



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20387 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61M 27/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ РАН

1

(21) u200608770

(22) 07.08.2006

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. №1, 2007р.

(72) Бурка Анатолій Олексійович, Коваль Борис Михайлович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб дренування ран, що включає виконання доступу до гнійного вогнища, видалення гною, фібрину і інших продуктів запалення, укладання або проведення перфорованої дренажної трубки в порожнину рани, обидва кінці якої виводять і фік-

2

сують на шкіру через здорові тканини, а оперативний доступ до гнійника поширено ушивають наглухо, який **відрізняється** тим, що перед вилученням дренажу до одного з його кінців прив'язують хірургічну нитку (монофіламентна, що не розсмоктується), яка при вилученні дренажу займе його місце в рані відповідно до її конфігурації, зовнішні кінці нитки зв'язують між собою, під час щодобових перев'язок виконують поступове переміщення нитки на декілька сантиметрів в обидва боки в продольному напрямку до рани з метою попередження дострокового закриття дренажного отвору.

Корисна модель, що заявляється відноситься до медицини, а саме до хірургії та може бути використана для лікування гнійних ран.

Основним методом лікування гнійних захворювань м'яких тканин є раннє адекватне розкриття гнійного вогнища з видаленням некротичних тканин і дренуванням рани [2]. Дренування (англ. drain - осушувати, дренувати) передбачає створення умов відтоку вмісту ран, абсцесів, різних порожнин і порожнистих органів в навколишнє середовище. Дренування є провідним серед методів фізичної антисептики та базується на використанні законів капілярності, гігроскопічності, дифузії, осмосу, принципу сифону тощо. Проблема дренування ран найчастіше виникає при необхідності виведення назовні виділень з гнійників, вмісту порожнистих органів, природних або патологічних порожнин тіла (кров, серома, гнійне виділення і ін.) по встановленому дренажу. На практиці дренування здійснюється за допомогою гумових, хлорвінілових або силіконових трубок різного діаметру, гумовими чи марлевими смужками, спеціально виготовленими пластмасовими смужками, що вводяться в рану або порожнину. Гній, продукти розпаду тканин, а з ними і мікроорганізми одним або декількома дренажами виводяться і евакуюються в спеціальні ємності або в пов'язку - мимоволі, без додаткового пристрою і примусової аспірації (пасивне дренування) або шляхом примусової і тривалої евакуації, яка забезпечується різними аспіраційними системами за

рахунок створюваного ними постійного негативно-го тиску в дренажі (активне дренування).

Найбільш близьким до способу, що заявляється є спосіб дренування порожнини гнійної рани гумовою перфорованою трубкою, який здійснюється наступним чином: виконують доступ до гнійного вогнища або його розкриття, видаляють гній, фібрин і інші продукти запалення, укладають або проводять перфоровані дренажні трубки в продовжньому напрямі так, щоб поверхня інфікованої порожнини стикалася з перфорованою ділянкою дренажної трубки, обидва кінці дренажу виводять на шкіру через здорові тканини шляхом проколів, трубку фіксують, а оперативний доступ до гнійника поширено ушивають наглухо [3].

Спосіб аналог має слідуючі недоліки: неможливість контролювати та спостерігати за станом залишкової порожнини після вилучення дренажу внаслідок швидкого змикання країв дренажної фістули, неможливість встановлення дренажу відповідно до складної конфігурації рани після його вилучення, травматизація тканин та довготривалість процедури при повторній постановці дренажу, утворення мацерації шкіри країв рани в місці дотику із дренажем при його тривалому перебуванні.

Задача, яка вирішується способом, що заявляється полягає в удосконаленні способу дренування ран, покращенні відтоку раньового вмісту, зниженні ризику утворення залишкових порожнин після дренування, швидкому зменшенню порожнини рани та її вмісту, загоєнню рани та усуненню запального процесу, зменшенню тривалості та

(13) U  
(11) 20387  
(19) UA

травматичності операції та терміну післяопераційного періоду, дає можливість встановити необхідний дренаж відповідно конфігурації (в т.ч. складної) патологічної порожнини при повторному дренажу після вилучення первинно встановленого дренажу, запропонований спосіб є економічно вигідним та не потребує додаткових пристроїв.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі дренажу ран, що включає виконання доступу до гнійного вогнища, видалення гною, фібрину і інших продуктів запалення, укладання або проведення перфорованої дренажної трубки в порожнину рани, обидва кінці якої виводять і фіксують на шкіру через здорові тканини, а оперативний доступ до гнійника пошарово ушивають наглухо, згідно корисної моделі перед вилученням дренажу до одного з його кінців прив'язують хірургічну нитку (монофіламентна, що не розсмоктується), яка при вилученні дренажу займе його місце в рані відповідно до її конфігурації; зовнішні кінці нитки зв'язують між собою, під час щодобових перев'язок виконують поступове переміщення нитки на декілька сантиметрів в обидві сторони в продольному напрямку до рани.

