

- Brook I. Aerobic and anaerobic microbiology of axillary hidradenitis suppurativa / I.Brook, E.H.Frazier //J. Med. Microbiol. - 1999 Jan. - Vol.48(1). - P. 103-5.
- Chiller K. Skin microflora and bacterial infections of the skin /K.Chiller, B.A.Selkin, G.J.Murakawa //J. Invest. Dermatol. Symp. Proc. - 2001 Dec. - Vol.6 (3). - P. 1704.
- Detection of human papillomavirus DNA in plucked hairs from renal transplant recipients and healthy volunteers / I.Boxman, P.Berkhout, L.Mulder [et al.] //J. Invest. Dermatol. - 1997. - Vol.108. - P. 712-715.
- Epps R.E. Impetigo in pediatrics /R.E.Epps //Cutis. - 2004 May. - Vol.73(5 Suppl). - P. 25-6.
- Leung D.Y. Role of Staphylococcus aureus in atopic dermatitis /D.Y.Leung // Atopic dermatitis; eds.Ti Bieber, D.Y.Mi Leung. - Marcel-Dekker, New-York, Basil. - 2002. - №7. - P. 410-418.
- Nenoff P. Activity of nadifloxacin (OPC-7251) and seven other antimicrobial agents against aerobic and anaerobic Grampositive bacteria isolated from bacterial skin infections /P.Nenoff, U.F.Haustein, N.Hittel //Chemotherapy. - 2004 Oct. - Vol.50 (4). - P. 196-201.
- Onder M. Foot dermatitis from the shoes / M.Onder, A.C.Atahan, B.Bassoy //Int. J. Dermatol. - 2004. - Vol.43, №8. - P. 565-567.
- Schneider G. Psychosomatic dermatology state of the art /G.Schneider, U.Gieler // Z. Psychosom. Med. Psychother. - 2001. - Vol.47, №4. - P. 307-331.
- Sharma S., Verma K.K. Skin and soft tissue infection /S.Sharma, K.K.Verma // Indian J. Pediatr. - 2001 Jul. - Vol.68 (Suppl 3). - P. 46-50.
- Stulberg D.L. Common bacterial skin infections /D.L.Stulberg, M.A.Penrod, R.A.Blatny //Am. Fam. Physician. - 2002 Jul 1. - Vol.66(1). - P. 119-24.
- The effect of essential oils on methicillin-resistant Staphylococcus aureus using a dressing model /V.Edwards-Jones, R.Burck, S.G.Shawcross [et al.] // Burns. - 2004. - Vol.30(8). - P. 772-777.
- The epidemiology of hospitalised cases of skin and soft tissue infection in Europe / S.Pulgar, M.Mehra, A.Quintana [et al.] //18th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. - Barcelona, Spain, 2008. - P. 821.
- The role of streptococcal infection in the initiation of guttate psoriasis /N.R.Telfer, R.J.Chalmers, K.Whale [et al.] //Arch. Dermatol. - 1992. - Vol.128. - P. 39-42.
- Trent J.T. Common bacterial skin infections /J.T.Trent, D.Federman, R.S.Kirsner //Ostomy Wound Manage. - 2001 Aug. - Vol.47(8). - P. 30-34.
- Vaughan N.P. Field comparison of personal samplers for inhalable dust / N.P.Vaughan, C.P.Chalmers and R.A.Botham //Ann. Occup. Hyg. - 1990. - Vol.34. - P. 553-573.

Герич И.Д., Фусс Ю.О.

МОДИФИКАЦИЯ ПРОБЫ МИНОРА КАК ТЕСТА ОЦЕНКИ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЕСТНОЙ ПРОТИВОИНФЕКЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ КОЖИ

Резюме. В работе проанализировано эффективность модифицированной пробы Минора при диагностике гнойных заболеваний кожи и мягких тканей. Установлено, что проба Минора даёт возможность определения такого заболевания как гипергидроз, который является фактором развития гнойных заболеваний кожи и мягких тканей. Использование пробы Минора целесообразно для оценки способности локальной антиинфекционной резистентности кожи.

Ключевые слова: гипергидроз, проба Минора, гнойные заболевания кожи и мягких тканей, локальная антиинфекционная резистентность кожи.

