



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47764 (13) A

(51) B 6 A 61 B 17/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЕКСТРАПЕРИТОНІЗАЦІЇ АПЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕСУ

1

2

(21) 2001096111

(22) 04 09 2001

(24) 15 07 2002

(46) 15 07 2002, Бюл. № 7, 2002 р.

(72) Бабалич Олександр Кирилович, Тунік Володимир Олексійович, Федотов Олександр Ілліч

(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. С. І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО

(57) Спосіб екстраперитонізації апендикулярного

абсцесу, який включає відмежування гнійного осередку оточуючими тканинами з наступним рукавично-трубковим дрениванням, який відрізняється тим, що застосовують пасмо великого сальника, підшиваючи його по краю абсцесу, бічному каналу та очеревині передньої черевної стінки, а дренаж проводять у простір, що утворився

Винахід стосується медицини, а саме, хірургії, і може бути використаний для лікування апендикулярного абсцесу

За прототип обрано спосіб екстраперитонізації апендикулярного абсцесу (В. П. Фесенко, А. К. Бабалич, С. Л. Шулькин, М. Н. Степанов, Р. А. Рыбаков. Экстраперитонизация слепой кишки при остром деструктивном аппендиците // Клиническая хирургия - 1977 - № 1 - С. 57 - 59), який заключається в тому, що шматок парієтальної очеревини підшивають окремими швами до купола сліпої кишки таким чином, щоб кукса відростка виявилась зазвичайно, потім проводять заочеревинний дренаж

Ознаками, що співпадають з суттєвими ознаками способу, що заявляється, є відмежування гнійного осередка оточуючими тканинами з наступним рукавично-трубковим дрениванням

Причинами, які перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності лікування зі зменшенням ускладнень), є небезпека інфікування заочеревинної клітковини через дефект парієтальної очеревини, що утворився внаслідок викривлення шматка, і неможливість застосування способу при медіальном розташуванні абсцесу

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу екстраперитонізації апендикулярного абсцесу за рахунок заміни шматка парієтальної очеревини пасмом великого сальника для відмежування гнійного осередка оточуючими тканинами, що дозволить досягти очікуваного технічного результату - підвищення ефективності ліку-

вання зі зменшенням ускладнень

Поставлена задача вирішується тим, що в способі екстраперитонізації апендикулярного абсцесу, що включає відмежування гнійного осередка оточуючими тканинами з наступним рукавично-трубковим дрениванням, згідно винаходу, застосовують пасмо великого сальника, підшиваючи його по краю абсцесу, бічному каналу та очеревині передньої черевної стінки, а дренаж проводять у простір, що утворився

Між сукупністю суттєвих ознак запропонованого способу та очікуваним результатом простежується наступний причинно-наслідковий зв'язок за допомогою пасма сальника, що має пластичні властивості, досягають ретельної ізоляції абсцесу від черевної порожнини, що дозволяє при розлитому перитоніті проводити перитонеальний діаліз

Спосіб ілюстрований наступним графічним матеріалом

На Фіг. показана черевна порожнина після оперативного втручання, де 1 - пасмо великого сальника, 2 - кукса апендикса, 3 - порожнина колишнього абсцесу, 4 - поліпропіленова трубка і рукавичний дренаж, 5 - шви між сальником і серозною оболонкою сліпої кишки, 6 - шви між сальником та очеревиною бічного каналу, 7 - шви між сальником та очеревиною передньої стінки живота, 8 - контрапертура

Спосіб здійснюють таким чином

Під ендотрахеальним наркозом виконують лапаротомію з косою або серединною розрізу в правій клубовій області, після ревізії черевної порожнини і розрізаного периапендикулярного абсцесу 3

(13) A

(11) 47764

(19) UA

виконують санацію його антисептиками з переки-сом водню Червоподібний відросток видаляють, куксу апендикса 2 не заглиблюють, тому що це представляє труднощі через інфільтрацію тканин Виконують лаваж черевної порожнини, пасмо великого сальника 1 необхідної довжини відводять і накладають по медіальному краю абсцесу шви 5 Після цього через контрапертуру 8 у гребеня правої клубової кістки виводять поліхлорвінілову трубку і рукавичний дренаж 4 Пасмо великого сальника підшивають вище і нижче порожнини абсцесу, а також до парієтальної очеревини бічного каналу швами 6 та очеревини передньої стінки живота швами 7 Після введення дренажів у малий таз, бічні канали живота і під діафрагму, черевна порожнина ушивається наглухо У післяопераційному періоді проводиться інтенсивна терапія з приводу перитоніту, а ізолювана порожнина абсцесу періодично промивається антисептиками і пасивно чи активно дрениується

Запропонований спосіб екстраперитонізації апендикулярного абсцесу дозволить покращити віддалені і безпосередні результати лікування, уникнути розвитку ускладнень

