



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36565 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00
A61M 1/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗБІЛЬШЕННЯ ОБ'ЄМУ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ХІРУРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ПОЄДНАНИМИ З ВІСЦЕРОАБДОМІНАЛЬНОЮ ДИСПРОПОРЦІЄЮ

1

2

(21) u200808348

(22) 23.06.2008

(24) 27.10.2008

(46) 27.10.2008, Бюл.№ 20, 2008 р.

(72) ЛОСЄВ ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA,
ДІЛАНЯН ІОНА РУБІКІВНА, UA

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ, UA

(57) Спосіб збільшення об'єму черевної порожнини у новонароджених з хірургічними захворюваннями, поєднаними з вісцероабдомінальною диспропорцією, шляхом тракції передньої черевної стінки, який **відрізняється** тим, що виконують дозовану тракцію передньої черевної стінки за допомогою чотирьох двопросвітних силіконових трубок з балоном на абдомінальному кінці, які інтраоперацій-

но вводять в черевну порожнину симетрично в верхніх та нижніх квадрантах живота через окремі розтини, потім балони заповнюють фізіологічним розчином для формування упорних площадок і підтягують трубки до упору, після чого транспортують дитину у відділення реанімації новонароджених, де до кінців трубок підвішують вантаж із розрахунку 25 г/кг маси тіла через систему блоків, при цьому контролем ефективності розтягнення черевної стінки є нормалізація внутрішньочеревного тиску, по нормалізації внутрішньочеревного тиску трубки виймають після евакуації фізіологічного розчину із балонів за допомогою шприца шляхом повільної тракції трубок до повного витягування, на рани накладають стерильні пов'язки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії новонароджених, може бути застосована для лікування новонароджених із хірургічною патологією, що поєднується з вісцероабдомінальною диспропорцією.

За останні роки зросла ефективність лікування новонароджених із хірургічними захворюваннями. Але, проблемою до сьогодні залишається вісцероабдомінальна диспропорція, яка зустрічається при омфалоцеле, гастрошизисі, діафрагмальній грижі. При наявності останньої формуються тяжкі післяопераційні ускладнення у вигляді дихальних розладів, геодинамічних порушень, виникнення ниркової недостатності, формування вентральних гриж, розходження післяопераційної рани, евістрації органів черевної порожнини. Первинна повношарова пластика передньої черевної стінки у таких випадках або неможлива, або небезпечна. Тому саме у цих пацієнтів необхідно виконувати штучне збільшення об'єму черевної порожнини для усунення або зменшення проявів вісцероабдомінальної диспропорції.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб делікатного мануального розтягнення перед-

ньої черевної стінки під час операції перед закриттям операційної рани. [1].

Але цей метод не забезпечує рівномірного розтягнення черевної стінки, а також він об'єктивно не контролюється. Крім цього, можливо утворення парезу м'язів черевної стінки з формуванням вентральних гриж у подальшому.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу хірургічної корекції вроджених вад розвитку, які пов'язані з вісцероабдомінальною диспропорцією, шляхом контрольованої дозованої симетричної тракції передньої черевної стінки, що дозволяє запобігти виникненню інтраопераційних ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної систем і післяопераційних ускладнень у вигляді прорізування швів і формування вентральних гриж у подальшому.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно з корисною моделлю, виконують дозовану тракцію передньої черевної стінки за допомогою чотирьох двопросвітних силіконових трубок з балоном на абдомінальному кінці, які інтраопераційно вводять в черевну порожнину симетрично в верхніх та нижніх квадрантах живота через окремі розтини, потім балони заповнюються фізіологіч-

