



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **67958** (13) **U**  
(51) МПК (2012.01)  
**A61D 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

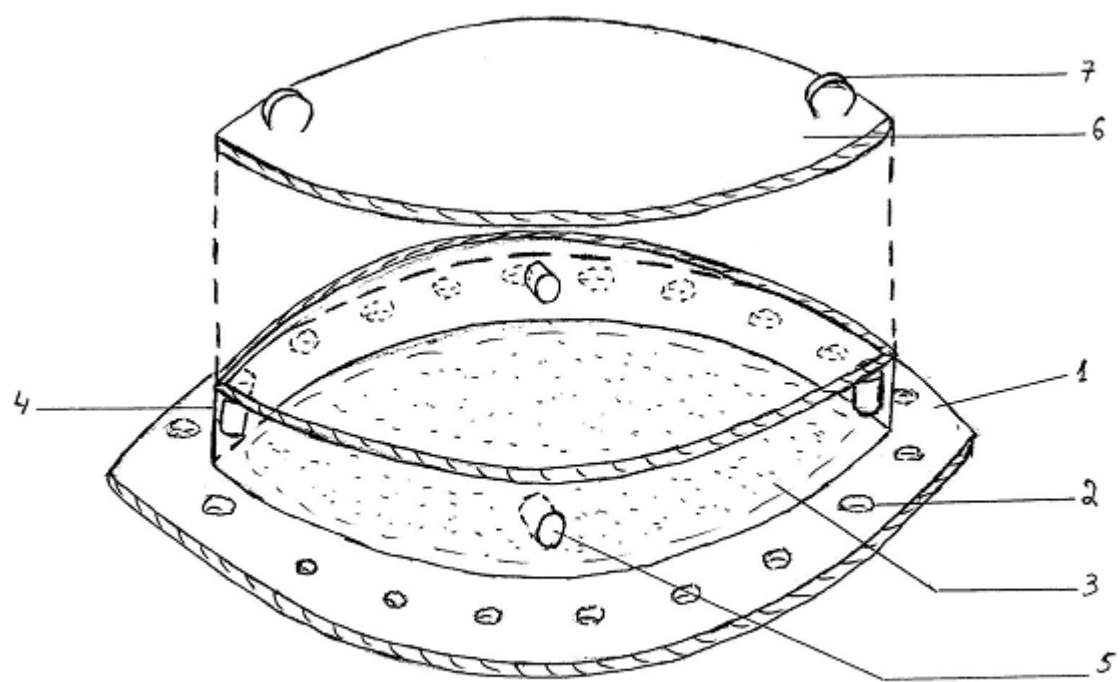
<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2011 09998</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Костирной Олександр Васильович (UA),</b> <b>Полєнок Петро Васильович (UA),</b> <b>Говорунов Ігор Васильович (UA),</b> <b>Древетняк Андрій Анатолійович (UA),</b> <b>Гавриленко Сергій Павлович (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>12.08.2011</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>12.03.2012</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>12.03.2012, Бюл.№ 5</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>Костирной Олександр Васильович,</b> вул. 60-років Жовтня, 24, м. Сімферополь (UA), <b>Полєнок Петро Васильович,</b> вул. Залеська, 91, кв. 16, м. Сімферополь (UA), <b>Говорунов Ігор Васильович,</b> вул. Ствена, 62, м. Сімферополь (UA), <b>Древетняк Андрій Анатолійович,</b> вул. Туристів, 8/5, кв. 115, м. Сімферополь (UA), <b>Гавриленко Сергій Павлович,</b> вул. Київська, 122, кв. 20, м. Сімферополь (UA)

## (54) СПОСІБ ЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ І КОНТРОЛЮ ЗА ПЕРЕБІГОМ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ЧЕРЕВНІЙ ПОРОЖНИНІ

### (57) Реферат:

Спосіб етапного лікування і контролю за перебігом запального процесу в черевній порожнині, у якому операцію розподіляють на декілька етапів. На передню черевну стінку встановлюють спеціальну конструкцію, що дозволяє здійснювати контроль за перебігом процесів, що відбуваються в черевній порожнині.

UA 67958 U



Фиг.

Корисна модель належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії.

У 80-і роки була запропонована концепція негайної тотальної допомоги (early total care-ETC). Ця тактика мала на увазі одномоментне хірургічне лікування при будь-якій патології і пошкодженнях. Вона застосовувалася у всіх спостереженнях незалежно від тяжкості стану пацієнта і поширеності процесу [3, 4].

