



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 61499

(13) A

(51) 7 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РОЗЛИТОГО ГНІЙНОГО ПЕРИТОНИТУ

1

2

(21) 2003021377

(22) 17 02 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Криворучко Ігор Андрійович, Іванова Юлія Вікторівна, Сейдаметов Рішат Ріфатович, Логачов Віталій Клавдійович, Гусак Ігор Вікторович

(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ І НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування розлитого гнійного перитоніту, що включає широку лапаротомію, вилучення первинного осередка, санацію очеревинної порожнини, укривання рани очеревинної порожнини перфорованою поліетиленовою плівкою, підши-

вання плівки до країв рани, візуальний контроль за станом очеревинної порожнини у післяопераційному періоді, етапні санації, дренування очеревинної порожнини після ліквідації ознак перитоніту і ушивання рани у два етапи, який відрізняється тим, що після санації очеревинної порожнини великий сальник укладають зверху петель кишечника під плівку, а рану очеревинної порожнини укривають додатково шаром суцільної поліетиленової плівки і розташовують його над перфорованим шаром, підшивання плівки до країв шкірної рани здійснюють безперервним обвивним швом, а між шарами плівки розміщують трубчасті дренажі, при цьому дистальний кінець щонайменше одного з них - під перфорованим шаром плівки

Вінахід стосується хірургії і може бути використаний при лікуванні гнійно-запальних захворювань і ускладнень органів черевної порожнини.

Відомий спосіб відкритого лікування розлитого гнійного перитоніту, який описано в журналі "Хірургія" (1984 — №8 — С 124-127). Він складається у наступному: після широкої лапаротомії, усунення осередку перитоніту, санації і дренування черевної порожнини великою двохшаровою марлевою серветкою накривають найбільш змінену частину кишечника, а край серветки виводять назовні. У бокові кишені вводять 6-8 марлевих тампонів, над ними укладають марлеву серветку. Проміж марлевою серветкою і верхнім кутом рани установлюють гумову трубку для введення лікувальних речовин. У післяопераційному періоді через 24 години міняють марлеві серветки і видаляють 3-4 тампони, на 2-3 добу видаляють решту тампонів, а на їх місце пухло вводять тампони, які менші за розміром. При відновленні функції кишечника, нормалізації температури тіла видаляють серветки і накладають на рану первинно-відкладені шви.

Цей спосіб лікування гнійного перитоніту забезпечує можливість візуального контролю за черевною порожниною, видалення патологічного вмісту, введення у неї лікувальних речовин. Але при його застосуванні великий ризик виникнення евентрації, нагноєння рани, розвитку післяопера-

ційних вентральних гриж, кишкових нориць, прощедження тампонів грануляціями. Є необхідність додержуватися ліжкового режиму.

З відомих способів лікування розлитого гнійного перитоніту найбільш близьким до винаходу за сутністю і результатами, що досягаються, є спосіб, який описано у журналі "Клінічна хірургія" (1995 — №4 — С 18-20). Цей спосіб включає широку лапаротомію, усунення первинного осередку, санацію черевної порожнини, після чого великий сальник відсувають від "вікна" у черевній порожнині, вкривають його гідрацелюлітною плівкою, розміри якої відповідають розмірам великого сальника, сальник і плівку відвертають зсередини назовні і знизу догори, укладають її у верхній поверсі черевної порожнини. Рану черевної стінки оставляють відкритою. Внутрішні органи ізолюють від зовнішнього середовища стерильною перфорованою поліетиленовою плівкою і фіксують її до парієтальної очеревини вузловими швами. Після операції проводять планові етапні санації очеревинної порожнини до ліквідації осередку перитоніту, після останньої санації великий сальник розгортають, укладають понад кишечником, знімають шви між очеревиною і шкірою, очеревинну порожнину дренують і ушивають лапаротомну рану у два етапи.

Виконання способу подібним чином дозволяє здійснити ефективну і контролюєму санацію оче-

(13) A

(11) 61499

(19) UA

ревинної порожнини після операції, але воно сполучене з великою вірогідністю її реінфікування крізь перфорацію поліетиленової плівки. Відведення сальника, який є природним захистом кишечника, від вікна у очеревинній порожнині підвищує ризик виникнення кишкових нориць, в тому числі і за рахунок контакту кишечника з плівкою, що його укриває. Виникає протиріччя: з одного боку, є необхідність закрити очеревинну порожнину і кишечник від зовнішніх впливів, щоб запобігти травмуванню і реінфікуванню і, з іншого боку, відкрити її для повторних втручань і евакуації ексудату.

Слід також відзначити підвищену травматичність повторних втручань як за рахунок підшивання плівки до очеревини, так і за рахунок використання при цьому вузлових швів.

