



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37568 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЕРФОРАЦІЇ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ

(21) 99126866

(22) 16.12.1999

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Пепенін Олексій Володимирович, Бабік Андрій
Іванович, Алексєєв Олексій Вячеславович(73) Луганський державний медичний університет
Міністерства охорони здоров'я України

(57) Спосіб перфорації передньої черевної стінки під час операції, який включає розсічення шарів передньої черевної стінки до очеревини і прокол очеревини корнцангом, який **відрізняється** тим, що в місці проколу з внутрішнього боку черевної стінки до неї прикладають чашу із твердого матеріалу, після чого виконують прокол.

Винахід відноситься до медицини, а саме - до хірургії, і може бути використаний при установці дренажів під час операцій на органах черевної порожнини.

Відомі способи перфорації передньої черевної стінки під час операції, розсічення шарів передньої черевної стінки до очеревини і прокол очеревини троакаром або корнцангом [1, 2].

Недоліком цих способів є ризик пошкодження внутрішніх органів при установці дренажів.

Найбільш близьким за технічною суттю і прийнятним за прототип є спосіб перфорації передньої черевної стінки під час операції, який включає розсічення шарів передньої черевної стінки до очеревини і прокол очеревини корнцангом [2].

Його недоліком також є ризик пошкодження внутрішніх органів при установці дренажів.

Завданням винаходу є розробка такого способу перфорації передньої черевної стінки під час операції, який за рахунок використання чаші із твердого матеріалу забезпечував би попередження пошкодження внутрішніх органів.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі перфорації передньої черевної стінки під час операції, який включає розсічення шарів передньої черевної стінки до очеревини і прокол очеревини корнцангом, згідно з винаходом, в місці проколу з внутрішньої сторони черевної стінки до неї прикладають чашу із твердого матеріалу, після чого виконують прокол.

Прикладання чаші в місці проколу з внутрішньої сторони передньої черевної стінки призводить до того, що корнцанг при проколі упирається у дно чаші і не пошкоджує внутрішні органи.

Спосіб виконується таким чином. При постановці дренажів під час операції шкіру у місці постановки дренажу надсікають на ділянці довжиною 3-

5 см залежно від товщини підшкірного жирового шару. Скальпелем розсікають апоневроз, причому ця рана на 1-2 см вужча за попередню. Далі у рану проводять складений корнцанг. У місці його випинення з боку очеревини до неї прикладають чашу із твердого матеріалу, після чого буравлячими рухами через інші шари черевної стінки проводять корнцанг. При перфорації черевної стінки корнцанг упирається у дно чаші, що попереджає пошкодження внутрішніх органів, зокрема, кишечника. Розводять бранші корнцангу для розширення ходу. Змиканням браншей захоплюють майбутній зовнішній кінець дренажа, який подається через основну операційну рану, після чого зворотним рухом корнцанга виводять його назовні.

Наводимо клінічний приклад.

Хвора К., (історія хвороби № 938), 67 років, госпіталізована у клініку через 9 діб після появи постійного болю в правому підребер'ї та епігастрії з оперезуючою іррадіацією, нудоти, блювання жовцю, яке не приносило полегшення, сухості та гіркості у роті, жовтуватого забарвлення шкіряних покривів і склер. В анамнезі на протязі останніх 6-7-и років - часті больові напади в правому підребер'ї та епігастрії, які супроводжуються нудотою, присмаком гіркості у роті, зміною забарвлення шкіряних покривів. При огляді: стан середньої тяжкості. Шкіряні покриви і склери іктеричні. Гіпертермія до 38,0°C має гектичний характер і супроводжуються ознобами, лихоманкою, профузним потовиділенням. Хвора відзначає нездужання, втомленість, слабкість, зниження працездатності. Пульс 114 ударів за хвилину, аритмічний, послаблених якостей. Артеріальний тиск 14,5/8,4 кПа. Частота дихальних рухів 23 за хвилину. Шкіряні покриви і склери субіктеричні.

Язик вологий, обкладений жовтим нальотом. Живіт при пальпації болючий в правому підребер'ї та епігастрії. В епігастрії пальпаторно відзначається інфільтрат. Позитивні симптоми Мейо-Робсона, Мерфі, Ортнера. Печінка не збільшена, безболісна при пальпації. Кал і сеча звичайного кольору. В біохімічному аналізі крові: загальний білірубін 71 мкмоль/л, прямий - 56 мкмоль/л, непрямий білірубін 15 мкмоль/л, калій - 3,6 ммоль/л, натрій - 138 ммоль/л, хлор - 104 ммоль/л, кальцій - 2,6 ммоль/л, аспартат-амінотрансфераза - 0,82 мкмоль/(год·мл), аланін-амінотрансфераза 0,82 - мкмоль/(год·мл), лужна фосфатаза - 1,5 мкмоль/(год·мл), гамма-глутамілтранспептидаза 1237 ммоль/г·л, креатинин 0,137 мкмоль/л, сечовина 10,3 мкмоль/л, амілаза крові 17 г/л. Лейкоцити $8 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитарний індекс інтоксикації 0,8 ум. од. Цукор крові 1,13 г/л. Тимолова проба - 2,1 одиниці. Протеїнограма: загальний білок - 73 г/л, альбуміни 47%, глобуліни - 53%, альбуміно-глобуліновий коефіцієнт - 0,89, α_1 -глобуліни - 4%, α_2 -глобуліни - 15%, β -глобуліни 9%, γ -глобуліни - 25%. Дані коагулограми: фібриноген 4,4 г/л, тромботест V ступеню, протромбіновий індекс 81%, час рекальцифікації плазми 95 с, фібрин 15 мг, толерантність до гепарину 9 хв., фібриноген В негативний. Діастаза сечі 256 од. Дані ультразвукового дослідження органів черевної порожнини і заочеревинного простору: жовчний міхур дещо збільшений у розмірах, стінки ущільнені та потовщені, із симптомом "подвійного контура"; в жовчному міхурі - група конкрементів від 5 до 15 мм у

діаметрі; загальна жовчна протока розширена до 1,2 см; підшлункова залоза збільшена, контури нечіткі. Діагноз: жовчнокам'яна хвороба; гострий калькульозний панкреатохолецистит; холедохолітиаз; холангіт; механічна жовтяниця; печінкова недостатність, II стадія.

Хвору прооперовано на 3-у добу після госпіталізації. Обсяг операції: холецистектомія, холедохолітотомія, дренування загальної жовчної протоки за Холстедом-Піковським, дренування сальникової сумки та черевної порожнини в підпечінковому просторі. Під час постановки дренажу було використано запропонований спосіб.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень, заживання рани первинним натягненням. Шви знято на 14-у добу. Хвора у задовільному стані виписана на 18-у добу після операції.

З використанням запропонованого способу прооперовано 39 хворих. Пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини під час постановки дренажів ми не спостерігали у жодного хворого.

Таким чином, запропонований спосіб перфоративної передньої черевної стінки при установці дренажів черевної порожнини під час операції дозволяє зменшити ризик пошкодження внутрішніх органів.

Джерела інформації

1. Козлов И.З., Горшков С.З., Волков В.С. Повреждения живота. - М.: Медицина, 1988. - 224 с.
2. Неотложная хирургия брюшной полости / В.Т. Зайцев, В.Е. Алексеенко, И.С. Белый и др. - К.: Здоровье, 1989. - 272 с. - прототип.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
