C ₁₃	Остеомієліт	від 25 до 36 діб
C ₁₄	Стопа Шарко	
C ₁₅	Акральний некроз пальця	
C ₁₆	Пандактиліт	від 14 до 17 діб та більше (в залежності від виразності ПОН).
C ₁₇	Гангрена пальців або дистального відділу стопи	
C ₁₈	Гангрена стопи і гомілки	

Клас	Анатомічна локалізація
Z ₁	Шкіра, підшкірна клітковина, поверхнева фасція
Z ₂	М'язи і глибокі фасції
Z ₃	Кістка та/або суглоб
Z ₄	Всі тканини стопи та/або гомілки

Клас	Етіологічний чинник
E ₁	Наявність інфекції
E ₂	Наявність ішемії
E ₃	Наявність інфекції та ішемії

ються символами від Z₁ до Z₄ та відображають зростаючу тяжкість ураження тканин стопи.

Етіологічний чинник враховується як наявність інфекції — E₁, наявність ішемії — E₂, наявність інфекції та ішемії — E₃.

темі CZE може мати слідувачі чотири основні групи варіантів.

Класифікація є клінічною, дозволяє визначити хірургічну тактику залежно від конкретного ускладнення СДС, створює умови для уніфікації і єдиної

Розподіл хворих на ускладнений СДС

Група	Символьне визначення діагнозу	Клінічна форма	Анатомічна локалізація	Етіологічний чинник
I	C ₁₋₅ Z ₁ E ₁₋₃	C ₁₋₅	Z ₁	E ₁₋₃
II	C ₆₋₁₂ Z ₂ E ₁₋₃	C ₆₋₁₂	Z ₂	
III	C ₁₃₋₁₅ Z ₃ E ₁₋₃	C ₁₃₋₁₆	Z ₃	
IV	C ₁₆₋₁₈ Z ₄ E ₁₋₃	C ₁₇₋₁₈	Z ₄	

З урахуванням клінічної форми, анатомічної локалізації та етіологічного чинника, символічне позначення клінічного діагнозу ускладненого СДС по сис-

реєстрації форми та тяжкості ускладненого СДС, а також об'єму надання хірургічної допомоги.

КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРИ ГНОЙНО–НЕКРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

С. Д. Шаповал, М. М. Софилканьч, В. О. Белинская

Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

Гнойно–некротическое поражение стопы при сахарном диабете (СД) отрицательно влияет на обменные процессы, усугубляя инсулиновую недостаточность и явления интоксикации. Нарушения обмена веществ при СД замедляют процессы заживления, при этом иммунная система занимает одно из ведущих мест. Для повышения эффективности лечения пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) необходима выработка подходов к патогенетическому лечению иммунных нарушений.

Цель исследования: изучить влияние на иммунологическую реактивность больных предложенного лечения.

Обследовано 42 пациента с гнойно–некротическим поражением СДС.

Средний возраст пациентов составил 63,2 ± 2,3 года. Средняя продолжительность заболевания СД — 14,3 ± 2,2 лет. Исследуемые больные были распределены на группы: 20 — получали традиционное лечение

(компенсация углеводного обмена, антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные средства, дезагреганты, инфузионная терапия разгрузка конечности, хирургическое вмешательство и лечение ран, физиопроцедуры); 22 больных дополнительно принимали таблетированный иммуномодулятор ликолипид (ЗАО Пептек, Россия, 10 мг сублингвально однократно в течение 10 суток), раствора для инфузий — лактопротеин-с (Биофарма, Украина, 200 мл внутривенно в течение 5 суток) и комбинированное местное лечение ран — смесь тирозура (Engelhard Arzneimittel, Германия) и атоксила (Орисил Фарм, Украина) в пропорции 1:3. Исследование проводили в динамике: при госпитализации на 7 — 8 сутки, 12 — 16 сутки и 25 — 30 сутки.

Определение фагоцитарной активности нейтрофилов (по методу Фримеля) проводили по фагоцитарному индексу (ФИН), а интенсивность фагоцитоза — по фагоцитарному числу (ФЧН). Определяли так