



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **101848** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/00**  
**A61B 17/128** (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2014 12823</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>01.12.2014</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>12.10.2015</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>12.10.2015, Бюл.№ 19</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Лисенко Руслан Борисович (UA), Подлесний Володимир Ігоревич (UA), Чекіні Вадим Володимирович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ "УКРАЇНЬСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ", вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36024 (UA)</b></p>
--	---

**(54) СПОСІБ ТИМЧАСОВОГО ЗАКРИТТЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЕТАПНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ**

**(57) Реферат:**

Спосіб тимчасового закриття черевної порожнини при етапних оперативних втручаннях включає візуалізаційну оцінку стану патології, санацію та дренивання черевної порожнини, вкривання вісцеральних органів стерильною перфорованою поліетиленовою плівкою, на яку кладуть поролонову прокладку, що відповідає за висотою і площею дефекту черевної стінки, висушування шкіри пацієнта після хвилинної обробки 70 % спиртом, який відрізняється тим, що використання як фіксатора країв дефекту плівки 3M™ Ioban™ (виробник "3M", США), яку широко наклеюють на шкіру навколо абдомінального дефекту, регулюючи відстань між краями рани залежно від показників внутрішньочеревного тиску, завдяки чому створюється можливість найбільш оптимального розподілення внутрішньочеревного тиску по всій черевній порожнині.

**UA 101848 U**

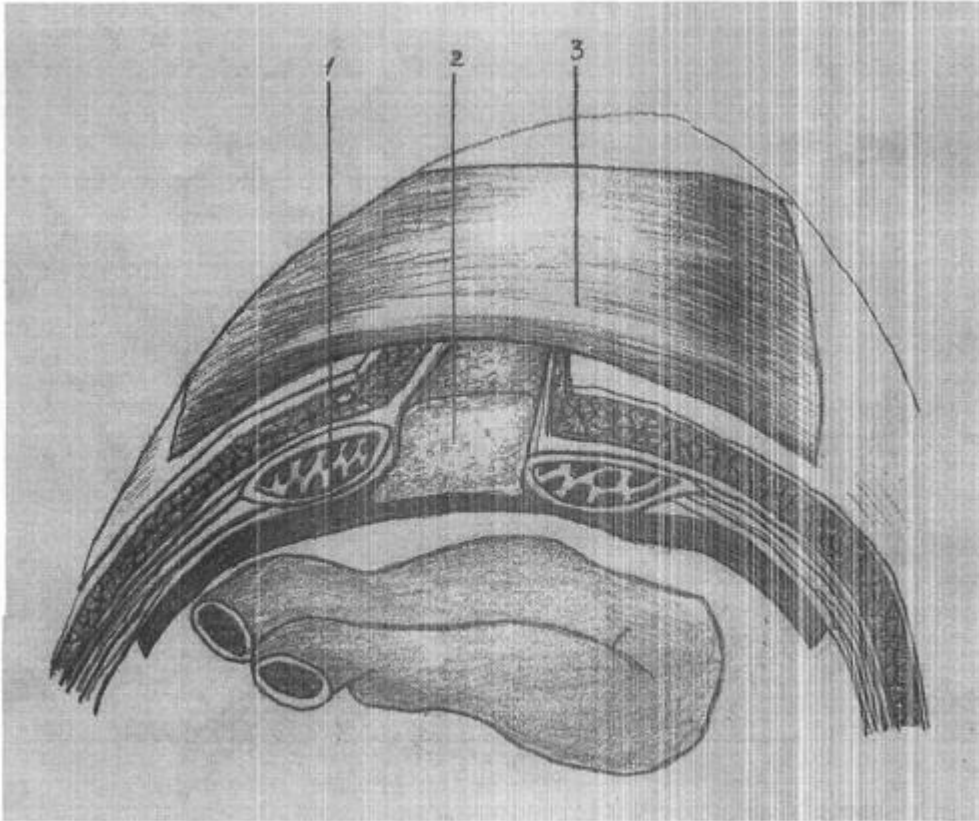


Fig. 1

Запропонований спосіб належить до галузі медицини, а саме до хірургії, і може бути використаний при тимчасовому закритті черевної стінки при етапних оперативних втручаннях на органах черевної порожнини.

