



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **30106** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/00**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ СИМУЛЬТАННОГО АБДОМІНАЛЬНОГО ВТРУЧАННЯ**

1

2

(21) u200711916

(22) 29.10.2007

(24) 11.02.2008

(72) КАПШИТАР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, UA,  
КАПШИТАР ОЛЕКСІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA(73) КАПШИТАР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, UA,  
КАПШИТАР ОЛЕКСІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA

(57) Спосіб проведення симультанного абдомінального втручання шляхом виконання верхньої се-

рединної лапаротомії, проведення основної операції на будь-якому органі гепатопанкреатобіліарної та гастродуоденальної зон і пластики пупкової грижі, який **відрізняється** тим, що грижові ворота зашивають з внутрішньої сторони черевної порожнини без подальшого розсікання передньої черевної стінки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме - до абдомінальної хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні пупкової грижі при необхідності виконання симультанної операції.

Встановлено, що симультанна операція (одночасна операція на двох або більше органах), виконана за показаннями, має переваги перед етапними операціями, що виконані з часовим інтервалом: тривалість оперативного втручання не набагато перевищує, якщо оперують на одному органі, невелика додаткова операційна та анестезіологічна агресія, не збільшується частота післяопераційних ускладнень, матеріальні витрати на лікування, тривалість перебування у хірургічній клініці, летальність, терміни реабілітації [Аврамов Ю.Ю., 1982; Шалимов С.А. с соавт., 1982; Сотниченко Б.А. с соавт., 1993; Жебровский В.В. с соавт., 1995].

Найпоширенішою основною операцією є холецистектомія з верхнього серединного доступу у зв'язку з гострим / хронічним холециститом (кам'яним, не кам'яним), травматичним холециститом, яка доповнена грижовидіченням з пластикою за наявності черевних гриж. З усіх видів гриж найбільша питома вага приходить на пупкову грижу. Разом з тим, якщо класичні хірургічні методики операцій виконують під час симультанних, та вони мають великий ризик тоді вони протипоказані: тяжка супутня патологія, старечий вік, передбачена значна тривалість та травматичність самої операції, а значить хірургічної та анестезіологічної агресії та ін.

Це обумовлює розробку нових більш ефективних способів оперативних втручань для розширення показань до виконання симультанних операцій.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб який полягає у виконанні верхньої серединної лапаротомії, холецистектомії, дренажуванні підпечінкового заглиблення, розширення рани передньої черевної стінки по білій лінії живота у дистальному напрямі в межах середньої серединної лапаротомії, висічення грижового мішка та пластикою з зовнішньої сторони черевної порожнини за методикою Сапежко [Аврамова Ю.Ю. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1984. - 21с.].

Спільними суттєвими ознаками найближчого аналога і способу, що заявляється, є такі:

- верхня серединна лапаротомія;
- пластика пупкової грижі.

Однак спосіб – найближчого аналога недостатньо ефективний у зв'язку з нижче наведеними вадами:

- розширення верхнього серединного доступу шляхом додаткової середньої серединної лапаротомії збільшує його травматичність, в подальшому послаблює передню черевну стінку;

- пластика за методикою Сапежко ліквідує грижу, відновлює цілісність передньої черевної стінки з утворенням післяопераційного рубця, що в майбутньому за певних умов може призвести до послаблення з виникненням рецидивної грижі;

(13) **U**(11) **30106**(19) **UA**

- як правило видаляють сам пупок, що погіршує косметичний результат;

- подовжується час самої симультанної операції, хірургічна та анестезіологічна агресія, ризик ускладнень;

- серед ускладнень, що розвиваються у післяопераційному періоді в ранні терміни, мають місце серома, гематома, нагноєння, інфільтрат, абсцес, розходження країв рани, евентрація органів черевної порожнини. В пізньому післяопераційному періоді перебіг ускладнюється розвитком інфільтрату, абсцесу, лігатурної нориці, рецидивної грижі та ін.;