Gerych I.D., Fuss Y.O.

MODIFICATION OF MINOR'S TEST AS ASSESSING TEST THE ABILITY LOCAL ANTI - INFECTIOUS SKIN RESISTANCE

Summary. The efficiency of the modified Minor's test in the diagnosis of purulent diseases of the skin and soft tissues has been analyzed in the research. It has been established that Minor's test enables to evaluate the functional activity of the sweat glands disorders that are pathogenetic basis for the development of purulent diseases of the skin and soft tissues. Use of Minor's test is appropriate for assessing the ability of a local anti-infectious resistance of the skin.

Key words: hyperhidrosis, Minor's test, purulent disease of skin and soft tissue, local anti-infectious resistance of the skin.

Статья надійшла до редакції 22.11.2013р.

Герич Ігор Діонізович - д.м.н., проф., завідувач кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 050 674-97-71

Фусс Юлія Олегівна - асист. кафедри фізичного виховання і спортивної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 067 989-19-35; fuss_julia@mail.ru

© Бондарев Р.В., Орехов А.А.

УДК: 616.351-089-06

Бондарев Р.В., Орехов А.А.

ГЗ "Луганский государственный медицинский университет", кафедра хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии (кв. 50 лет Оборона Луганска, 1, г. Луганск, Украина, 91045)

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО АДГЕЗИОЛИЗИСА В НИЖНЕМ ЭТАЖЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 28 больных со спаечным процессом в нижнем отделе брюшной полости - гипогастральной области, которым произведен лапароскопический адгезиолизис. Лапароскопический адгезиолизис выполнен в плановом порядке. При разделении плотных сращений между сальником и париетальной брюшиной, плотных сращений между петлями кишечника, предложены методики лапароскопического адгезиолизиса, позволившие избежать повреждения париетальной брюшины, перфорации стенки тонкой кишки, выполнения конверсии и сократить продолжительность операции. Напротив, у больных, которым выполнялся лапароскопический адгезиолизис по общепри-

нятым принципам лапароскопического вмешательства при спаечном процессе в брюшной полости, у 3 наблюдали повреждение париетальной брюшины с ее отслоением от предпузырной клетчатки и предбрюшинной клетчатки в области пахового канала, 2 конверсии в результате плотных межпетельных сращений. Таким образом, предложенный метод лапароскопического адгезиолизиса позволил снизить травматичность вмешательства и сократить продолжительность операции.

Ключевые слова: спаечная болезнь, лапароскопический адгезиолизис, брюшная полость.

Введение

Спаечная болезнь (СБ) продолжает оставаться одной из сложнейших и нерешенных проблем абдоминальной хирургии. Спайки развиваются в 50 - 100% после всех хирургических вмешательств на брюшной полости [Бойко и др., 2014; Мендель, 2012].

Современная профилактика спайкообразования и лечения спаечной болезни включают различные направления, одним из которых является использование миниинвазивных технологий с выполнением лапароскопического адгезиолизиса (ЛА). В последнее время в литературе все больше появляется работ об эффективности применения ЛА при спаечном процессе в брюшной полости [Завода и др., 2013; Полвонов, Курбатов, 2014; Simeckova et al., 2013]. Следует отметить, что выполнение лапароскопических вмешательств при спаечном процессе брюшной полости имеет ряд важных тактических и технических приемов. Продолжается разработка новых технических подходов при выполнении ЛА.

Перспективным является совершенствование технических аспектов выполнения ЛА в лечении спаечной болезни и профилактике спайкообразования. Цель - оптимизировать технику выполнения ЛА с целью уменьшения травматизма вмешательства в нижнем этаже брюшной полости.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения 28 больных, у которых при выполнении ЛА определялся выраженный спаечный процесс в нижнем отделе брюшной полости - гипогастральной области. Возраст пациентов колебался от 32 до 60 лет, мужчин - 3, женщин - 25. ЛА выполнялся в плановом порядке. Показанием к его выполнению явились: болевая форма СБ - 15; болевая форма СБ с рецидивирующим течением спаечной кишечной непроходимости - 3; после разрешения острой спаечной кишечной непроходимости консервативными методами лечения - 10. В комплекс обследования в дооперационном этапе были включены клинический осмотр, осмотр смежными специалистами, лабораторные методы исследования, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, энтерография, по показаниям: эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригография.