Спосіб здійснюється наступним чином: виконують доступ до гнійного вогнища або його розкриття; видаляють гній, фібрин і інші продукти запалення, проводять пошук і ліквідацію джерела запалення, укладають або проводять перфоровану дренажну трубку в повздовжньому напрямку так, щоб поверхня інфікованої порожнини стикалася з перфорованою ділянкою дренажної трубки, обидва кінці дренажу виводять на шкіру через здорові тканини шляхом проколів, трубку фіксують, а оперативний доступ до гнійника пошарово ушивають наглухо, перед вилученням дренажу до одного з його кінців прив'язують хірургічну нитку (монофіламентна, що не розсмоктується), яка при вилученні дренажу займе його місце в рані відповідно до її конфігурації; зовнішні кінці нитки зв'язують між собою, в подальшому під час щодобових перев'язок виконують поступове переміщення нитки на декілька сантиметрів в обидві сторони в продольному напрямку до рани з метою попередження дострокового закриття дренажного отвору; при виникненні необхідності в постановці трубчастого дренажу його фіксують до одного з кінців нитки після чого проводять в рану.

Приклад застосування. Хворий К., історія хвороби №5520148. Поступив до хірургічного відділення ЦМКЛ м.Києва 03.10.2005р.

Враховуючи скарги, клініку захворювання, результати лабораторних та допоміжних методів дослідження був встановлений клінічний діагноз: післятравматична нагноєна гематома м'яких тканин ділянки гребеня лівої здухвинної кістки.

Результати обстеження: загальний аналіз крові - ер.  $4,3 \times 10^{12}$ , Hb - 137г/л, лейкоц.  $23 \times 10^{12}$ , ШОЕ

18мм/год.; УЗД м'яких тканин черевної стінки та верхньої третини стегна зліва - виявлено рідинне утворення ( $10 \times 7 \times 4$ см) неправильної форми з гіперехогенними включеннями різного розміру, яке розташовано по зовнішній поверхні гребеня здухвинної кістки зліва по середній пахвинній лінії, виконана маркіровка меж утворення.

В ургентному порядку під ендотрахеальним наркозом виконана операція: розкриття, санація та дренажування гнійника. Під час операції доступ до гнійного вогнища був виконаний з 2-х окремих невеликих контрлатеральних розрізів, через які була проведена ревзія порожнини гнійника, механічна евакуація його вмісту (фрагменти згортків гематом, некротичний детрит, фібрин), санація вогнища розчином антисептику. Операція була закінчена проведенням 2-ох перфорованих силіконових дренажних трубок (1-а - наскрізна, розміщена поздовжньо, з виведенням двох кінців назовні, 2-а для зрошення порожнини рани розчинами антисептиків), кінці дренажів виведені на шкіру через контрапертури та зафіксовані, оперативний доступ до гнійника був пошарово ушитий наглухо.

Щодня проводились перев'язки, двічі на добу до порожнини рани вводилися антисептики. На 5-у добу післяопераційного періоду значно зменшилась кількість виділень по дренажу (до 20мл), були вилучені дренажі, з одночасним введенням в порожнину рани хірургічної нитки за запропонованою методикою. В подальшому нитка знаходилась в порожнині до 8-ої доби післяопераційного періоду, після чого була вилучена.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На контрольному УЗД обстеженні патологічних утворень (рідини) в зоні оперативного втручання не виявлено. Хворий оглянутий через 8міс. Післяопераційний рубець в задовільному стані.

За період з 2002 року по 2006 рік у клініці прооперовано за даною методикою 57 пацієнтів. У всіх спостереженнях клінічно та інструментально зафіксовано поліпшення стану хворих, що дозволяє рекомендувати дану методику для широкого впровадження у хірургічну практику.

Запропонований нами спосіб являється простим у користуванні, не потребує дорогої апаратури та дефіцитних ліків, є ефективним.

Джерела інформації:

1. Абаев Ю.К. / Справочник хирурга. Раны и раневая инфекция. - Ростов н/Д: Феникс, 2006. - С.258-262.

2. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебник.-2-е издание. - М.: Медицина, 1997. - С.55-57.

3. Общая хирургия / Под ред. Шмитта В., Хартига В., Кузина М.И. Совместное издание СССР-ГДР: В 2-х томах. Т.2. - М.: Медицина, 1985. - С.61-67.