

Інформативність методу визначення РЕОК у поєднанні з його економічністю, швидкістю і простотою виконання, на наш погляд, дозволить впровадити його в закладах служби крові для скринінгових досліджень і використовувати в комплексі з іншими показниками для оцінки ступеня порушень в системі еритронару в організмі активних донорів крові.

#### ВИСНОВКИ.

1. Зміни показника РЕОК у активних донорів крові можуть бути непрямим доказом компенсаторно-приспосувальних зрушень процесів еритропоезу в умовах постійного його стимулювання внаслідок регулярних донаций, а також свідченням початку формування латентного дефіциту заліза і можливих прихованих змін біохімічних порушень в еритроцитах периферичної ланки еритронару у даної категорії донорів.

2. Метод визначення показника РЕОК є інформативним, економічним, простим у виконанні, що, на наш погляд, дозволить, широко його впровадити в закладах служби крові як скринінговий для комплексної оцінки стану здоров'я при допуску до участі у донатії активних донорів крові.

#### Література:

1. Дерпак Ю. Ю. Морфометричний аналіз еритроцитів у регулярних донорів крові. Актуальні питання медичної науки та практики: збірник наук. праць. Запоріжжя, 2009. Вип. 76. Т. I. Кн. 2. С. 108-113.
2. Дерпак Ю. Ю., Видиборець С. В. Дослідження реологічних властивостей периферичної венозної крові у донорів крові. Український журнал гематології та трансфузіології. 2010. № 4 (10). С. 26-30.

## **EXPERIENCE IN USING THE COMBINED METHOD OF TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME**

**Muntyan S. A.**

*Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Acting Chief Doctor  
Dnepropetrovsk Clinical Hospital on the Railway Transport  
of the Branch «PIC» PAT «Ukrzaliznytsia»*

**Nosenko I. V.**

*Surgeon of the Highest Category  
Purulent-Septic Department  
Dnepropetrovsk Clinical Hospital on Railway Transport  
of the Branch «PIC» PAT «Ukrzaliznytsia»*

**Lebedev S. A.**

*an Anesthesiologist of the Highest Category  
Anesthesiology Department with Intensive Care Beds  
Dnepropetrovsk Clinical Hospital on Railway Transport of the Branch «COC»  
PAT «Ukrzaliznytsia»*

**Lyashchenko O. V.**

*PhD, Assistant of the Department of Anesthesiology,  
Intensive Care and Medicine of Emergency Conditions  
Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine  
Dnipro, Ukraine*

Diabetic foot syndrome is one of the complications of diabetes mellitus, along with diabetic ophthalmopathy, nephropathy, etc., which is a pathological condition that has arisen as a result of damage to the peripheral nervous system, arterial and microcirculatory bed, manifested by purulent-necrotic, ulcerative processes and damage to the bones and joints of the foot. It arises as a result of the violation of carbohydrate metabolism in the body and the development of diabetes mellitus, in the absence of an adequate correction of this condition [4; 5; 6; 11; 12].

Acute purulent-inflammatory diseases of the skin and soft tissues are frequent companions of diabetes. Especially difficult are purulent necrotic processes on the lower limbs, often with a significant burden of the underlying disease and the threat of generalization of infection [3]. It is infection that largely determines the severity of the course of lesions of the lower limbs of patients, and in conditions of disturbed blood flow it significantly worsens the prognosis of the probability of survival of the limb or even life itself [1; 2; 4; 9].

The microbial landscape of purulent necrotic foci is polyvalent in nature, and there is a possibility of different strains of microorganisms on the surface and in the depth of the ulcerative defect. According to bacteriological studies in purulent foci,

such patients have a mixed aerobic-anaerobic infection in 90% of cases, aerobic – in 10% [1,5,8]. Infectious process promotes thrombosis of already changed arteries due to atherosclerosis, which leads to the progression of ischemia. Currently, purulent necrotic lesions of the feet against the background of the SDS remain the most common cause of nontraumatic amputation of the lower extremities due to the development of gangrene [2; 4; 6]. During the first 5 years after amputation, up to 80% of patients who underwent high amputation perished [11].

The risk of developing VDS in patients with diabetes mellitus with more than 20 years of experience increases to 75% [3; 6; 7; 10]. Gangrenous lesion of the foot in 30-50% of cases completes limb amputations [1]. To save a limb is 16 times more economical than to amputate, to rehabilitate a patient, to provide social support, and to perform prosthetics [5; 6; 11].

Obviously, under such conditions, the most optimal complex treatment, which should include both surgical interventions aimed at drainage of purulent foci and removal of necrotic tissues, and timely adequate antibacterial and hypoglycemic therapy.

In light of the above, we would like to share the experience of treatment using a combined methodology:

A patient of 50 years turned to the clinic with complaints of edema, redness, the presence of a wound with a purulent discharge on the left foot, the smell of acetone from the mouth. From the anamnesis it is known that since 2014 he has diabetes mellitus type 2, takes hypoglycemic preparations. For 1 month before hospitalization, being on rest injured left foot. After 3 weeks I turned for help to one of the clinics where after examination and consultation the patient was offered a high amputation of the left lower limb. The patient refused to perform surgical treatment, and then turned to the purulent-septic surgical department of the DKB on the railway transport of the PAT «Ukrzaliznytsia» of the «ZOZ» branch for medical assistance.