В клинической картине у больных с болевой формой СБ была следующая симптоматика: постоянные тянущие боли в нижнем отделе живота разной степени выраженности, не связанные с пищевой или физической нагрузкой, отмечали 5 пациентов; возника-

ющие боли после физической нагрузки - 12 пациентов; появление болей после приема пищи и зависящих от времени транзита пищевого химуса по кишечнику - 18; периодически возникающие боли в нижнем отделе живота, независящие от пищевой нагрузки - 8. При этом характер преходящих болей был различен (тупые, острые, в виде спазмов). Периодическое вздутие живота отмечало 14 больных, задержки стула и газов - 12.

Точку введения первого троакара определяли по данным УЗИ брюшной полости, либо проводили открытую методику вхождения в брюшную полость по типу методики Хассена. Также ориентировались на данные энтерографии и расположение послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке. По отношению к послеоперационным рубцам, троакар вводили поодаль от рубца или с противоположной стороны от рубца, в пределах границ передней брюшной стенки. Например, если в анамнезе была аппендэктомия доступом по Волковичу-Дьяконову, троакар вводили на 3 см ниже левой реберной дуги по передней подмышечной линии. По такому же принципу осуществляли введение троакара, ориентируясь на данные энтерографии: если спаечный процесс с временным депо бария определялся в правой подвздошной области, то введение троакара выполнялось в вышеуказанной точке в левом подреберье.

При выполнении лапароскопии определяли локализацию спаечного процесса, виды сращений, состояние органов и объем предполагаемого лапароскопического вмешательства. У 11 больных технические аспекты адгезиолизиса соответствовали общепринятым принципам выполнения лапароскопических вмешательств в условиях спаечного процесса. В 17 случаях применена следующая методика ЛА: отделение сальника от париетальной брюшины проводили малыми порциями, поступательными движениями, дву-браншевыми ножницами, в направлении от париетальной брюшины к сальнику, тупо смещая последний. При смещении сальника, между ним и париетальной брюшиной появляется пленчатая прозрачная спайка, которую пересекали ножницами без коагуляции. В случае, когда сместить сальник из-за плотного его сращения с париетальной брюшиной было невозможно, смещая ножницами, производили его отрыв малыми порциями от брюшины с последующей коагуляцией биполярным зажимом. Отделяя таким образом сальник, поэтапно хорошо визуализировалась париетальная брюшина. Сальник выделяли на всем протяжении от париетальной брюшины в гипогастральной облас-

ти. После этого создавались условия для хорошей визуализации брюшной полости, рассекались сращения, деформирующие кишечник и влияющие на пассаж кишечного содержимого. Особый подход применяли к плотным сращениям между петлями тонкой кишки. Проводили тракцию приводящего и отводящего отделов кишки в разные стороны и межпетельное сращение подвергали диссекции, разрушая его продольными движениями сомкнутыми браншами ножниц до полного разделения петель кишки. Образующиеся десерозированные участки стенки кишки до 1 см не ушивали. При десерозации большей протяженности ушивали отдельными узловыми швами викрилом 4,0. Объем и длительность консервативной терапии после операции зависели от объема ЛА. Всем больным в комплексном лечении после операции проводилась ферментная терапия, назначались физиотерапевтические процедуры на область передней брюшной стенки. Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия осуществлялась в соответствии с принятыми схемами. Помимо клинических и лабораторных исследований в качестве метода динамического контроля состояния функции кишечника, возможного рецидива спаек являлся мониторинг УЗИ брюшной полости.

Результаты. Обсуждение

У всех больных основной объем спаечного процесса в гипогастральной области составляли сращения между сальником и париетальной брюшиной, и что являлось причиной, затрудняющей адекватный обзор брюшной полости. При выполнении ЛА по общепринятым принципам лапароскопических вмешательств (11 пациентов) у 2 больных, в связи с плотными сращениями между сальником и париетальной брюшиной, невозможностью дифференцировать границу их разделения, была отделена париетальная брюшина с сальником от предпузырной клетчатки на протяжении до 8 и 10 см у каждого больного соответственно, и у 1 пациентки париетальная брюшина отделена от предбрюшинной клетчатки в области пахового канала, на всем его протяжении. В ходе дальнейшей операции больным произведено выделение па-

риетальной брюшины и восстановление ее целостности путем сшивания непрерывным швом викрилом 3,0 в области предпузырной клетчатки и сведением ее краев клипсами - в области пахового канала.