У основу винаходу поставлене завдання удосконалення способу лікування розлитого гнійного перитоніту шляхом тимчасового закриття лапаротомії, у якому профілактика травмування і реінфікування очеревинної порожнини забезпечується шляхом укладання сальника зверху кишечника, а також підшивання до країв шкірової рани додаткового суцільного шару плівки над перфорованим шаром і за рахунок цього можливістю, з одного боку, запобігти контакту кишечника з зовнішнім середовищем і, з іншого боку, зберегти можливість евакуації ексудату у післяопераційному періоді, а також доступу для повторних втручань.

Поставлене завдання вирішується тим, що в спосіб лікування розлитого гнійного перитоніту, який включає широку лапаротомію, вилучення первинного осередку, санацію очеревинної порожнини, укривання рани очеревинної порожнини перфорованою поліетиленовою плівкою, підшивання плівки до країв рани, візуальний контроль за станом очеревинної порожнини у післяопераційному періоді, етапні санації, дренажування очеревинної порожнини після ліквідації ознак перитоніту і ушивання рани у два етапи, згідно винаходу після санації очеревинної порожнини великий сальник укладають зверху петель кишечника під плівку, а рану очеревинної порожнини укривають додатково шаром суцільної поліетиленової плівки і розташовують його над перфорованим шаром, підшивання плівки до країв шкірової рани здійснюють безперервним обвивним швом, а між шарами плівки розташовують трубчасті дренажі, при цьому дистальний кінець щонайменше одного з них - під перфорованим шаром плівки.

Введення нових операцій (укладання сальника зверху кишкових петель, підшивання до шкірних країв рани двохшарової поліетиленової плівки з нижньою перфорованою і верхньою суцільною платівками, розташування дренажів) дозволяє перебороти протиречиві вимоги, які викладено вище. А саме дозволяє запобігти реінфікуванню і зайвого травмування внутрішніх органів завдяки наявності сальника і суцільної поліетиленової платівки між очеревинною порожниною і зовнішнім середовищем, але в той же час не заважає евакуації ексудату за рахунок наявності перфорованої поліетиленової платівки і розташування дренажів. Повторні втручання у очеревинну порожнину по-

гшуються за рахунок підшивання плівки безперервним швом до шкіри, що сприяє її більш простому видаленню. При цьому також, як і в прототипі, зберігається можливість візуального контролю за станом очеревинної порожнини у післяопераційному періоді.

Заявнику невідомі приклади введення двохшарової поліетиленової плівки з подібним розташуванням шарів і дренажів, що, як було показано вище, обумовило переборення протиречивих вимог.

Приклад виконання винаходу ілюструється кресленням, на якому зображено поперечний розріз очеревинної порожнини на етапі лапаротомії, де до шкіри 1 прилягає верхній суцільний шар 2 поліетиленової плівки. Під ним розташований перфорований шар 3 плівки. Між шарами 2 і 3 плівки уложені трубчасті дренажі 4. Останні розміщені над сальником 5 і петлями кишечника 6.

Спосіб може бути реалізовано наступним чином.

Виконують широку лапаротомію, видалення первинного осередку, санацію очеревинної порожнини, після чого великий сальник 5 укладають зверху петель кишечника 6, рану очеревинної порожнини укривають двохшаровою поліетиленовою плівкою 2, 3 відповідно, нижня платівка 3 якої наділена перфорантами. Між платівками паралельно розташовують трубчасті дренажі 4, дистальний кінець щонайменше одного з них розташовують під нижньою платівкою 3. Плівку підшивають до країв шкіри 1 безперервним обвивним швом. У післяопераційному періоді здійснюють візуальний контроль за станом очеревинної порожнини, етапні санації. По ліквідації ознак перитоніту після останньої санації очеревинну порожнину дренажують, а рану ушивають в два етапи.

Приклад

Хворий Г., 49 років, поступив у клініку через 4 доби після початку захворювання з діагнозом перфоровативна виразка дванадцятипалої кишки, розлитий гнійний перитоніт, стадія декомпенсації, поліорганна недостатність. Оперований в ургентному порядку, здійснена лапаротомія, ушивання перфорованої виразки дванадцятипалої кишки по Опелю-Полікарпову, санація очеревинної порожнини. До шкірних країв рани підшито поліетиленову двохшарову плівку з перфорованою нижньою платівкою і розташованими між шарами двома паралельними трубчастими дренажами. Дистальний кінець одного з них розміщено під нижньою платівкою. У післяопераційному періоді під внутривенним знеболенням здійснювалися етапні санації очеревинної порожнини. Після стихання явищ перитоніту на 24-ту добу здійснена остання санація, очеревинна порожнина дренажована крізь контрапертуру, рана очеревинної стінки ушита у два етапи. Хворого виписано на 35-ту добу у задовільному стані.

Таким чином, використання означеного способу дозволяє запобігти травмуванню і реінфікуванню очеревинної порожнини, що призводить, кінець кінцем, до покращення якості і скорочення строків лікування.