Local status during hospitalization: Both legs and feet are moderately edematous, hyperpigmentation and induration of the lower third and middle third of both shins. There is no V finger on the right foot. On the left foot in the projection of I metatarsal bone, purulent-necrotic wound 3.5 x 3.0 cm; in the first interdigital space wound with a turbid discharge. The lower extremities are warm to the touch, the pulsation on all segments is preserved. On the R-gram of the bones of the left foot – the osteomyelitis of the bases of the main phalanges of the first and second fingers. In the analyzes, the picture is as follows:

- Total blood count: erythrocytes- $3.9 \times 10^{12}$  / l, leukocytes - $5.5 \times 10^9$  / l, eosinophils-3%, stab-2%, segmented-55%, lymphocytes-31%%, monocytes-7%, Hb-124 g / l, COE-45 mm / h.

- General urine analysis: prozor.-pr., PH-alkaline, weight-1023, protein-0.033g / l, sugar-1.5%, acetone-position (+++), er- 0- 1 in n / z, leu-3-4 in n / s, epit.perihodnoy-nob.kol-in n / s.

- Blood glucose – 12,5 mmol / l;

- Coagulogram: PTI-87%, AVR-57 p., Fibr.A-3,33 g / l, MNO-1,2.

- Biochemical Analysis: Blood Bilirubin Society. – 11.0  $\mu$ mol / l, ALT-0.6 mmol / l.h., thymol test-3.0 units, urea of blood -4.6 mmol / l, urea nitrogen-2.2 mmol / l, creatinine -93.7  $\mu$ mol / l.

• USAS N / A 11.04.18: Mixed angiopathy of the MA / limbs. The walls of the arteries are fibrously compacted, small atheromatous plaques along the course of the OBA, PBA; the main blood flow of the feet is preserved.

The combined procedure included a necrectomy with drainage of the first interdigital space of the left foot, as well as the use of drug therapy, which included: dextran, sodium hydrogencarbonate,  $\alpha$ -lipoic acid, cytidine 5-monophosphate disodium salt, lincomycin hydrochloride, sodium cefoperazone + sulbactam sodium, metronidazole, fluconazole, ascorbic acid, pyridoxine hydrochloride, xylitol + sodium acetate, succinic acid, water-salt solutions, levofloxacin hemihydrate, human biosynthetic insulin yi.

The patient was discharged with improvement on the 14th day. The wounds of the left foot were practically healed by secondary tension, there was no separation. The patient was transferred to tableted hypoglycemic drugs (blood glucose – 8.2 mmol / l).

Diagnosis at discharge: osteomyelitis of 1st and 2nd metatarsal bones of the left foot against the background of type 2 diabetes mellitus, severe course, subcompensation stage (at the time of decompensation, ketoacidosis).

A follow-up examination 15 days after the patient's discharge showed complete healing of the wound and complete recovery of the foot support function.

Conclusion: The combined method of treating the diabetic foot syndrome used by us made it possible to avoid radical surgical treatment in the form of limb amputation and disability of the patient, which saved the patient's quality of life.

#### References:

1. Shlyapnikov S.A. «Antibacterial therapy of sepsis». M., 2002.
2. Svetukhin M.A., Zemlyanov A.B. «The role of antibacterial therapy in the complex treatment of patients with diabetic foot syndrome.» M., 1999.
3. Amiraslanov Yu.A., Turova TG, Borisov I.V. Acute surgical infection in patients with diabetes mellitus. // Materials of the International Scientific and Practical Congress, dedicated to the 40th anniversary of the department of wounds and wound infections of the Institute of Surgery. A.V. Vishnevsky «Diabetes mellitus and surgical infections». M., 2013.
4. Dedov II, Antsiferov MB, Galstyan GR, Tokmakova A.Yu. «Diabetic Foot Syndrome». M., Federal Diabetes Center of the Ministry of Health of the Russian Federation, 1998.
5. Grigoryeva Yu.F., Baltrushevich O.A. «Actual questions of continuity of diagnostics and complex treatment of patients with diabetic foot syndrome». M., 2000.
6. Gurieva I.V. «Prevention, treatment, medical and social rehabilitation and organization of interdisciplinary care for patients with diabetic foot syndrome.» Diss... doc.med.nauk, M., 2001.
7. Gladun N.V., Kiriyak S.E., Vaskan A.T., Cutchiniik S.V., Bernaz I.L., Bernaz E.L. «Surgical treatment of trophic ulcers and gangrene in patients with diabetes mellitus.» M., 2000.

8. Panko S.V., Okulich V.K., Bulavkin V.P., Oladko A.A., Karpitsky A.S. «The nature of microflora and features of antibacterial therapy in patients with purulent-necrotic lesions of soft tissues with diabetic foot syndrome.» М., 2000.

