



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37905 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ГНІЙНИХ РАН ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОВІДНИКА

1

2

(21) u200809627

(22) 23.07.2008

(24) 10.12.2008

(46) 10.12.2008, Бюл.№ 23, 2008 р.

(72) КОЛОСОВИЧ ІГОР ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
СПИЦІН РУСЛАН ЮРІЙОВИЧ, UA, ІОВІЦА АНД-
РІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA(57) Спосіб дренування черевної порожнини та
гнійних ран за допомогою провідника, що включає

введення дренажної трубки за допомогою зонда-провідника в черевну порожнину чи гнійну рану під час операції або в післяопераційному періоді, який відрізняється тим, що спочатку обертальними рухами в черевну порожнину чи гнійну рану вводять провідник у вигляді трубки з оливоподібним обмежувачем, потім по каналу всередині провідника проводять дренажну трубку, після чого провідник виводять з черевної порожнини чи гнійної рани з можливістю його заміни без повторної лапаротомії.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до галузі медицини, розділу хірургія, а безпосередньо до хірургічного інструментарію, і може бути використана при оперативних втручаннях в абдомінальний та гнійний хірургії.

Дренування порожнин та гнійних ран, в хірургії, залишається однією із актуальних проблем сучасної хірургії. В післяопераційному періоді за допомогою дренажів відбувається санація порожнин та гнійних ран антисептичними розчинами та забезпечується відтік рідкої фракції гною. При неадекватному дренуванні порожнин та гнійних ран виникають післяопераційні ускладнення, патологічний процес продовжує поширюватись на навколишні тканини та органи.

Відомий спосіб дренування, що полягає у введенні дренажної трубки у черевну порожнину чи порожнину гнійної рани за допомогою корнцанга [1], під час чи після операції, через операційну рану, або через додаткові проколи оточуючих тканин.

Недоліком цього способу є те, що введення дренажу під час операції за допомогою корнцанга, може ускладнитись травмуванням внутрішніх органів та тканин, в післяопераційному періоді дренаж важко поставити точно в саме те місце, яке підлягає дренуванню, неможлива його заміна без операції.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб [2], згідно з яким під час

оперативного втручання в зону введення дренажу вкладається нитка-провідник, кінець якої виводиться на живіт. Після операції по нитці-провіднику, як по напрямній, у черевну порожнину вводиться дренажна трубка.

Однак і цей спосіб має свої недоліки: існує можливість травмування внутрішніх органів під час введення дренажної трубки у черевну порожнину, оскільки нитка-провідник не дає можливості відмежувати органи один від одного, як і ввести дренаж з максимальною безпекою. До того ж, коли у дренажній трубці відкладається фібрин, викликаючи її закупорку, нитка-провідник автоматично приклеюється до дренажу і буде видалена разом з неефективною дренажною трубкою, а повторна постановка нитки-провідника без операції неможлива.

В основу корисної моделі, що заявляється, поставлена задача створення способу дренування черевної порожнини та гнійних ран за допомогою провідника, який забезпечує введення дренажної трубки з можливістю її заміни в задане місце черевної порожнини або гнійної рани без релaparотомії.

Технічний результат, що досягається, полягає у зниженні небезпеки ушкодження внутрішніх органів та оточуючих тканин при проведенні дренажної трубки, зниження частоти операційних та післяопераційних ускладнень, а саме кровотеч,

(13) U

(11) 37905

(19) UA

прогресування флегмон, інших гнійно-септичних ускладнень, які потребують релапаротомії.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі дренування черевної порожнини та гнійних ран за допомогою провідника, який включає введення дренажної трубки за допомогою провідника в черевну порожнину чи гнійну рану під час операції чи в післяопераційному періоді, згідно корисної моделі, спочатку обертальними рухами в черевну порожнину чи гнійну рану вводять провідник у вигляді трубки з оливо-подібним обмежувачем, потім по каналу всередині провідника проводять дренажну трубку, після чого провідник виводять з черевної порожнини чи гнійної рани з можливістю його заміни без повторної лапаротомії.

Відмінною особливістю корисної моделі, що заявляється, є введення дренажної трубки по каналу всередині провідника в задане місце черевної порожнини або гнійної рани з можливістю його заміни без повторної лапаротомії. Такий спосіб дренування черевної порожнини та гнійних ран забезпечує зниження кількості ускладнень, попереджає генералізацію запального процесу, зменшує ризик повторних релапаротомій, знижує небезпеку ушкодження внутрішніх органів та оточуючих тканин.

За доступними літературними даними, такий спосіб дренування черевної порожнини та гнійних ран за допомогою зонда-провідника не відомий.