Відомо декілька способів тимчасового закриття черевної порожнини (лапаростомії) для забезпечення етапних інтраабдомінальних втручань. Спосіб лікування поширеного гнійного перитоніту методом лапаростомії передбачає, що черевна порожнина, після видалення джерела перитоніту та її санації розчинами антисептиків, залишається відкритою, або на передню черевну стінку накладаються тимчасові шви. При даній методиці виконання повторних оперативних втручань здійснюються в умовах операційної під загальним знеболенням (Хірургічні хвороби: Підручник / М.І. Кузін, О.С. Шкроб, Н.М. Кузін та ін.; під ред. М. І. Кузіна.-3-е видання, перероб. і доп. - М.: Медицина, 2002).

Недоліком даного способу є ризик ускладнень з боку рани: накладання тимчасових швів потребує багато часу, крім того зшивання країв рани в умовах перитоніту та явищах інтраабдомінальної гіпертензії сприяє некробіотичній деструкції передньої черевної стінки. Не можна не враховувати анестезіологічний ризик інтервенції.

Найбільш близьким до запропонованого є "техніка сандвіча" (V.Schein et al., 1986) при якій петлі кишок вкриваються стерильною перфорованою поліетиленовою плівкою, на яку кладуть марлевий тампон, змочений розчином антисептика. Кінці плівково-марлевого матрексу заводять за краї лапаротомної рани до бокових фланків черевної порожнини на 1,5-2 см. З обох боків від лапаротомної рани накладають кільцеподібні шви, прошиваючи черевну стінку на всю глибину, за виключенням очеревини. Ці шви зав'язують на гумових трубках. Поперечними лігатурами шви зближують до відстані 1,5-2 см та зав'язують на "бантики". Поверх рани кладуть ще один тампон, змочений антисептиком (Годлевський А.І., Шапринський В.О. Післяопераційний перитоніт. - Вінниця: Видавництво Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова, 2001. - С. 200).

Ключовим недоліком способу є використання непластичних лігатур, які викликають травмування черевної стінки за типом прорізування швів та сприяють підвищенню внутрішньочеревного тиску. За наведеною методикою зашивання черевної порожнини взагалі неможливе при втраті тканин передньої черевної стінки та синдромі інтраабдомінальної гіпертензії.

В основу корисної моделі поставлено задачу розробити спосіб тимчасового закриття черевної порожнини шляхом удосконалення відомого, який передбачає скорочення часу відкриття та закриття черевної порожнини при етапних оперативних втручаннях на її органах, знижує травмування черевної стінки за типом прорізування швів, запобігає підвищенню внутрішньочеревного тиску та вторинному інфікуванню рани.

Поставлена задача вирішується створенням способу тимчасового закриття черевної порожнини при етапних оперативних втручаннях, що включає візуалізаційну оцінку стану патології, санацію та дренивання черевної порожнини, вкривання вісцеральних органів стерильною перфорованою поліетиленовою плівкою, на яку кладуть поролонову прокладку, що відповідає за висотою і площею дефекту черевної стінки, який, згідно з корисною моделлю, відрізняється використанням як фіксатора країв дефекту плівки 3М™ Ioban™ (виробник "3М", СІЛА), яку, після хвилинної обробки 70 % спиртом шкіри пацієнта та висушування, широко наклеюють на шкіру навколо абдомінального дефекту, регулюючи відстань між краями рани залежно від показників внутрішньочеревного тиску, завдяки чому створюється можливість найбільш оптимального розподілення внутрішньочеревного тиску по всій черевній порожнині.