9. Tokmakova A.Yu. «Principles of local treatment of trophic foot ulcers in patients with diabetes mellitus.» М., 2001.

10. Blatun LA – perspectives of use in the complex treatment of purulent-necrotic lesions of the lower extremities in patients with diabetic foot syndrome // Wounds and wound infections. 2015.

11. International Consensus on the Diabetic Foot (by the International Working Group on the Diabetic Foot). 1999.

12. Boulton A., Connor H., Cavanagh P. «The foot in diabetes». UK, Wiley, 1994.

## **ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ НАСЕЛЕННЯ ПІВДНЯ УКРАЇНИ (НА ПРИКЛАДІ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ)**

**Нахашова В. Є.**

*кандидат медичних наук,  
асистент кафедри сімейної медицини та загальної практики  
Одеський національний медичний університет*

**Данильчук Г. О.**

*кандидат медичних наук,  
асистент кафедри сімейної медицини та загальної практики  
Одеський національний медичний університет*

**Миргород А. В.**

*асистент кафедри сімейної медицини та загальної практики  
Одеський національний медичний університет*

**Бажора Я. І.**

*аспірант кафедри сімейної медицини та загальної практики  
Одеський національний медичний університет  
м. Одеса, Україна*

Харчова алергія характеризується підвищеною чутливістю організму до харчових продуктів та розвитком клінічних симптомів непереносимості їжі, пов'язаних з реакцією імунної системи. Важливу роль у формуванні сенсibiлізації до харчових алергенів відіграє генетично детермінована схильність до алергії [1].

Частота харчової алергії жителів Півдня України залишається невизначеною у зв'язку з багатолікістю її проявів та відсутністю статистичної звітності

в Україні. Хронічна форма харчової алергії часто залишається недіагностованою протягом багатьох років. Клінічні прояви харчової алергії різноманітні за формою, локалізацією, ступеню тяжкості та прогнозу, однак жоден з симптомів не можна вважати специфічним. Під цією маскою можуть ховатися захворювання шлунково-кишкового тракту, гельмінтози, психічні захворювання та інші [2].

Добре відомо, що харчова алергія найчастіше проявляється шкірними проявами або оральним алергічним синдромом, котрий характеризується свербіжем, поколюванням та набряком губ, язика та ротоглотки. Але харчова алергія практично не діагностується коли вона маніфестує іншими синдромами. В Україні немає єдиних рекомендацій по веденню хворих з цією патологією. На практиці це приводить до двох полярних варіантів ведення таких хворих: від повного ігнорування дієти до складання необґрунтовано жорсткого раціону.

Складністю є й той факт, що можливі респіраторні прояви харчової алергії, наприклад бронхіальну астму, традиційно пов'язують з інгаляційними алергенами, навіть якщо інгаляційні алергени при ретельному обстеженні не виявлено. Харчові алергени можуть бути як основними, так і у вигляді перекресних алергенів, тобто перекрестів з гомологічними білками інших рослин [3].

Нами було проаналізовано скарги, анамнез захворювання та анамнез життя 41 пацієнта працездатного віку (середній вік склав  $37,39 \pm 8,69$  років) з підтвердженою сенсibiliзацією до пилоквих, побутових та харчових алергенів. Окрім типових ознак алергічних проявів було виявлено супутню патологію, найчастіше з боку травної системи, у 45% хворих. Несподіваними були результати вивчення спадковості на алергічні захворювання у кровних родичів пацієнтів: обтяжену спадковість виявлено лише у 29,3% пацієнтів, тоді як 70,7% хворих не мали обтяженої спадковості. До 90% пацієнтів мали сенсibiliзацію до пилку бур'янів, що є найбільш розповсюдженим компонентом пилкового спектру Півдня України. У містах степової зони України лідером паліноспектра за інтенсивністю пилкового дощу є амброзія (до 59% пилку) [4].

Розглянемо клінічний приклад нетипової харчової алергії.

Пацієнтка, 40 років, звернулася до лікаря-алерголога в сезон пилкування бур'янів з приводу полінозу, маючи симптоми atopічної бронхіальної астми, алергічного риніту, алергічного кон'юктивіту. Протягом року мала періоди загострення алергічного риніту, пов'язаного з контактом з побутовим пилом. В анамнезі методом прік-тесту виявлена сенсibiliзація до побутових та пилоквих алергенів. Орального алергічного синдрому, шкірних та інших проявів харчової алергії не відмічала. Щорічні загострення полінозу в серпні супроводжувались загостренням хронічного панкреатиту, що потребувало госпіталізації.

Проведено обстеження пацієнтки на харчові алергени методом ІФА. Виявлено: екстремально високі рівні специфічних Ig E (100 та більше при нормі до 0,35 kU/L) до картоплі, томатів, рису, суміші шитрусів, ячмінному борошну, арахісу; дуже високі (50-100 kU/L) – до пшеничного борошна, часника; високі