Предложенная нами методика диссекции сращений сальника с париетальной брюшиной (17 пациентов) позволила хорошо визуализировать границу между сальником и париетальной брюшиной, разделяя их без повреждения последней. Метод разделения плотных межпетельных сращений дал возможность разделить петли тонкой кишки лапароскопически, не выполняя конверсии и не нанося большой травмы кишечной стенке. Таких осложнений, как повреждение сальника с кровотечением или повреждением целостности стенки кишки с ее перфорацией, у данных больных отсутствовали.

Конверсии в виде минидоступа произведены 2 больным с проведением ЛА по общепринятым принципам. Причиной конверсии явились плотные межпетельные сращения.

В 23 случаях наблюдали послеоперационный парез кишечника, который разрешен консервативными методами лечения в течение 1 - 2 суток. В первые сутки после ЛА больные начинали пить регидрон, негазированную минеральную воду. Прием пищи осуществляли после разрешения пареза кишечника. Большинство больных не нуждалось во введении анальгетиков в связи с незначительным болевым синдромом или полным отсутствием болей.

У больных с повреждением париетальной брюшины время операции было увеличено на 25 - 35 мин.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Предложенная техника ЛА позволяла снизить травматизм при лапароскопическом вмешательстве у больных со СБ брюшной полости с локализацией спаек в гипогастральной области и сократить продолжительность операции.

В перспективе данной работы лежит дальнейшее улучшение технических аспектов при выполнении ЛА с целью снижения травматизма вмешательства.

Список литературы

- Завода Н.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости /Н.В. Завода, А.А. Степанюк, А.Р. Гуревич // Экстренная медицина. - 2013. - №3 (07). - С. 19-30.
- Мендель Н.А. Профилактика спаикообразования и рецидивов острой непроходимости кишечника: доказательные исследования /Н.А. Мендель //Хирургия Украины. - 2012. - №3. - С. 85-91.
- Полвонов Ш.Б. Миниинвазивная хирургия спаечной тонкокишечной непроходимости /Ш.Б. Полвонов, К.М. Курбонов //Эндокопическая хирургия. - 2014. - №1. - С. 313-314.
- Современное состояние вопроса острой спаечной кишечной непроходимости /В.В. Бойко, И.А. Тарабан, Д.О. Евтушенко [и др.] //Харківська хірургічна школа. - 2014. - №1(64). - С. 87-90.
- Simeckova D. Laparoscopic reconstruction of the gut after the "open abdomen" therapy by V.A.C. system - case report /D. Simeckova, M. Vraný, M. Man // 21st International Congress of the EAES, 19-22 June 2013. - Vienna, 2013. - P. 038.

Бондарев Р.В., Орехов О.А.

ОСОБЛИВОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО АДГЕЗІОЛІЗИСУ У НИЖНЬОМУ ПОВЕРСІ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 28 хворих зі злуковим процесом в нижньому відділі черевної порожнини - гіпогастральної області, яким виконано лапароскопічний адгезіолізис. Лапароскопічний адгезіолізис виконаний в плановому порядку. При поділі щільних зрощень між сальником і парієтальною очеревиною, щільних зрощень між петлями кишечни-

ка, запропоновані методики лапароскопічного адгезіоліза, що дозволили уникнути пошкодження парієтальної очеревини, перфорації стінки тонкої кишки, виконання конверсії і скоротити тривалість операції. Навпаки, у хворих, яким виконувалася лапароскопічний адгезіолізіс за загальноприйнятими принципами лапароскопічного втручання при злуковому процесі в черевній порожнині, у 3 спостерігали пошкодження парієтальної очеревини з її відшаруванням від передміхурової клітковини і передочеревинної клітковини в області пахового каналу, 2 конверсії в результаті щільних міжпетельних зрощень. Таким чином, запропонований метод лапароскопічного адгезіоліза дозволив знизити травматизм втручання і скоротити тривалість операції.

