



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **54000** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ПЕРИТОНІТІ**

1

2

(21) u201004578

(22) 19.04.2010

(24) 25.10.2010

(46) 25.10.2010, Бюл.№ 20, 2010 р.

(72) КОСТИРНОЙ ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ,
ШЕСТОПАЛОВ ДМИТРО ВИКТОРОВИЧ, КАРАКУ-
РСАКОВ НАРІМАН ЕСКЕНДЕРОВИЧ, ВОРОНКОВ
ДЕНИС ЄВГЕНІЙОВИЧ, ДРЕВЕТНЯК АНДРІЙ
АНАТОЛІЙОВИЧ(73) КОСТИРНОЙ ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ,
ШЕСТОПАЛОВ ДМИТРО ВИКТОРОВИЧ, КАРАКУ-
РСАКОВ НАРІМАН ЕСКЕНДЕРОВИЧ, ВОРОНКОВДЕНИС ЄВГЕНІЙОВИЧ, ДРЕВЕТНЯК АНДРІЙ
АНАТОЛІЙОВИЧ(57) Спосіб дренування черевної порожнини при
перитоніті, який характеризується тим, що після
усунення джерела перитоніту і санації черевної
порожнини встановлюється єдина цільна трубчас-
та конструкція від правого до лівого піддіафрагма-
льного просторів з виводом її в правій пахвовій
області, що має елемент прочищення просвіту
трубчастого дренажу, при цьому передня черевна
стінка ушивається спіралеподібним швом з облі-
ком і корекцією внутрішньочеревного тиску.

Перитоніт - є грізним ускладненням найчастіше захворювань і ушкоджень органів черевної порожнини, при якому летальність досягає 20 – 50%.

В 1980 р. Н.Н.Каншін визначив: «Вирішальне значення при перитоніті має радикальне усунення джерела перитоніту й санація черевної порожнини на операційному столі. Якщо ці два заходи проведені неповноцінно, то ні інфузійна терапія, ні самі новітні антибіотики, ні гіпербарична оксигенація, ні лімфосорбція, ні навіть гемосорбція не має сил урятувати хворого». Через 4 роки, в 1984 р., Б.Нідерле сформулював тріаду основних заходів при хірургічному лікуванні перитоніту - усунення джерела, санація й дренування черевної порожнини [1, 3].

Принципово важливим і дискусійним є питання про використання різних методик санації черевної порожнини й застосування дренування [2, 4].

Разом з тим перитоніт в умовах сучасної хірургії, незважаючи на застосування широкого спектра способів лікування, продовжує залишатися важким ускладненням гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, знижуючи якісні результати лікування цієї категорії хворих. Зниження летальності й поліпшення ефективності лікування хворих при перитоніті можливо в умовах подальшого пошуку високоінформаних об'єктивних способів ранньої діагностики, оптимізації комплексного способу лікування [3, 5, 6].

Таким чином, застосування лапаростомії та етапного виконання релапаротомії на фоні адекватного дренування черевної порожнини в різних варіантах у хворих з важкими формами перитоніту продовжують вивчатися, особливо в пацієнтів із прогресуючими формами гнійного перитоніту.

Існуючі способи лапаростомії не можна вважати зробленими. Результати застосування її численних модифікацій не задовольняють практичних хірургів у силу недостатнього відтоку перитонеального ексудата, що розвиваються післяопераційних ускладнень (свищі, евітерації, нагноєння й ін.), частоти легеневих та інфекційних ускладнень [1, 3, 6]. Цілком очевидно, що відкритий спосіб лікування розповсюдженого гнійного перитоніту має потребу в подальшій розробці та удосконалюванні.

Метою пропонованого способу дренування черевної порожнини є поліпшити відток гнійного ексудата з кишень, пологих місць черевної порожнини та міжкишкових просторів при розповсюдженному гнійному перитоніті.

На Фіг. представлена схема пропонованого способу дренування черевної порожнини при перитоніті.

Для цього після усунення джерела перитоніту та санації черевної порожнини в останню встановлюється єдина цільна трубчасто-дренажна конструкція 4 від правого 1 до лівого 2 піддіафрагмальних просторів включаючи малий таз 3 з бічними отворами 5. Крім цього єдина трубчаста конструк-

(19) **UA** (11) **54000** (13) **U**

ція 4 має додаткове з'єднання із трубчастими відведеннями дренажування найбільш пологих та важко дренажуваних міст черевної порожнини підпечіноковий простір 6, позадидванадцятипала область 7, дуоденоєюнальна область 8, міжкишкові простори 9. У правій пахвовій області формується канал 10 довжиною до 3см, через який виводиться трубчасте 11 - рукавичний 12 дренаж, при цьому трубка 11 є прямим і безпосереднім продовженням єдиної цільної трубчастої конструкції 4. З метою прочищення внутрішнього просвіту трубчастого дренажу 4 проводиться тверда нитка 13 в усі відгалуження єдиної конструкції 4 з наявними «гудзичками» 14, що має робочу ручку 15. При необхідності конструкція 4 витягається із черевної порожнини шляхом тракції за трубку 9. Після чого передня черевна стінка ушивається спіралеподібним швом, при цьому якщо планується програмована санація черевної порожнини через кожні 24-36 годин, то накладення спіралеподібного шва проходить тільки із захопленням шкіри. З обов'язковою обліком і корекцією внутрішньочеревного тиску. У тому випадку, якщо етапна програмована санація черевної порожнини є остаточним варіантом, те спіралеподібний шов проходить через всі шари передньої черевної стінки (що є профілактичним моментом евентерації в післяопераційному періоді).

Пропонований спосіб не складний у технічному виконанні, не травматичний, ефективний для адекватного відтоку гнійного ексудату з важко доступних областей черевної порожнини. Способст-

вує раньому купуванню запального процесу в черевній порожнині. Може бути виконаний у будь-якому хірургічному відділенні.

Джерела літератури:

1. Ашрафов Р.А., Давыдов М.И. Дренирование и лаваж брюшной полости, декомпрессия и лаваж полых органов желудочно-кишечного тракта в лечении перитонита // Хирургия. - 2001. - № 2. - с. 56-58.
2. Быстрицкий А.Л. Дренирования брюшной полости // Вестник хирургии. - 1988. - № 7. - с. 131-134.
3. Власов В.В. До методики виконання програмованої лапаростомії і дренажування черевної порожнини в умовах розлитого гнійного перитоніту // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. " 2002. - №2. - с. 43-45.
4. Дуданов И.П., Меженин А.М., Шаршавицкий Г.А. Оценка эффективности дренирования брюшной полости // Вестник хирургии. - 2001. - Т. 160. - № 1. - с. 63-66.
5. Nystrom P.O., Bax R., Dellinger E.P. et al. Proposed definitions for diagnosis severity scoring, stratification, and outcome for trials on intraabdominal infection // Wld J.Surg. - 1990. - Vol. 14. - P.148-158.
6. Linder M., Wacha H. Stellenwert von Peritonitis-Indizes für die klinisch-prognostische Beurteilung der Peritonitis // Peritonitis/Herausgeber R. Haring. - Stuttgart, New York- Georg Thieme Verlag, 1993. - S.41-47.

