

УДК 616.381-002.3-089.48

## ДОСВІД ДРЕНУВАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ НЕСФОРМОВАНИХ КИШКОВИХ НОРИЦЯХ

*С. М. Антонюк, Є. А. Плаксін, В. Б. Ахрамєєв, П. Ф. Головня, І. Б. Андрієнко, М. В. Свиридов, А. Б. Чуков, С. Ф. Ставничий*

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького,  
Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк,  
Вузлова лікарня на станції Слов'янськ Донецької залізниці

**Ключові слова:** черевна порожнина, зовнішні нориці, перитоніт, дренажний пристрій.

Зовнішні кишкові нориці є одним з найтяжчих ускладнень у хірургії органів черевної порожнини. Особливо тяжким є лікування нориць тонкої кишки. Це зумовлене значними порушеннями гомеостазу, пов'язаними з кишковими втратами, а також наявністю супровідного перитоніту й гнійних заплівів. Найтяжче завдання для хірурга становить лікування несформованих кишкових нориць, особливо у проксимальному відділі кишки, летальність за цієї патології досягає, за даними різних авторів, 65–71 %, а в середньому становить 24,2 % [1, 2].

Перитоніт, що ускладнює несформовані кишкові нориці, спричиняє розвиток ендогенної токсемії. Ступінь порушення різних ланок гомеостазу визначається тяжкістю токсичного процесу, який зумовлює розвиток поліорганної недостатності й погіршення стану хворих [3].

Значні труднощі виникають під час лікування нориць, які відкриваються в гнійну порожнину, звідки кишковий вміст, змішаний із гноем, потім виділяється назовні. Порушення бар'єрної функції шлунково-кишкового тракту за наявності синдрому кишкової неспроможності створює умови для неконтрольованої транслокації мікроорганізмів у кровоносне русло, що супроводжується сепсисом навіть у разі ефективної, як здається, санації черевної порожнини.

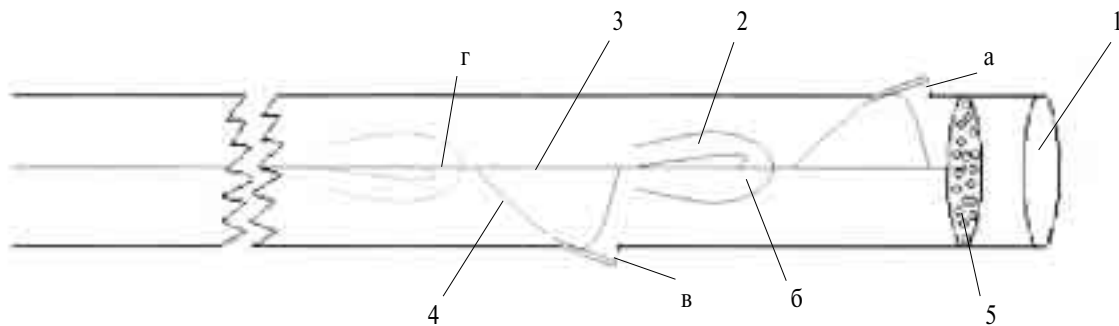
Таким чином, функціональна неспроможність шлунково-кишкового тракту підсилює метаболічний дистрес-синдром і глибоко пригнічує інтестинальні механізми протимікробного захисту. Системна й селективна деконтамінація шлунково-кишкового тракту у поєднанні з ефективною ентеральною та екстракорпоральною детоксикацією на тлі оптимізації транспортування кисню та метаболічної підтримки значно поліпшує прогноз лікування зовнішніх кишкових нориць, ускладнених перитонітом.

Активне дреноування черевної порожнини та гнійних заплівів, як правило, зумовлює вщухання запального процесу в черевній порожнині й у рані, що вже може інколи сприяти загоєнню кишкових нориць або надасть змогу раніше виконати оперативне втручання з метою ліквідації кишкової нориці. За відсутності активної аспірації просвіт дренажної трубки нерідко заповнюється фібрином, некротизованими тканинами, згустками крові, грудками кишкового вмісту, що створює несприятливі умови для адекватного дреноування й подовжує тривалість лікування. Тому потрібно час від часу перевіряти прохідність дренажу. Цей контроль здійснюють стисканням трубки або введенням невеликої кількості антисептичної рідини чи розчину антибіотиків, що далеко не завжди є ефективним.

З метою усунення зазначених недоліків ми запропонували дренажний пристрій, що допомагає істотно поліпшити санацію черевної порожнини й гнійних заплівів (Деклараційний патент на винахід № 41080 А. Дренажний пристрій / С. М. Антонюк, П. Ф. Головня, В. Б. Ахрамєєв, І. Б. Андрієнко, М. В. Свиридов, О. П. Головня.— Заявлено 31.01.2001.— № 2001010707).

### Матеріали і методи

Після усунення причини перитоніту, виконання санації черевної порожнини, розкриття гнійних заплівів ми вводили в черевну порожнину дренажний пристрій (мал. 1). Він являє собою пружно-еластичну трубку завдовжки 15–20 см, діаметром 1 см. На робочому кінці трубки є 4 бічні дренажні отвори, розташовані по спіралі з кроком 1 см, через 90°. Кожен бічний дренажний отвір має викроєний з цієї ж трубки клапан із заокругленими краями. У неробочому стані пристрою отвори прикриті клапанами. Пристрій оснащений провідником, довжина якого дорівнює довжині



Мал. 1. Схема дренажного пристрою:

а, б, в, г — бічні дренажні отвори; 1 — відкритий кінець трубки; 2 — клапан дренажного отвору; 3 — провідник пристрою; 4 — фіксатор клапана; 5 — перфорований obturator.

