



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41817 (13) A

(51) 7A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПЕРИТОНИТУ

1

2

(21) 2001010387

(22) 18 01 2001

(24) 17 09 2001

(46) 17 09 2001, Бюл. № 8, 2001 р.

(72) Рябий Сергій Ілліч, Сидорчук Руслан Ігорович,  
Шумко Богдан Іванович(73) Рябий Сергій Ілліч, Сидорчук Руслан Ігорович,  
Шумко Богдан Іванович

(57) Спосіб хірургічного лікування гострого перитоніту, що включає дренування черевної порожнини, який відрізняється тим, що дренування здійснюють шляхом інтраопераційного введення в черевну порожнину, через додатковий розріз черевної стінки, дренажу, який складається з двох поліетиленових трубок, вставлених у трубку, діаметром, що перевищує загальний діаметр внутрішніх

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до оперативної хірургії і може бути застосований в клініці для хірургічного лікування гострого перитоніту.

Цілий ряд захворювань органів черевної порожнини призводить до розвитку гострого запалення очеревини – перитоніту. Висока летальність і незадовільна ефективність лікування обумовлюють необхідність розробки нових методів лікування перитоніту.

В клініці хворим з гострим перитонітом важливим методом лікування являється дренування черевної порожнини.

За прототип прийнято спосіб хірургічного лікування гострого перитоніту, що включає дренування черевної порожнини шляхом введення в неї (черевну порожнину) через додатковий розтин (контрапертуру), двох поліетиленових трубок однакового діаметру фіксованих до шкіри, одна з яких призначена для вливання антибактеріальних препаратів, друга – для видалення вмісту черевної порожнини, (див. Schwartz S I, Shores T O, Spencer F C, Store E H Principles of Surgery – McGraw-Hill Book Company New York – 1979 – Vol 2 – P 1408-1411).

Недоліками прототипу є те, що фіксація обох трубок до шкіри не дає можливості для зміни положення трубок в черевній порожнині в післяопераційному періоді та їх заміни у випадку обтурації, внаслідок чого підвищується ймовірність виникнення в післяопераційному періоді цілого ряду внутрішньо-очеревинних ускладнень (абсцесів, тощо).

В основу винаходу покладене завдання розробити такий спосіб хірургічного лікування гострого перитоніту, у якому шляхом проведення дренування за допомогою дренажних трубок, розміщених в труб-

частій оболонці, досягається можливість виключення їх фіксації до шкіри, що обумовлює можливість змінювання їх положення в черевній порожнині, підтягування або проштовхування вглиб, що підвищує ефективність хірургічного лікування гострого перитоніту та знижує кількість внутрішньо-очеревинних ускладнень.

Поставлене завдання вирішується тим, що запропоновано спосіб хірургічного лікування гострого перитоніту, що включає дренування черевної порожнини, у якому, згідно з винаходом, дренування здійснюють шляхом інтраопераційного введення в черевну порожнину, через додатковий розріз черевної стінки, дренажу, який складається з двох поліетиленових трубок, вставлених у зовнішню трубку, діаметром, що перевищує загальний діаметр внутрішніх.

На кресленні показана система, за допомогою якої провадиться дренаж.

Спосіб здійснюється у такий послідовності. Після санації очеревинної порожнини, в залежності від місця знаходження джерела перитоніту, робиться розріз передньої черевної стінки через який вводиться поліетиленова трубка 1 діаметром 10-15 мм. В неї ззовні вводять дві поліетиленові трубки 2 меншого діаметру (5-7 мм), які підводять в залежності від необхідності до різних анатомічних структур. При цьому створюється додатковий вільний простір в просвіті зовнішньої трубки, який може служити як додатковий дренажний канал. Зовнішня трубка фіксується до шкіри вузловим шовковим швом, що забезпечує захист стінок ранового каналу від вмісту дренажних трубок, утримання внутрішніх трубок відбувається за рахунок сил тертя між стінками

(13) A

(11) 41817

(19) UA

Конкретні приклади виконання способу  
Приклад 1

Хвора П., 1965 року народження, історія хвороби № 2178 24 05 2000 р. поступила зі скаргами на сильний біль в животі, симптоми виникли після погрішностей в дієті. Хворіє впродовж 4 років на виразкову хворобу шлунка. Дачі на рік впродовж 3 років проходила курс лікування в гастроентерологічному відділенні обласної клінічної лікарні. За останній рік, в зв'язку з добрим самопочуттям та сімейними обставинами профілактичного лікування не проходила. Об'єктивно загальний стан середньої важкості, шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Відмічено тахікардію та зниження артеріального тиску (ЧСС - 100, АТ - 105/60 мм рт/ст). Живіт напружений, пальпація болюча на всьому протязі, симптоми подразнення очеревини різко позитивні. На оглядовій рентгенограмі живота виявлено вільний газ під куполом діафрагми. Виставлено робочий діагноз: перфоративна виразка шлунка, розлитий перитоніт.

