

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до хірургії.

При лікуванні розлитих форм гнійного перитоніту в теперішній час використовуються різні методики (програмовані релaparотомії, відкрите ведення черевної порожнини, використання трубчастих дренажів і марлевих тампонів та ін), але, на жаль, 50% хворих помирають (1, 3).

На сьогоднішній день ніякі методики дренування ні фізично, ні фізіологічне не можуть забезпечити відтік гнійного ексудату, зменшити ендотоксикоз, перешкоджати формуванню вторинних внутрішньочеревних гнійників (1, 2, 3).

Винаходом поставлена задача підвищити ефективність методу лікування запущених форм розлитого фібринозно-гнійного перитоніту, знизити формування вторинних внутрішньочеревних гнійників, зменшити явища ендотоксикозу, а також розвитку серцево-дихальної недостатності і, як наслідок, поліорганної недостатності.

Спосіб здійснюється наступним чином: перед проведенням лапаротомії у хворого вимірюється рівень внутрішньочеревного тиску, який як правило вище критичних цифр 15-20 мм. рт. ст., що негативно позначається на функції органів черевної порожнини і серцево-дихальної системи. Після чого виконується лапаротомія, усувається джерело перитоніту, здійснюється ретельний лаваж черевної порожнини з максимально можливим видаленням фібринозних накладань. Великий сальник зрошується розрідженою шляхом нагрівання до 38-40 градусів водорозчинною маззю «нітацид» в об'ємі 3 мл, після чого скручується в бік до шлунка у вигляді «ковбаски». Черевна порожнина в завершення висушується марлевими тампонами з наступним введенням в неї 5 мл мазі «нітацид». Петлі кишечника покриваються дрібнопористим поролоновим пластом 1 (фігура), ширина пласта до 2 см.

У товщині поролонового пласта проходять 4 трубчастих мікроіригатори 2А і Б і 3В і Г, призначених 2А і Б для введення в поролонову основу розрідженої мазі «нітацид» в післяопераційному періоді із розрахунку 1 мл на годину, а через 3В і Г введення озонованого кисню.

Після чого краї передньої черевної стінки зводяться до цифр внутрішньочеревного тиску 5-10 мм. рт. ст, що є нижче «критичного», порожнім спіралеподібним швом 4, що має бокові отвори 5, призначені для евакуації надмірного ексудату із черевної порожнини, просоченої поролоною основою 1.

Дистальні кінці 6 спіралеподібного шва 4 закріплюються на передній черевній стінці манжеткою 7.

Наступні санаційні релaparотомії виконуються через кожні 24-36 годин, при останній великий сальник розвертається над петлями кишечника і черевна стінка за відсутності ознак запалення ушивається традиційно.

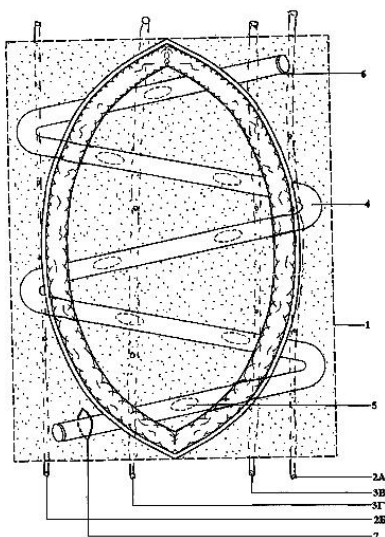
Цей спосіб найбільш припустимий у явно тяжких хворих з різними формами фібринозно-гнійного перитоніту.

Введення мазі на водорозчинній основі «нітацид», що має сорбційний ефект, антимікробний, який впливає на клостридіальну і неклостридіальну інфекцію, яка знижує подразнення інтерорецепторів очеревини, а, отже, і больову реакцію; введення в післяопераційному періоді озонованого кисню сприятливо впливає на пригнічення анаеробної мікрофлори і має своєчасну оксигенацію черевної порожнини; «дозоване» зведення країв передньої черевної стінки з урахуванням рівня внутрішньочеревного тиску сприяє не підсиленню функції органів черевної порожнини, серцево-дихальної діяльності; більш того поролонова основа оберігає петлі кишечника від надмірної травматизації та евакуації ексудату через порожній спіралеподібний шов.

Даний спосіб простий у технічному виконанні і може бути використаний у практичній роботі хірургічного стаціонару.

Джерела інформації:

1. Спиженко Ю.П. и соавт. Острый гнойный перитонит. - Харьков, 1997.-189с.
2. Толстых П.И. и соавт. Дренирование в хирургии, акушерстве и гинекологии. - М.; Смоленск, 2000.-295с.
3. Шалимов А.А. и соавт. Острый перитонит. - К., 1982.-287с.



Фиг. 1