Проте подальший розвиток хірургії показав, що одномоментна оперативна допомога у хворих тих, що знаходяться в критичному стані з наявним комплексом порушень на тлі декомпенсованої супутньої патології мають гірші результати [1, 5, 7, 8].

Оцінка прикордонних станів дала поштовх наступному етапу розвитку тактики хірургічного лікування при певній хірургічній патології (мезентеріальний тромбоз, інфікований панкреонекроз, поширений гнійний перитоніт, травматичне пошкодження органів черевної порожнини і ін.) - damage control surgery (DCS) - тактики етапного лікування і їх контролю [2, 6].

Тому в подібних ситуаціях оперативне втручання розбивається на наступні етапи - перший етап - мінімальна оперативна допомога (зупинка кровотечі, резекція нежиттєздатної петлі); другий етап - стабілізація гемодинамічних порушень, виведення пацієнта з травматичного шоку; третій етап - відновний етап (накладення анастомозів і ін.).

В основу корисної моделі поставлена задача - оптимізувати спосіб етапного лікування і контролю за запальним процесом в черевній порожнині.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі етапного лікування і контролю за перебігом запального процесу в черевній порожнині у пацієнтів, що знаходяться у критичному стані з причин наявних гемодинамічних і метаболічних порушень, яким неможливо одномоментно провести оперативне втручання, операцію розподіляють на декілька етапів, для цього на передню черевну стінку встановлюють спеціальну конструкцію, що дозволяє без проведення загальної анестезії в післяопераційному періоді здійснювати контроль за перебігом процесів, що відбуваються в черевній порожнині і вносити своєчасно зміни в тактику лікування конкретного пацієнта.

Спосіб виконують наступним чином.

Після виконання першого етапу оперативної допомоги, лапаротомну рану не ушивають з метою профілактики синдрому внутрішньочеревної гіпертензії. По довжині лапаротомної рани укладають змодельовану за розміром лапаротомної рани конструкцію 1, що зображено на кресленні, яка одиночними швами через кризні отвори 2 фіксується до шкірних країв. Петлі кишечника або великий сальник покривають поліуретановим пластом 3, обробленим антисептичним розчином. Змодельована конструкція 1 має вертикальний борт 4 заввишки до 2,0 см з внутрішньої сторони якого є чотири утримуючі ніжки 5, на яких розміщують кришку 6, що зміцнюється, для виключення повідомлення вільної черевної порожнини із зовнішнім середовищем і можливості при необхідності швидкого доступу в черевну порожнину без пошкодження тканин черевної стінки. У післяопераційному періоді без проведення загального знеболення для контролю за перебігом змін в черевній порожнині і можливою зміною тактики лікування. За дві ручки 7 знімають кришку 6 змодельованої конструкції 1, відділяють поліуретановий пласт 3 і здійснюють контроль за можливими змінами, як позитивної, так і негативної сторони перебігу процесу в черевній порожнині. При необхідності виконують необхідні маніпуляції. Потім знову петлі кишечника покривають поліуретановим пластом 3 і конструкцію 1 покривають кришкою 6. Релапаротомію після першої операції виконують через 24-48 годин, після корекції метаболічних та гемодинамічних порушень. Під час її проведення відділяють поліуретановий пласт, оцінюють виконаний об'єм першого втручання - судинні шунти, перевіряють герметичність накладених кишкових швів, оцінюють явища купірування запального процесу і якщо дозволяє інтраопераційна ситуація виконують останній етап накладення анастомозів та ін. При цьому, конструкцію 1 знімають. Лапаротомну рану ушивають наглухо, але з метою профілактики евентерації в післяопераційному періоді рану додатково зміцнюють накладенням спіралеподібного шва з використанням хлорвінілової трубки.

Пропонований спосіб етапного лікування і контролю за перебігом запальних процесів в черевній порожнині в режимі DCS не складний з технічного виконання, не травматичний, що дозволяє без пошкодження тканин передньої черевної стінки виконати швидкий доступ до органів в черевній порожнині, і при необхідності змінити стратегію ведення пацієнтів, що знаходяться в критичному стані, надати адекватну допомогу хворим в у край важкому стані. Може бути виконаний в будь-якому хірургічному стаціонарі.