трубки. На провіднику змонтовані фіксатори клапанів, розташовані вздовж і навколо осі відповідно до отворів на трубці. На кінці провідник має перфорований obturator, потрібний для санації пристрою.

Порядок роботи з цим пристроєм такий. Перед зашиванням рани дренажну трубку вводять у черевну порожнину. Зовнішній кінець дренажної трубки фіксують до шкіри шовковим швом. Через зовнішній отвір пристрою у його просвіт вводять провідник, фіксатори якого встановлюють в отворах дренажу, а перфорований obturator не досягає кінця трубки на 2–3 мм. У цей час клапани відкривають дренажні отвори під кутом 45°, що унеможливає прикриття отворів стінками органів черевної порожнини. М'які краї клапанів запобігають утворенню пролежнів на прилеглих поверхнях органів. Із зростанням внутрішньочеревного тиску екссудат виводиться назовні. Під час перев'язування провідник витягують з дренажної трубки. При цьому отвори в дренажі прикриваються клапанами, а obturator провідника витягує кров'яні згустки, фібрин, грудки кишкового вмісту. Після обробки антисептиками провідник знову вводять у черевну порожнину. Такими маніпуляціями змінюють місце розташування кінцевої частини дренажу, що забезпечує добру санацію черевної порожнини.

Таким чином, запропонований нами пристрій забезпечує вільне розташування, функціональну рухливість кінцевої частини дренажу, це запобігає утворенню пролежнів у прилеглих органах.

Запропонований дренаж буде помічним у разі будь-якого оперативного втручання за потреби дренування черевної порожнини. Його можна ефективно застосовувати навіть для дренування підшкірної жирової клітковини. Бічні отвори дренажу і напіввідчинені клапани з м'якими еластичними краями дають змогу ефективно санувати

екссудат, при цьому унеможливується прикриття отворів стінками прилеглих органів і тканин. Наявність на провіднику перфорованого obturatorа забезпечує ефективне видалення згустків крові, фібрину, грудок кишкового вмісту з просвіту дренажної трубки, що подовжує функціональну активність клапанного дренажу до 2 тижнів.

Запропонований метод дренування черевної порожнини був застосований для лікування 19 хворих з кишковими несформованими норіцями, ускладненими перитонітом.

#### Результати й обговорення

Клінічні випробування дренажного пристрою підтвердили його переваги: збільшилася кількість евакуйованого з черевної порожнини екссудату, щоденна санація просвіту дренажу дала змогу подовжити термін його використання.

Так було у 19 хворих, післяопераційний період у яких проходив ліпше, швидше відновлювалася функція шлунково-кишкового тракту. Активну моторну діяльність шлунково-кишкового тракту реєстрували до кінця другої доби після операції.

Усім хворим у післяопераційному періоді проводили загальноновизнану медикаментозну терапію, зокрема й антибактеріальну.

Дренаж видаляли через 2–3 доби після відновлення перистальтики кишечника.

Жодних ускладнень, пов'язаних із цією методикою, не спостерігали.

#### Висновки

На підставі аналізу наведених результатів можна зробити висновок про те, що дренування черевної порожнини за допомогою запропонованого пристрою є ефективним, здійснювати його легко і можна застосовувати для лікування перитоніту будь-якого генезу.

**ЦИТОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

1. *Антибактериальная терапия острого панкреатита* / Г. Д. Бабенков, С. М. Усов, В. В. Потий, В. В. Долгополов // *Матеріали 20 з'їзду хірургів України: Тези доп.* — Т., 2002. — С. 391–393.
2. *Лікувально-діагностична тактика при високих повних ускладнених кишкових норицях, що не сформувалися* / В. Д. Федоров, В. В. Цвирку, А. О. Жуків, Т. В. Саввіна // *Тези доп. наук.-практ. конф. хірургів України.* — Х., 1995. — С. 85–86.
3. *Cullen J. J. Effekt of Endotoxin on canine gastrointestinal motility and transit* / J. J. Cullen, D. K. Caropreso, K. S. Epharave // *Journ. Surg. Research.* — 1995. — Vol. 58, N 1. — P. 90–95.

**ОПЫТ ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ НЕСФОРМИРОВАВШИХСЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩАХ**

**С. М. Антонюк, Е. А. Плаксин, В. Б. Ахрамеев, П. Ф. Головня, И. Б. Андриенко, М. В. Свиридов, А. Б. Чуков, С. Ф. Ставничий**

Предложено оригинальное дренажное устройство, которое позволяет эффективно аспирировать патологическое содержимое брюшной полости при перитоните. Ежедневная санация просвета дренажа позволяет использовать его более эффективно в течение 4–5 суток. Предложенный метод дренирования был применен для лечения 19 больных. Каких бы то ни было осложнений не отмечено.

Устройство обеспечивает эффективный дренаж. Пользоваться им просто.

Может быть рекомендовано при лечении перитонита любого генеза.

**EXPERIENCE OF ABDOMINAL CAVITY DRAINAGE UNDER THE COMPLICATED NON-FORMED INTESTINAL FISTULAS**

**S. M. Antoniuk, Ye. A. Plaksin, V. B. Achramieiev, P. F. Golovnia, I. B. Andriienko, M. V. Svyrydov, A. B. Chukov, S. F. Stavnychy**

The authors propose the original drain devise, which permits to aspirate effectively the pathological abdominal contents under peritonitis. Day-to-day drainage lumen sanitation allows to use it more effectively during 4–5 days. The proposed method was used for treatment of 19 patients. There were no any complications.

The use of the devise is simple and efficient. It can be recommended for the treatment of peritonitis of any genesis.