

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

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



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, символьне 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

же, индекс завершенности фагоцитоза (ИЗФ). Кислородзависимый метаболизм нейтрофилов оценивали по способности клеток к восстановлению нитросинего тетразолия (НСТ-тест) — по методу Вискмана М. Е. и соавт. Определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) проводили по методу Ю. А. Гриневича. Определение активности системы комплемента (СН₅₀) по 50-процентному гемолизу проводили по методу Л. С. Резникова. Статистический анализ проводился с использованием программного пакета "Statgraphics Plus for Windows 7,0".

При госпитализации у больных обеих групп выявлена незавершенность фагоцитоза нейтрофильного звена на фоне дефицита функционально-метаболического резерва нейтрофилов.

У больных, получавших традиционное лечение, на 7–8 сутки по-прежнему отмечалась незавершенность фагоцитоза нейтрофильного звена. ФИН был

снижен ($P < 0,05$) на протяжении всего периода исследования. Тем не менее, на 25–30 сутки лечение способствовало частичному восстановлению функционально-метаболического резерва нейтрофилов.

У больных, получавших модифицированное лечение, была отмечена тенденция к увеличению ФЧН на 7–8 и 12–16 сутки. Показатели ФЧН, ФИН и ИЗФ на протяжении всего периода исследования превышали ($P < 0,05$) показатели группы получавшей традиционное лечение, однако к моменту клинического выздоровления к состоянию нормы так и не вернулись.

Следовательно, применение модифицированного лечения повышает интенсивность фагоцитоза нейтрофилов, усиливает резервные возможности нейтрофилов, создавая благоприятные условия для элиминации патогенных микроорганизмов и оптимального заживления ран у больных с СДС.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ДВУХМОМЕНТНАЯ ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С СОЗДАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА ПРИ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Е. Н. Шепетько, Д. А. Гармаш, Ю. С. Козак

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев

Хирургическое лечение последствий тотальных гастрэктомий при острокровотоющем раке желудка требует дальнейшего совершенствования и усилий, направленных на улучшение качества жизни оперированных пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Разработана и внедрена концепция двухмоментной еюногастропластики после тотальной гастрэктомии при острокровотоющем раке желудка. На первом этапе выполняется гастрэктомия с лимфодиссекцией, чаще всего в модификации Савиных или Гиляровича—Юдина—Шалимова. При развитии демпинг-синдрома, агастральной астении, снижения массы тела, нарушения дигестивной функции кишечного тракта в послеоперационном периоде и при отсутствии данных о прогрессировании опухолевого процесса на втором этапе через 4–6 месяцев (иногда 1–1,5 года) после тотальной гастрэктомии предпринимается реконструктивная еюногастропластика с

созданием искусственного тонкокишечного резервуара. Необходимая емкость резервуара рассчитывается по системе передоперационного математического моделирования с учетом возраста, пола и веса пациента.

Разработаны десять вариантов аппаратной реконструктивной еюногастропластики без включения и с включением двенадцатиперстной кишки в пищеварительный транзит. Функциональные результаты реконструктивной еюногастропластики с включением двенадцатиперстной кишки оказались лучше.

После тотальной гастрэктомии при острокровотоющем раке желудка в случае развития патологических синдромов в отдаленном послеоперационном периоде целесообразно предпринимать двухмоментную реконструктивную еюногастропластику с созданием искусственного тонкокишечного резервуара аппаратным способом с включением двенадцатиперстной кишки.