Операційна гіпоалергенна плівка з йодоформом 3М™ Ioban™ поєднує можливість швидкої дезінфекції шкіри з довгостроковим захистом рани від шкірних мікроорганізмів. Антимікробний компонент включений безпосередньо в клей і діє при постійному контакті плівки з шкірою пацієнта. Плівка легко розтягується і "запам'ятовує" форму, що дозволяє щільно і швидко фіксувати її на рельєфних та рухливих ділянках, забезпечує надійне і безпечне зчеплення зі шкірою. Повна прозорість операційної плівки забезпечує можливість візуального контролю області оперативного втручання.

Запропонований спосіб тимчасового закриття черевної порожнини при етапній лапаросанції схематично зображено на Фіг. 1, Фіг. 2, де:

- 55 1 - целофанова плівка;
- 2 - поролонова прокладка;
- 3 - плівка 3М™ Ioban™.

Запропонований спосіб здійснюється наступним чином:

Проводиться санація черевної порожнини та її дренивання за показаннями. Стерильною целофановою плівкою (1) накриваються внутрішні органи. У рану черевної стінки вводиться

поролонова прокладка, що відповідає за висотою і площею дефекту черевної стінки. Шкіра пацієнта після обробки антисептиком висушується. Фіксація країв операційної рани передньої черевної стінки здійснюється за допомогою плівки 3M Ioban™, яку наклеюють широко по сторонах від рани, завдяки чому досягається герметизація черевної порожнини та створюється оптимальне розподілення внутрішньочеревного тиску.

При застосуванні запропонованого способу тимчасового закриття черевної порожнини під час проведення етапних оперативних втручань скорочується час доступу до черевної порожнини та тривалість її герметичного закриття.

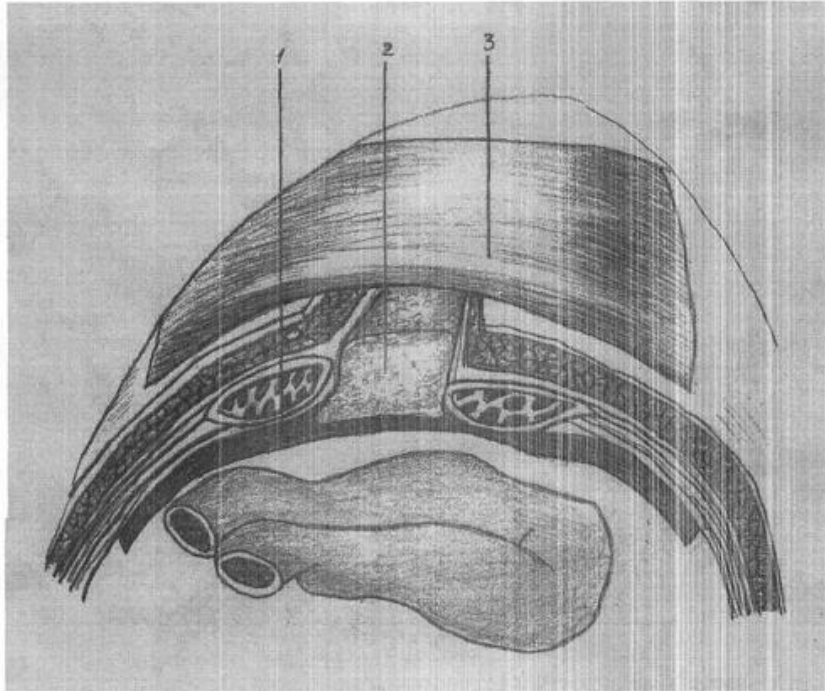
#### Клінічний приклад

Спосіб було використано як спосіб тимчасового закриття черевної стінки для запобігання підвищенню внутрішньочеревного тиску у хворого М., 61 рік, історія хвороби № 7220. Госпіталізований до хірургічного відділення ургентно 16.10.2014 із заочеревинною урофлегмоною, розповсюдженим перитонітом та абдомінальним компартмент-синдромом 2-3 ст. Максимальний інтраабдомінальний тиск до лапаростомії складав 22 мм рт. ст., після декомпресійної лапаростоми за даною методикою - 10 мм рт. ст. Повторні 2 лапаросанції виконувалися в палаті ВАІТ під внутрішньовенним наркозом, тривалість закриття лапаростоми не перевищувала 15 сек.

