

the anatomical factors predisposing its development and clinical methods of its diagnosis. Special attention is paid to US scanning of joints as a diagnostic method for detecting this pathology. The results of our research, summarized published data allow us to suggest a high diagnostic value of US scanning in the diagnosis of the joint pathology.

УДК 616.346.2-002.1-089

Капустянський Д.В., Капустянська А.А., Лавренко Д.О.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ОБРОБКИ КУЛЬТИ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА ПРИ ДЕСТРУКТИВНИХ КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Метою дослідження було зменшення кількості запальних ускладнень у хворих на гострий деструктивний апендицит. Для досягнення цієї мети було розроблено та впроваджено в практичну діяльність спосіб обробки кукси червоподібного відростка при деструктивних формах захворювання. Спосіб полягає у демукозації кукси відростка з обробкою її розчином Октенісепт. Застосування запропонованого методу обробки культи червоподібного відростка у хворих з деструктивними формами захворювання достовірно зменшує частоту післяопераційних ускладнень з 5,2% до їх повної відсутності в дослідній групі.

Ключові слова: апендицит, кукса відростка, демукозація, Октенісепт, лікування.

Тема роботи є фрагментом науково-дослідної роботи ВДНЗУ «УМСА» «Хірургічні захворювання в сучасних умовах: особливості етіології, патогенезу, клінічного перебігу; удосконалення діагностичної та лікувальної тактики. Прогнозування ускладнень та оцінка ефективності лікування.» (№ держреєстрації 0105V007074).

Гострий апендицит – це одне з найбільш поширених хірургічних захворювань органів черевної порожнини.

Незважаючи на задовільні результати лікування хворих на гострий апендицит (летальність від якого складає 0,07 – 0,1%), нині зберігається значна кількість його запальних ускладнень, що за даними літератури коливається в межах 0,3 – 4,6% [4].

З метою вивчення структури і кількості запальних ускладнень при гострому апендициті та пошуку можливих шляхів їх усунення нами було вивчено результати хірургічного лікування 437 хворих на цю патологію, які лікувалися протягом 2010 року в хірургічному відділенні 1 МКЛ м. Полтави.

Було отримано наступні результати. Всім хворим було виконано апендектомію. Класична апендектомія із розрізу передньої черевної стінки за Волковичем-Дьяконовим виконано 419 (95,9%) хворим. При цьому ретроградна апендектомія виконана у 10 (2,3%) хворих. За показаннями, які були обумовлені перитонітом, супутньою патологією 5 (1,1%) хворим виконана середньо-серединна лапаротомія та 3 (0,7%) хворим – нижньо-серединна лапаротомія з послідовним видаленням червоподібного відростка.

У 2 (0,4%) хворих разом з апендектомією виконана резекція ділянки великого сальника і у 2 (0,4%) жінок видалена кіста яєчника за показаннями.

Післяопераційний період ускладнився внутрішньочеревною кровотечею у 1 (0,2%) хворого, виникненням сероми – у 7 (1,6%), запальним інфільтратом черевної порожнини – у 3 (0,7%), запальним інфільтратом післяопераційної рани – у 4 (0,9%) та нагноєнням післяопераційної рани – у 3 (0,7%) хворих.

В зв'язку з наявністю вищезазначених післяопераційних ускладнень, більшість яких запальної етіології і спостерігалася переважно у хворих з деструктивними формами гострого апендициту, виникла необхідність переглянути лікувальну тактику. А саме, хід оперативного втручання під час обробки кукси червоподібного відростка, оскільки за літературними даними саме на цьому етапі можуть бути скориговані фактори, що впливають на післяопераційні ускладнення [1,2,4,5,9].

У 63 (14,4% - серед загальної кількості та 26,8% - серед пацієнтів з деструктивними формами захворювання) хворих на гострий апендицит проведено обробку культи червоподібного відростка за методикою, запропонованою автором дисертаційної роботи та проф., д.м.н. Кузнецовим А.Я.

Відомий спосіб обробки культи червоподібного відростка шляхом її занурення в просвіт купола сліпої кишки за допомогою накладання кисетного та Z-подібного швів. Він виконуються з обробкою просвіту червоподібного відростка при його відсіченні 5% спиртовим розчином йоду [9], який був застосований у 172 (73,2%) хворих на гострий деструктивний апендицит – контрольна група.

Найбільш близьким за технічною сутністю є спосіб формування культи червоподібного відростка, при якому відтинають відросток від його основи, попередньо наклавши першу кліпсу на основу та другу на відстані 5 мм у напрямку верхівки відростка, після чого ножицями відросток відсікають між кліпсами, а усі шари червоподібного відростка коагулюють до кліпси, що залишається [4].