Запропонований спосіб дренування черевної порожнини та гнійних ран за допомогою провідника здійснюється наступним чином. Під час операції, після ревізії органів та оточуючих тканин, в місце, куди потрібно ввести дренажну трубку, обертальними рухами вводять провідник, тримаючи його за рукоятку. Потім по каналу всередині провідника вводять дренажну трубку. Після цього провідник видаляють, залишаючи дренаж у рані. В післяопераційному періоді при закупорці дренажної трубки її видаляють, в черевну порожнину чи гнійну рану, між швами, вдроте вводять провідник, потім по каналу всередині провідника вводять дренажну трубку, після чого провідник виводять з черевної порожнини чи гнійної рани.

Приклад конкретного здійснення

Приклад № 1. Хвора А., історія хвороби № 8023, 27 років, була доставлена в хірургічну клініку 04.03.07 у 20.00 год. зі скаргами на біль в правій здухвинній ділянці, нудоту і блювоту, підвищення температури до 38°C, загальну слабкість, недомогання. Хворіє протягом доби, спочатку біль виникла у верхній ділянці живота, а потім змістилась в праву здухвинну ділянку. При об'єктивному обстеженні стан хворої задовільний. Конституція - нормостенік. Шкіра та видимі слизові блідувато-рожевого кольору. Пульс - 96 уд. за хвилину, АТ - 130/80 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, болючий в правій здухвинній ділянці. Печінка біля краю реберної дуги, селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення без особливостей. За лабораторними даними - Ер. - $3,4 \times 10^{12}/л$, Гем. - 120 г/л, Лейк. - $11,5 \times 10^9/л$, ШОЕ - 28 мм/год. Встановлено діагноз: Гострий апендицит. Хвора опе-

рована, під час операції апендектомії в праву клубову ямку обертальними рухами введено провідник, тримаючи його за рукоятку. По каналу всередині провідника проведено трубчатий дренаж, після чого провідник видалено. Рана ушита. На 2-гу добу після операції виникла необхідність заміни дренажної трубки у зв'язку з обтурацією її внутрішнього просвіту фібрином. Через ушиту рану, між її швами, в порожнину малого тазу, введено провідник та дренажну трубку, як описано вище. На 3-ю добу після операції видалили дренаж з порожнини малого тазу. Хвора в задовільному стані виписана через 7 днів після операції. Оглянута через 6 місяців, 1 рік після оперативного лікування. Скарг не має.

Приклад № 2. Хворий С., історія хвороби № 9174, 35 років, був доставлений в хірургічну клініку 07.02.07 у 18.00 год. зі скаргами на сильний біль в правій гомілці, підвищення температури до 38°C, загальну слабкість, головний біль. Хворіє протягом тижня, коли травмував праву нижню кінцівку під час гри у футбол. При об'єктивному обстеженні стан хворого тяжкий. Конституція - нормостенік. Шкіра та видимі слизові блідуватого кольору. Пульс - 100 уд. за хвилину, АТ - 110/60 мм. рт. ст. Права гомілка багряно-ціанотичного кольору, збільшена в об'ємі, різко болюча при пальпації. За лабораторними даними - Ер. - $3,5 \times 10^{12}/л$, Гем. - 120 г/л, Лейк. - $10,2 \times 10^9/л$, ШОЕ - 27 мм/год., цукор крові 3,2 ммоль/л. Встановлено діагноз: Флегмона правої гомілки. Хворий оперований, виконано розкриття флегмони. В порожнину флегмони обертальними рухами введено провідник, тримаючи його за рукоятку, за його допомогою проводились трубчаті дренажі в контрапертурні розрізи. Двічі на добу, на перев'язках, проводили промивання порожнини флегмони антисептичними розчинами. На 2-гу добу після операції, в рану введено провідник, дистальний кінець виведено у контрапертурний розріз, через канал всередині провідника проведено трубчатий дренаж. Провідник видалено з рани. На 5-ту добу після операції видалили дренаж з порожнини рани. Хворого в задовільному стані виписано через 7 днів після операції. Рана чиста, відбувається грануляція рани. Оглянутий через 6 місяців, 1 рік після оперативного лікування. Скарг не має.

За період 2007-2008 років запропонований спосіб дренування черевної порожнини та гнійних ран за допомогою провідника було апробовано у I і II хірургічних відділеннях МКЛ № 4 м. Києва. З використанням запропонованого способу проведено 25 хворих. Ускладнень у хворих, пролікованих за способом, який заявляється, не спостерігалося. Отримання добрих результатів дозволило рекомендувати запропонований спосіб для практичного використання.

Використана література;

1. Литман Й. Оперативная хирургия. Будапешт. 1981. С. 330-331.

2. Патент України, № 44501 А 6А61В17/00. Спосіб дренування черевної порожнини / Джерелій О.Б. (Україна). - № 2001042876; Заяв. 26.04.2001; Опублік. 15.02.2002. Бюл. № 2.