(13) U

(11) 36565

(19) UA

ним розчином для формування упорних площадок і трубки підтягуються до упору, після чого транспортують дитину у відділення реанімації новонароджених, де до кінців трубок підвішують вантаж із розрахунку 25г/кг маси тіла через систему блоків, при цьому контролем ефективності розтягнення черевної стінки є нормалізація внутрішньочеревного тиску, по нормалізації внутрішньочеревного тиску трубки виймають після евакуації фізіологічного розчину із балонів за допомогою шприца шляхом повільної тракції трубок до повного вигування, на рани накладають стерильні пов'язки.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Після проведення основного етапу оперативного втручання кишечник вертають у черевну порожнину, на апоневроз накладають провізорні шви та здійснюють спробу звести краї апоневрозу, якщо це неможливо, або призводить до порушень гемодинамики, це свідчить про наявність вісцероабдомінальної диспропорції. У таких випадках формують контрапертури симетрично у верхніх та нижніх квадрантах для введення силіконових трубок за типом катетера Фолея, які вводять в черевну порожнину кінцем, що має балон, останній заповнюють фізіологічним розчином та підтягують до упору. На рану передньої черевної стінки накладають шви без ушивання апоневрозу, або, якщо і це неможливо, виконують типову силопластику. На рани накладають стерильні пов'язки та транспортують новонародженого у відділення реанімації, де до кінців трубок підвішується вантаж із розрахунку 25г/кг маси тіла через систему блоків. Контролем ефективності розтягнення черевної стінки є нормалізація внутрішньочеревного тиску, який визначається шляхом вимірювання внутрішньопузирного тиску за стандартною методикою. При нормалізації внутрішньочеревного тиску або повному зануренні кишечника у черевну порожнину при силопластиці, трубки виймаються після евакуації фізіологічного розчину із балонів за допомогою шприца та обережної тракції трубок. На рани накладають стерильні пов'язки.

Приклад конкретного виконання способу:

Хворий С., який поступив в Одеську обласну клінічну лікарню 13.09.2007 року, медична карта №4578, 1 доба життя, вагою 2100 гр. Діагноз: природжена лівобічна діафрагмальна ложна кила, гіпоплазія лівої легені.

Хворому після всестороннього клінічного, лабораторного та інструментальних методів обстеження (оглядової рентгенографії органів грудної та черевної порожнини, ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, ехокардіографії, нейросонографії) встановлений вищезначений діагноз. Хворому виконано оперативне втручання 15.09.2007 року, що включало пластику лівого купола діафрагми, при закритті черевної порожнини встановлена вісцероабдомінальна диспропорція та неможливість повношарового закриття лапаротомної рани, яка проявлялася зниженням насичення киснем крові ніжних кінцівок та зростанням центрального венозного тиску. Було виконано формування контрапертур симетрично у верхніх та нижніх квадрантах, уведення силіконових трубок за типом катетера Фолея, які ввели в черевну порожнину кінцем, що має балон; останній заповнили фізіологічним розчином та підтягнули до упору. На рану передньої черевної стінки були накладені шви без ушивання апоневрозу. На рани накладені стерильні пов'язки, новонародженого транспортували у відділення реанімації, де до кінця кожної трубки підвісили вантаж вагою 50г через систему блоків. Під контролем внутрішньочеревного тиску, який нормалізувався на третю добу, трубки були видалені. Ускладнень не відмічалось. На 5-ту добу хворий був переведений на спонтанне дихання. Пасаж по кишечнику відновився на 2 добу. Післяопераційний період ускладнився геморагічним синдромом, який пролікований консервативно. Хворий виписаний 6.10.2007 у добром стані.

За допомогою запропонованого способу проліковано 1 хворий з діафрагмальною килою, 1 хворий з гастрошизисом, поєднаним з вісцероабдомінальною диспропорцією.

В порівнянні з найближчим аналогом, запропонований спосіб забезпечує контрольоване рівномірне симетричне розтягнення передньої черевної стінки, виймання трубок не потребує повторного оперативного втручання або наркозу, забезпечується профілактика парезу м'язів передньої черевної стінки та формування у подальшому вентральних гриж.

Література:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. «Детская хирургия», СПб. ПИТ-ТАП, 1997. - II т., с.241.