Недоліком даного способу є те, що він мало придатний для використання при апендектомії

відкритим (не лапароскопічним) методом, оскільки це потребує додаткових витрат на придбання апарату для накладання кліпс та самих кліпс. Коагуляція всіх тканин кукси відростка до кліпси може призвести до її неспроможності тому, що вона накладена лише на розчавлені тканини відростка, а додаткової перитонізації за умов даного способу не виконується. Наведені способи не передбачають диференційного підходу до обробки культу червоподібного відростка в залежності від клініко-морфологічної форми гострого апендициту. Ускладнення цього захворювання – інфільтрати, абсцеси черевної порожнини, що за даними літератури зустрічаються у 0,3 - 4,6% прооперованих хворих, та персистуюча післяопераційна гіпертермія можуть бути пов'язані із способом обробки культу червоподібного відростка та наявністю перикультурного запалення особливо при наявності деструктивних форм захворювання [4]. За цих обставин техніка обробки кукси червоподібного відростка потребує подальшого вдосконалення.

В основу запропонованого методу поставлено задачу розробити спосіб формування культу червоподібного відростка, в якому забезпечується надійність виконання апендектомії та зменшення кількості запальних післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що з метою досягнення більш ефективної антисептичної дії та попередження розвитку запальних змін в культурі обробку її виконують в залежності від клініко-морфологічної форми захворювання. А саме у хворих з деструктивними формами гострого апендициту виконують демукозацію кукси відростка з подальшою обробкою її розчином Октенісепт.

Спосіб виконується таким чином: при виконанні апендектомії відкритим способом після перев'язки брижі відростка та накладання кетгутувої лігатури на його основу і відсічення культу катаральнозмінених (без ознак деструкції тканин) червоподібних відростків остання обробляється 5% спиртовим розчином йоду та перитонізується кисетним і Z-подібним швами за загальноприйнятою методикою. У випадку виявлення під час операції деструктивних форм гострого апендициту на етапі відсічення культу виконують демукозацію кукси відростка з подальшою обробкою її розчином Октенісепт. Демукозацію у випадку значних деструктивних змін слизової виконують гострою ложкою Фолькмана, підтримуючи куксу в ділянці накладеної кетгутувої лігатури анатомічним пінцетом. При менш виражених деструктивних змінах слизової, коли можливе її захоплення анатомічним пінцетом, останню відсікають скальпелем або ножицями. Октенісепт – це розчин у вигляді прозорої безбарвної рідини із слабким специфічним запахом, що містить октенідинудигідрохлорид 0,1% і 2-феноксietанола 2,0% в якості діючих речовин, а також функціональні добавки. Виробляється Schulke & Mayr

(Німеччина), номер державної реєстрації № UA/4056/01/01 у поліетиленових флаконах ємністю 50, 250, 450 та 1000 мл. Октенісепт володіє широким спектром антимікробної дії. Спектр антимікробної дії охоплює спороутворюючу та аспорогенну мікрофлору, грампозитивні і грамнегативні бактерії (аероби та анаероби), гриби, віруси, включаючи мікобактерії туберкульозу, стрептококи, стафілококи, мультирезистентний золотистий стафілокок, ентерококи, гонококи, менінгококи, пневмококи, ешерихії, шигели, протей, синьогнійну паличку, коринібактерії дифтерії, гарднерели, хламідії, мікоплазми, уреоплазми, трихомонади, іншу мікробну флору резистентну до хіміотерапевтичних препаратів. Октенісепт не виявляє токсичної дії і не всмоктується через слизову оболонку, шкіру, ранові поверхні, знищує мікроорганізми не пошкоджуючи клітини тканин. Застосування препарату сприяє загоєнню ран за рахунок імуномодельючої дії. Октенісепт не має побічної дії, може застосовуватися у вагітних, недоношених дітей та хворих цукровим діабетом. Серед протипоказань лише індивідуальна непереносимість. Випадків передозування не спостерігалось. Октенісепт застосовується шляхом нанесення на куксу марлевим тампоном рясно змоченим у розчині.

Перевагою запропонованого способу є простота, швидкість та надійність його виконання. Видалення під час операції деструктивно зміненої слизової оболонки кукси червоподібного відростка сприяє більш швидкому її загоєнню та попереджує розвиток запальних змін навколо неї, оскільки видаляється контамінований мікроорганізмами термінального відділу сліпої кишки тканевий детрит. Обробка кукси відростка розчином Октенісепт запобігає хімічному опіку та утворенню змертвілих тканин в ділянці його застосування, що не посилює некротичних змін в куксі деструктивно змінених червоподібних відростків, на противагу застосуванню 5% спиртового розчину йоду. Вищезазначене та широкий антибактеріальний, протигрибковий та противірусний спектр Октенісепту дозволяє запобігти післяопераційним запальним ускладненням з боку кукси червоподібного відростка.

З використанням запропонованого способу диференційної обробки культу червоподібного відростка виконано 63 апендектомії з гарним результатом. В жодному випадку не виявлено ніяких ускладнень в післяопераційному періоді, тоді як в контрольній групі спостерігалось 17 випадків (5,2%) післяопераційних ускладнень, достовірність отриманого результату з рівнем значимості $p < 0,001$.

Летальних випадків серед хворих на гострий апендицит не спостерігалось.

Середній ліжко-день складав $7,5 \pm 0,9$ доби: при гострому простому апендициті – $7 \pm 0,4$ дб; флегмонозному – $7,4 \pm 0,8$ доби; гангренозному – $9 \pm 1,2$ дб.