Ключові слова: злукова хвороба, лапароскопічний адгезіолізіс, черевна порожнина.

Bondarev R.V., Orehov A.A.

FEATURES OF LAPAROSCOPIC ADHESIOLYSIS IN THE LOWER FLORE OF ABDOMEN

Summary. *The analysis of the results of treatment of 28 patients with adhesions in the lower abdomen - gipogastral areas that laparoscopic adhesiolysis is spent. Laparoscopic adhesiolysis performed routinely. In the separation of dense adhesions between the parietal peritoneum and omentum, dense adhesions between intestinal loops, proposed methods of laparoscopic adhesiolysis, avoids damage to the parietal peritoneum, perforation of the small intestine wall, perform the conversion and shorten the duration of the operation. In contrast, in patients undergoing laparoscopic adhesiolysis on generally accepted principles of laparoscopic surgery with adhesions in the abdominal cavity was observed in 3 damage peritoneum with its detachment from bladder and preperitoneal fat and fiber in the inguinal canal, 2 conversion as a result of dense adhesions between intestines. Thus, the proposed method of laparoscopic adhesiolysis intervention helped to reduce injuries and reduce the duration of the operation.*

Key words: adhesive disease, laparoscopic adhesiolysis, abdominal cavity.

Стаття надійшла до друку 16.12.2013р.

Бондарев Ростислав Валентинович - д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"; +38 050 546-63-60, +38 0642 65-87-44, +38 0642 65-97-45; rosbond@mail.ru

Орехов Алексей Анатольевич - к.м.н., доц. кафедры хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"; rector@lsmu.edu.ua

© Василюк С.М., Гудивок В.І., Біцька І.В., Осадець В.С., Лаб'як І.Р., Дмитрук О.М., Іванина В.В., Павлюк Н.М.

УДК: 616.381-072.1-616-08-616.346.2-002

Василюк С.М., Гудивок В.І., Біцька І.В., Осадець В.С., Лаб'як І.Р., Дмитрук О.М., Іванина В.В., Павлюк Н.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії №1 (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНІЧНОГО ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ

Резюме. *Проведене комплексне обстеження і лікування 96 хворих, яким була виконана лапароскопічна апендектомія з приводу гострого апендициту. У 31 хворого троакари вводили за методикою запропованою Semm, у 25 - за Федоровим і у 40 - за Василюком. Описаний у роботі оригінальний спосіб доступу при виконанні лапароскопічної апендектомії дозволяє найкраще візуалізувати зону операційного поля, проводити евакуацію червоподібного відростка з черевної порожнини і дренажування малого тазу з досягненням відмінного косметичного ефекту. Використання кліпування для обробки кукси апендикса дозволяє здійснити операцію в оптимальні часові терміни, застосування лінійного ендостеплера значно скорочує час операції.*

Ключові слова: гострий апендицит, лапароскопічна апендектомія, ускладнення.

Вступ

З впровадженням у широку клінічну практику лапароскопічних методів операційних втручань, постає питання про розширення показів до лапароскопічної апендектомії (ЛА). Впровадження цього методу в лікування гострого апендициту виявило велику кількість складних питань [Фомін, 2006; Kirshtein, 2007]. На сьогодні не встановлені чіткі покази до вибору цього методу операційного лікування, ряд авторів вказують на високу частоту ускладнень - від 2,7 до 19,0%, відсутня єдина загальноприйнята методика виконання лапароскопічної апендектомії [Екев, 2007; Коновалов, 2008]. Скептичне відношення до цього методу операційного втручання, в першу чергу, базується на технічній склад-

ності існуючих на сьогодні методів лапароскопічного видалення апендикса та недостатній кількості кваліфікованих ендоскопічних хірургів [Коновалов, 2008; Василюк, 2011]. Як вказують дослідники з великим досвідом лапароскопічних операцій, найбільша кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень при виконанні ЛА виникає на етапі освоєння методики і в подальшому їхня частота прогресує знижується [Бондарев, 2007]. Найбільш дискусійними питаннями, які гальмують впровадження ЛА в ургентну хірургію є розбіжності в методиці лапароскопічного доступу та способу обробки кукси червоподібного відростка та надійності лігатурного методу [Стрижаков,