Джерела інформації:

1. Гуманенко Е.К., Бояринцев В.В., Гаврилин СВ. и др. Тактика "Damage control" при боевых повреждениях живота. Международный хирургический конгресс "Новые технологии в хирургии". Ростов-на-Дону, 5-7 октября 2005 г. (Сборник трудов). Ростов-на-Дону 2005; 16.

2. Соколов В.А. "Damage control" - современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой. Вестн травматол и ортопед 2005; 1:81-84.

3. Усольцев Ю.К., Апарцин К.А., Зайцев А.П. и др. Перспективы снижения летальности у пострадавших с торакоабдоминальными ранениями. Международный хирургический конгресс "Новые технологии в хирургии". Ростов-на-Дону, 5-7 октября 2005 г. (Сборник трудов). Ростов-на-Дону 2005; 38.

4. Beekley A.C., Watts D.M. Combat trauma experience with the United States Army 102nd Forward surgical Team in Afghanistan. The Am J Surg 2004; 187:5: 652-654.

5. Carboni G.L., Rothlin M.A., Trentz O. Management of pancreatic injuries. Der Unfallchirurg 1999; 102:4: 298-304.

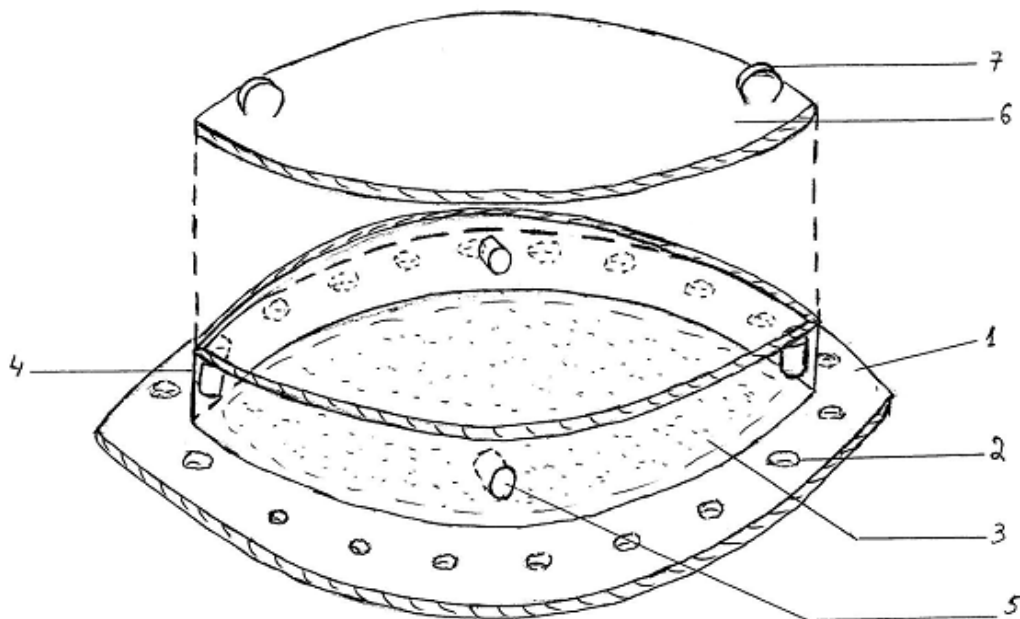
6. Demar J., Zupan B., Aoki N. et al. Feature mining predictive model construction from severe trauma patient's data. International Journal of Medical Informatics 2001; 63:1-2:41-50.

7. Giannoudis P.V. Surgical priorities in damage control in polytrauma. Journal Bone of Joint Surgical Britain 2003; 85:478-483.

8. Granchi T., Schmittlmg Z., Vasques J. et al. Prolonged use of intraluminal arterial shunts without systemic anticoagulation. The American Journal of Surgery 2001; 180:493-497.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

20 Спосіб етапного лікування і контролю за перебігом запального процесу в черевній порожнині, який **відрізняється** тим, що у пацієнтів, які знаходяться у критичному стані з причин наявних гемодинамічних і метаболічних порушень, яким неможливо одночасно провести оперативне втручання, операцію розподіляють на декілька етапів, для цього на передню черевну стінку встановлюють спеціальну конструкцію, що дозволяє без проведення загальної анестезії в післяопераційному періоді здійснювати контроль за перебігом процесів, що відбуваються в черевній порожнині і вносити своєчасно зміни в тактику лікування конкретного пацієнта.



Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601