Результати дослідження свідчать про доціль-

ність застосування запропонованого методу диференційної обробки культі червоподібного відростка у хворих з деструктивними формами захворювання, що достовірно зменшує частоту післяопераційних ускладнень ($p < 0,001$).

За результатами даного дослідження автором сумісно з Кузнецовим А.Я. отримано деклараційний патент на корисну модель №51928 від 10.08.2010 «Спосіб диференційованої обробки культі червоподібного відростка в залежності від клініко-морфологічної форми гострого апендициту».

Література

1. Ажигитов Г. Острый аппендицит [Електронний ресурс] / Г. Ажигитов, И. Белов // Медицинская газета. – 2004. – 17 сентябр. – Режим доступу до газети :http://medgazeta.rusmedserv.com/2004/73/article_1108.html
2. Бареев Т. М. К дискуссии о простом аппендиците / Т. М. Бареев // Хирургия. – 2000. – № 4. – С. 19–21.

3. Белов С. Г. Дискуссионные вопросы лечения острого аппендицита / С. Г. Белов, А. П. Захарчук, С. Б. Кутелов // Харьковська хірургічна школа. – 2002. – № 2. – С. 72–73.
4. Бойко В. В. Острый аппендицит и его осложнения / В. В. Бойко, М. П. Брусницына, Л. Г. Яновская // Харьковська хірургічна школа. – 2002. – № 2. – С. 70.
5. Брайцев В. Р. Острый аппендицит / Брайцев В. Р. – М. : Медгиз, 1986. – 82 с.
6. Власов А. П. Новые технологии в хирургической терапии аппендицита / А. П. Власов, В. В. Сараев // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2004. – № 3. – С. 223–225.
7. Власов А. П. Профилактика послеоперационных осложнений при деструктивном аппендиците и тифлите / А. П. Власов, В. В. Сараев, Н. А. Окунев // Вестник хирургии. – 2004. – Т. 163, № 5. – С. 60–64.
8. Кириченко Б. Б. Из опыта оптимизации хирургической тактики при остром аппендиците / Б. Б. Кириченко, А. А. Ольшанецкий // Харьковська хірургічна школа. – 2002. – № 2. – С. 73–74.
9. Колесов В. И. Клиника и лечение острого аппендицита / Колесов В. И. – Л. : Медицина, Ленинградское отделение, 1972. – 343 с.
10. Михайлович В. В. Лікування гнійних ускладнень гострого апендициту / В. В. Михайлович // Клінічна хірургія. – 2008. – № 11-12. – С. 54–57.

Реферат

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.

Капустянский Д.В., Капустянская А.А.

Ключевые слова: аппендицит, культя отростка, демуккозация, Октенисепт, лечение.

Целью исследования было уменьшение количества воспалительных осложнений у больных с острым деструктивным аппендицитом. Для достижения этой цели был разработан и внедрен в практическую деятельность способ обработки культы червеобразного отростка при деструктивных формах заболевания. Способ заключается в демуккозация культы отростка с обработкой ее раствором Октенисепт. Применение предложенного метода обработки культы червеобразного отростка у больных с деструктивными формами заболевания достоверно уменьшает частоту послеоперационных осложнений с 5,2% до их полного отсутствия в исследуемой группе.

Summary

IMPROVEMENT FOR APPENDICULAR STUMP D-BRIDEMENT IN PATIENTS WITH DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE APPENDICITIS

Kapustyansky D.V., Kapustyanska A.A.

Keywords: appendicitis, appendicular stump, demucosation, Octenisept, treatment.

The research was aimed to reduce cases of inflammatory complications in patients with acute destructive appendicitis. To achieve this goal there has been developed and implemented into the clinical practice the appendicular stump d-bridement method for patients with destructive forms of the appendicitis. The method consists in the appendicular stump demucosation and its treatment with Octenisept solution. The application of this method for patients with destructive forms of the disease significantly reduces the incidence of post-operative complications from 5.2% to their complete absence.

УДК 616.233-002-053.4-07-08-084

Кінаш Ю.М., Несіна І.М., Шпехт Т.В., Коленко І.О.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ФОРМУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність проблеми РБ у дітей визначається його поширеністю в структурі захворювань органів дихання та неоднозначністю прогнозу, оскільки близько 20% хворих трансформують його в хронічний бронхіт або бронхіальну астму. Результати реалізації РБ у дітей в подальші вікові періоди життя визначаються вкладом різних факторів у формування хронічного запального процесу дихальних шляхів. На підставі аналізу факторів ризику формування РБ у дітей за допомогою ОР можна виділити найвпливовіші фактори ризику. Серед них на першому місці знаходиться часте, часом не мотивоване призначення антибактеріальних препаратів (ОР=34,8, $p < 0,05$), потім зниження рухової активності та тривалості прогулянок (ОР=24,2, $p < 0,05$), наявність патогенної мікрофлори в носі (ОР=11,5, $p < 0,05$), куріння батьків в помешканні (ОР=14,1, $p < 0,05$).

Ключові слова: діти, рецидивуючий бронхіт, фактори ризику, показник відношення шансів.

Робота є фрагментом запланованої НДР – Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України»