Спосіб підтверджений наступними прикладами

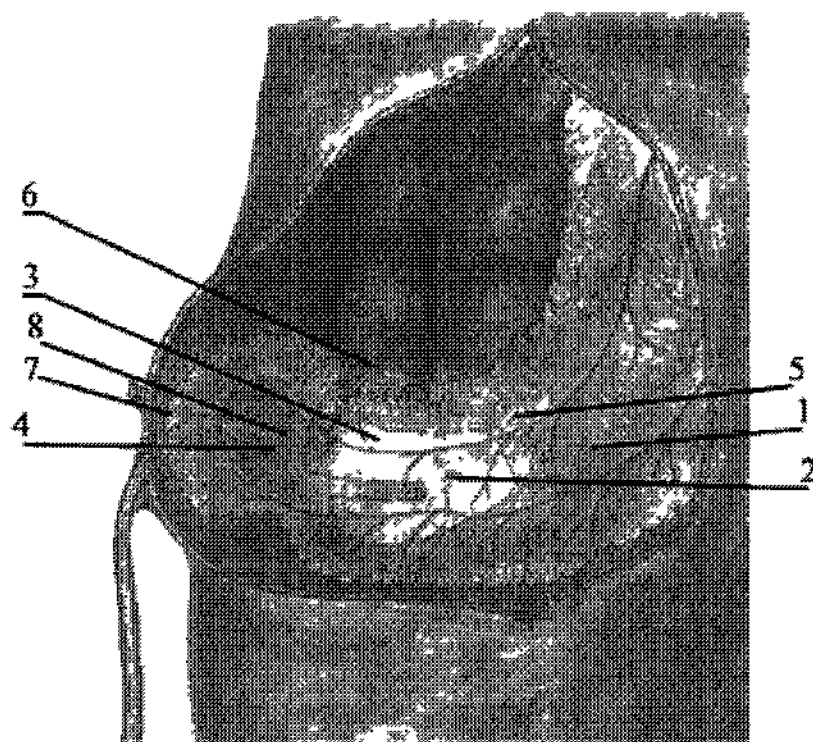
Приклад 1 Хворий К 28 років, історія хвороби № 2216 Надійшов у хірургічне відділення м. Сімферополя в екстреному порядку о 12ч 15 хв 20 03 2001 р з діагнозом «Гострий апендицит, місцевий перитоніт» і підозрою на патологію нирок Тривалість хвороби більше двох діб Після дообстеження і передопераційної підготовки через 3 години після надходження під ендотрахеальним наркозом виконана широка лапаротомія в правій клубовій області Виявлено гангрену червоподібного відростка, його емпієму і порожнину з гнійним випотом у животі Сліпа кишка дуже інфільтрована і тому після апендектомії кукса заглиблена окремими швами Санація черевної порожнини і порожнини абсцесу перекисом водню і розчином фурациліну Через контрапертуру праворуч підведені дренажна трубка і рукавичка до порожнини абсцесу Медіальніше абсцесу, зверху і знизу від нього і до парієтальної очеревини фіксовано великий сальник, що ізолював абсцес від вільної черевної порожнини Остання дренована додатковими трубками Після операції проводилася інтенсивна терапія, у порожнину абсцесу вводилися антибіотики Стан хворого швидко покращувався У поси-вах з вільної черевної порожнини і порожнини абсцесу вже на 3 день не було росту мікрофлори, і дренажі видалені на 5 день Шви зняті через 7

днів Рана загоїлася первинним натягом і хворий виписаний з клініки через 7 днів після операції

Приклад 2 Хвора Б, 28 років, історія хвороби N 5935 Надійшла в порядку невідкладної допомоги в хірургічне відділення 08 08 2000 р з діагнозом апендикулярний інфільтрат і давністю хвороби 5 діб При надходженні стан хворої компенсований Пульс 92 удари в 1хв, ритмічний Живіт не надутий, симетричний, м'який, помірно болючий в правій клубовій області, де нечітко пальпується інфільтрат 7 x 10см без перитонеальних симптомів У хворої температура тіла 38,6 градусів по Цельсію В аналізі крові лейкоцитів $11,9 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерних - 11% Розпочата консервативна терапія Однак, до наступного дня стан погіршився, підсилювся біль Температура 39 градусів по Цельсію, збільшився лейкоцитоз і зрушення формули Підозра на абсцедування інфільтрату У зв'язку з цим 09 08 2000 р о 16 годині 20хв під ендотрахеальним наркозом виконано розріз у правій клубовій області У крила клубової кістки виявлено інфільтрат, який розкрився і виділилося до 100 мл густого сірого гною з колибацилярним запахом Черевна порожнина відмежована марлевими серветками з розчином фурациліну Взято посів Порожнина санована Червоподібний відросток розплавився, його місце відходження від сліпої кишки не виявлено через різку інфільтрацію тканин На рівні крила клубової кістки виконано додатковий розріз, через який у порожнину абсцесу підведений гумово-рукавичний дренаж Це місце ізолюване (екстраперитонізовано) від іншої черевної порожнини великим сальником Установлено додатковий дренаж у малий таз Після операції хвора одержувала інтенсивну терапію (метронідазол), антибіотики внутрішньовенно та в дренажі Стан хворої поступово покращувався, нормалізувалася температура тіла й аналізи крові, припинилося відокремлюване з дренажів і вони видалені з черевної порожнини на 7 день, з порожнини абсцесу на 8 день Виписана додому на 19 день у задовільному стані

Запропонований спосіб екстраперитонізації апендикулярного абсцесу дозволить покращити віддалені і безпосередні результати лікування, уникнути розвитку ускладнень

Спосіб екстраперитонізації апендикулярного абсцесу, що включає фіксацію пасма великого сальника навколо порожнини абсцесу, до очеревини бічного каналу і передньої стінки живота, відрізняється тим, що для ізоляції абсцесу і створення каналу для дренажів використовують пасмо великого сальника



Фіг.

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)
вул. Сім'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна
(044) 456 – 20 – 90

ТОВ "Міжнародний науковий компет"
вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна
(044) 216 – 32 – 71