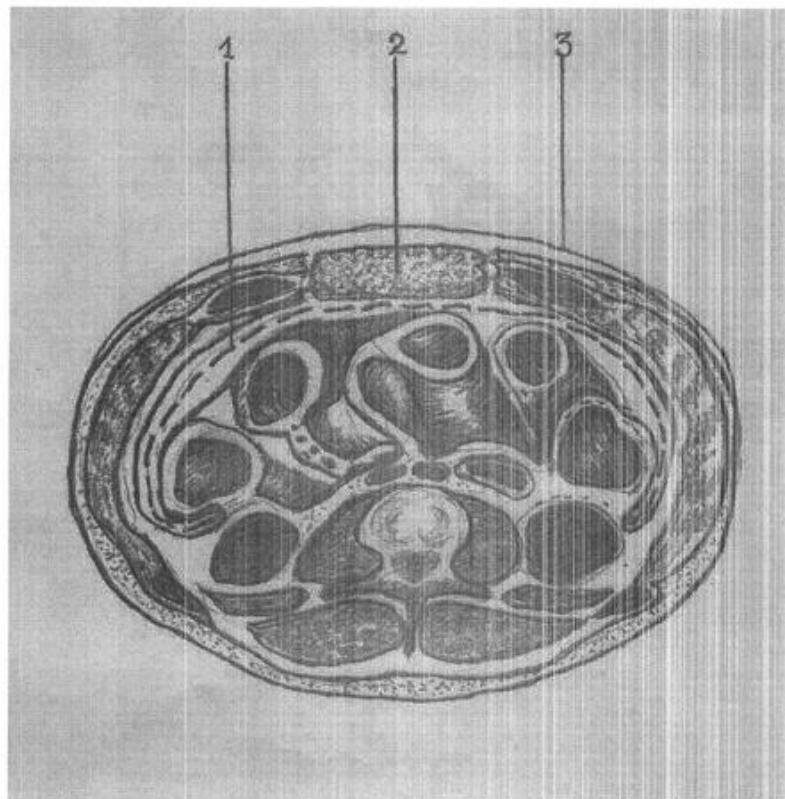
Запропонований спосіб тимчасового закриття черевної порожнини використовується для попередження та лікування абдомінального компартмент-синдрому, при термінальному перитоніті та множинних абсцесах черевної порожнини, рецидивуючих перфораціях порожнистих органів, дефекті передньої черевної стінки після травми або некротизуючого фасциїту, необхідності візуального контролю за станом органів, що перебувають у стані некробіозу (сегменти кишечника при мезентеріальному тромбозі, анастомози та шви кишечника), дозволяє скоротити як час первинної операції, так і наступних санацій черевної порожнини, регулювати внутрішньочеревний тиск, значно знижує травматизацію тканин операційної рани, попереджує розвиток вторинного інфікування.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб тимчасового закриття черевної порожнини при етапних оперативних втручаннях, що включає візуалізаційну оцінку стану патології, санацію та дренажу черевної порожнини, вкривання вісцеральних органів стерильною перфорованою поліетиленовою плівкою, на яку кладуть поролонову прокладку, що відповідає за висотою і площею дефекту черевної стінки, висушування шкіри пацієнта після хвилинної обробки 70 % спиртом, який **відрізняється** тим, що використання як фіксатора країв дефекту плівки 3M™ Ioban™ (виробник "3M", США), яку широко наклеюють на шкіру навколо абдомінального дефекту, регулюючи відстань між краями рани залежно від показників внутрішньочеревного тиску, завдяки чому створюється можливість найбільш оптимального розподілення внутрішньочеревного тиску по всій черевній порожнині.



Фиг. 1



Фиг. 2

---

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

---

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

---

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