- ускладнення, що виникають, потребують не тільки розширення консервативного лікування, деякі з них - повторної операції, що подовжує терміни лікування у хірургічній клініці, матеріальні витрати, період реабілітації, а деякі закінчуються летально.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу проведення симультанного абдомінального втручання шляхом виконання пластики гризових воріт пупкової грижі з внутрішньої сторони черевної порожнини, що дозволить розширити показання до самої симультанної операції за рахунок відмови від розширення операційного доступу, забезпечить ефективність лікування, зменшення травматичності операції, збереже пупок, ліквідує можливість післяопераційних ускладнень, релапаротомії, що притаманні класичному способу, скоротить час операції, терміни лікування у клініці, матеріальні витрати, летальність.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі який включає верхню серединну лапаротомію, проведення основної операції на будь якому органі гепатопанкреатобіліарної та гастродуоденальної зон і пластики пупкової грижі новим є те, що гризові ворота зашивають з внутрішньої сторони черевної порожнини без подальшого розсікання передньої черевної стінки.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у наступному. Хворому виконують верхню серединну лапаротомію, проводять основну операцію, наприклад, холецистектомію, або резекцію шлунку, або висічення перфоративної хронічної пілорoduоденальної виразки з ваготомією чи зашивають перфоративну виразку, або виконують операцію на підшлунковій залозі, або зашивають травматичне пошкодження печінки. Пацієнт, крім цього, має пупкову грижу. Гризові ворота зашивають з внутрішньої сторони черевної порожнини вузловими швами вздовж білої лінії живота, що веде до збереження пупка, виключає травматичне розширення передньої черевної стінки до об'єму

середньої серединної лапаротомії, видалення гризового мішка з пластикою за методом Сапежко, можливі післяопераційні ускладнення, скорочує час самої операції, анестезіологічної агресії, лікування у клініці, період реабілітації.

Спосіб здійснюється таким чином. Хворий має два захворювання - будь яку хірургічну патологію органів гепатопанкреатобіліарної та гастродуоденальної зон та пупкову грижу, що потребують оперативної корекції з верхнього серединного доступу.

Верхня серединна лапаротомія, холецистектомія, або резекція шлунку, або висічення перфоративної хронічної пілорoduоденальної виразки з ваготомією чи зашивання перфоративної виразки, або операція на підшлунковій залозі, або зашивання травматичного пошкодження печінки. Встановлюють два кріючки на протилежні кінці нижнього кута операційної рани та піднімають передню черевну стінку догори, оптимально відкриваючи для хірургічних маніпуляцій гризові ворота пупкової грижі зі сторони черевної порожнини. Зшивають гризові ворота з внутрішньої сторони черевної порожнини вузловими капроновими швами уздовж білої лінії живота. Наприкінці пошарове зашивають рану після верхньої серединної лапаротомії.

Приклад. Хворий А., 72 років госпіталізований у клініку загальної хірургії з діагнозом гострий кам'яний холецистит, пупкова грижа на 4 добу захворювання. Після клінічного обстеження оцінки лабораторно-біохімічних показників, УЗД, рентгеноскопії грудної та черевної порожнини, ЕКГ, консультації терапевта проведена інтенсивна консервативна терапія, яка виявилася не ефективною. Через 10 годин після госпіталізації в клініку у невідкладному порядку виконана операція. Верхня серединна лапаротомія. Діагностований гострий флегмонозний кам'яний обтураційний холецистит, навколоміхуровий інфільтрат, місцевий перитоніт, пупкова грижа. Субсерозна ретроградна холецистектомія, санація та дренування підпечінкового заглиблення. Встановлюємо 2 кріючки на протилежні кінці нижнього кута операційної рани та піднімаємо передню черевну стінку догори, оптимально відкривши для хірургічних маніпуляцій гризові ворота зі сторони черевної порожнини. Зшиваємо гризові ворота з середини черевної порожнини вузловими капроновими швами уздовж білої лінії живота. Наприкінці пошарове зашиваємо рану після верхньої серединної лапаротомії. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Дренажі з підпечінкового заглиблення видалені на 4 добу, шви - на 11 добу. Виписаний для закінчення лікування у хірурга поліклініки на 12 добу.