

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для дренування черевної порожнини при виконанні лапароскопічних втручань.

Відомі способи дренування черевної порожнини при виконанні лапароскопічних втручань, які включають додаткове формування контрапертури з послідовним проведенням через неї дренажної трубки [1].

Недоліком цих способів є можливе ускладнення у вигляді внутрішньочеревної кровотечі та додаткова травма при формуванні контрапертури.

Найближчим аналогом є спосіб дренування черевної порожнини, який включає установку дренажної трубки через лапароскопічний порт [2].

Недоліками цього способу є велика кількість післяопераційних ускладнень через неадекватність дренування. Це обумовлено неможливістю установити дренажну трубку більшого діаметру ніж діаметр порту через який вона встановлюється.

Задачею винаходу є розробка такого способу дренування черевної порожнини, який дозволить встановлювати через лапароскопічний порт дренажні трубки будь якого діаметру, що забезпечить зниження кількості післяопераційних ускладнень за рахунок покращення відтоку ексудату.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі дренування черевної порожнини, який включає установку дренажної трубки через перший лапароскопічний порт, згідно винаходу через другий, контрпротилежний порт, в перший порт вводять лапароскопічний зажим, видаляють перший порт, захоплюють зажимом кінець дренажної трубки та вводять її зворотною тракцією в черевну порожнину.

Установка дренажної трубки виконана після введення через другий, контрпротилежний порт, в перший порт лапароскопічного зажиму, видалення першого порту, захоплення зажимом кінця дренажної трубки та введення її зворотною тракцією в черевну порожнину, дозволяє встановити дренажну трубку будь якого діаметра, що забезпечує більш ефективне дренування та зниження кількості післяопераційних ускладнень.

Спосіб виконують таким чином. Після введення портів у стандартних точках, в залежності від органа на якому виконується оперативне втручання, виконують основний етап, проводять заключний гемостаз. При необхідності дренування черевної порожнини в перший порт, що найбільше відповідає місцю встановлення дренажу, через другий, контрпротилежно розміщений порт, вводять лапароскопічний зажим видаляють перший порт, при цьому робочий кінець зажиму виступає над шкірою. Робочим кінцем лапароскопічного зажиму захоплюють кінець дренажної трубки та вводять її зворотною тракцією в черевну порожнину і встановлюють в необхідне місце. Фіксують дренажну трубку до шкіри вузловим швом, видаляють зажим та порти, зашивають троакарні рани.

Приклад. Хвора Г. 1934р. народження історія хвороби №932, поступила у відділення 21.02.2003 р., з скаргами на постійні болі у правому підребер'ї з іррадіацією в поясничний відділ хребта, нудоту, блювоту, сухість, гіркоту в роті та проноси, які виникають після порушення дієти. Рахує себе хворою близько двох років, коли вперше з'явилися описані симптоми. В клініці хвора обстежена, встановлено діагноз: гострий флегмонозний калькульозний холецистит, хронічний біліарний панкреатит з недостатністю екзокреторної функції в стадії загострення. По абсолютними показаннями хворій запропоновано холецистектомію в лапароскопічному варіанті. Після отримання згоди хвора прооперована 25.02.2003 р. в умовах загальної анестезії з штучною вентиляцією легень ендотрахеальним способом. Встановлено чотири порти в стандартних точках, виділено шийку жовчного міхура, поокремо кліповані міхурові проток та артерія і виконано холецистектомію від шийки. Після контролю гемостазу хворій встановлено трубчатий дренаж діаметром 15мм. в правий підпечінковий простір по запропонованому способі. В п'яти міліметровий порт, що розміщений по правій передній здухвинній лінії, через головний робочий порт ввели лапароскопічний зажим діаметром 5мм., перший порт видалили, робочим кінцем зажиму зафіксували кінець дренажної трубки та зворотною тракцією завели її в черевну порожнину. Фіксували дренажну трубку до шкіри вузловим швом, видалили зажим та порти, пошарове зашили троакарні рани.

В післяопераційному періоді ускладнень не було. Рана загоїлася первинним натягом, дренаж видалено на третю, а хвора виписана з клініки на п'яту добу. Шви знято на сьому добу в амбулаторному порядку.

Запропонований спосіб застосовано у п'ятнадцяти хворих у яких виконувались різноманітні оперативні втручання на органах черевної порожнини лапароскопічним способом. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось. В той же час, із п'ятнадцяти хворих оперованих з застосуванням способу-аналога, у одному випадку сформувався абсцес підпечінкового простору через те, що дренування виконано дренажною трубкою недостатнього діаметру.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє знизити число післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації:

1. Дуденко Г.І., Петренко В.Г., Михайлець Ю.А., Дуденко В.Г. Екстрена лапароскопія в невідкладній хірургії. Київ. "Здоров'я" 1991, с.67

2. Лапароскопічні органозберігаючі втручання у хворих з не паразитарними кістами селезінки. Хворостов Е.Д., Семененко І.А., Захарченко Ю.Б. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 3-4 2002 Vol. 6, стр.5-6 - найближчий аналог.