Виконано операцію: лапаротомія, висічення виразки шлунка по Джаду, дренування черевної порожнини. В ліву епігастральну ділянку було введено звичайний однопросвітний полівінілхлоридний дренаж за традиційною методикою (прототипом). В лівій гіпогастральній ділянці дренування було здійснено за розробленим способом, шляхом інтраопераційного введення в черевну порожнину, через додатковий розріз черевної стінки, дренажу, який складається з двох поліетиленових трубок малого діаметру, вставлених у трубку, діаметром, що перевищує загальний діаметр внутрішніх. Звичайний дренаж перестав функціонувати на другу добу післяопераційного періоду, спроба промивання його введенням рідини під тиском була неефективна, в зв'язку з чим його довелося видалити. Внутрішні трубки дренажу за розробленим способом були по чергові тимчасово видалені на другу та третю добу післяопераційного періоду,

промиті офіційним розчином фурациліну та введені повторно через трубку більшого діаметру. Одна з цих трубок була підведена до ділянки лівого епігастрію. Спостерігалось виділення остаточного секрету очеревинної порожнини на протязі чотирьох діб післяопераційного періоду.

На п'ятий день дренаж був остаточно видалений, при огляді визначена його абсолютна функціональна придатність. На сьомий - шви з рани зняті, рана загоїлась первинним натягом, в задовільному стані хвора виписалась додому.

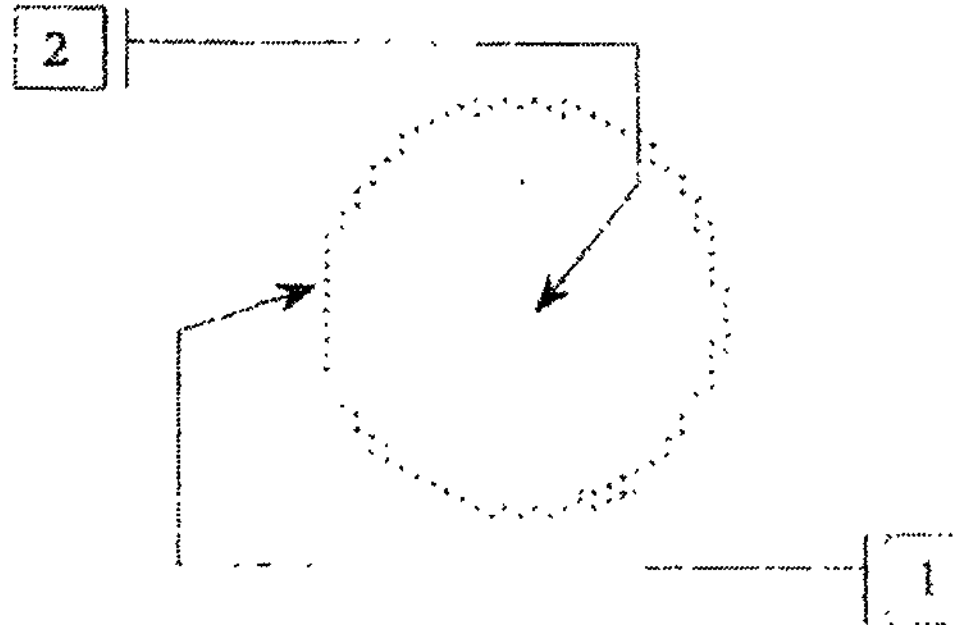
Хворий Г., 1947 року народження, історія хвороби № 2288 4 06 2000 р. поступив із скаргами на різкі болі в животі. За результатами об'єктивного обстеження та при динамічному нагляді виставлено діагноз "гострий живіт". 5 06 2000 р. проведена операція середньо-серединна лапаротомія. При ревізії органів живота встановлено наявність серозно-фібринозного ексудату, кишечник роздутий, судини очеревини розширені. Апендикулярний відросток гангренозно змінений, на верхівці перфорація до 1 см в діаметрі. Проведено апендектомію, санацію та дренування черевної порожнини за розробленим способом. В ранньому післяопераційному періоді довелося щодня виймати внутрішні трубки для промивання та стерилізації, на третій день дренаж видалено повністю. Шви зняті на восьму добу після операції. Затримка ексудату під час всього періоду дренування не спостерігалась. Ранніх та пізніх ускладнень післяопераційного періоду не було.

Застосування запропонованого винаходу дозволить при необхідності виймати внутрішні дренажні трубки для промивання чи стерилізації, змінювати їхнє положення в черевній порожнині, підтягуючи або проштовхуючи вглиб, підвищити ефективність хірургічного лікування гострого перитоніту, значно знизити кількість внутрішньо-очеревинних ускладнень (Див таблицю).

Таблиця

Порівняльна характеристика ефективності хірургічного лікування гострого перитоніту відомим і запропонованим способом

Прототип	Кількість прооперованих	Кількість хворих, у яких розвинулись внутрішньоочеревинні ускладнення	Ефективність лікування, %
Відомий спосіб	15	4	73,34
Запропонований метод	17	2	88,24



-----

.

---

--

-

---