



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **39805** (13) **U**  
(51) **МПК (2009)**  
**A61B 17/00**  
**A61B 5/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ДОСТУПУ ДО ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРИТО-  
НІТУ У ДІТЕЙ**

1

2

(21) u200812557

(22) 27.10.2008

(24) 10.03.2009

(46) 10.03.2009, Бюл.№ 5, 2009 р.

(72) БОНДАРЮК ЛЕОНІД МИКОЛАЙОВИЧ, UA,  
ГОРБАТЮК ОЛЬГА МИХАЙЛІВНА, UA, ДІГТЯР  
ВАЛЕРІЙ АНДРІЙОВИЧ, UA, ЗАПОРОЖЧЕНКО  
АНДРІЙ ГРИГОРОВИЧ, UA

(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІС-  
ЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л.ШУПИКА, UA

(57) Спосіб доступу до черевної порожнини при лапароскопічному лікуванні перитоніту у дітей шляхом накладання карбоксиперитонеуму та введення в черевну порожнину троакарів для введення маніпуляторів, який **відрізняється** тим, що одночасно вводять три троакари, а саме: над пупком (для введення газу в черевну порожнину), в ліву здухвинну та в праву здухвинну ділянки діаметром, відповідно, 5 мм, 10 мм і 5 мм.

Запропоноване рішення відноситься до медицини, зокрема - до дитячої хірургії, і може бути використане при лікуванні перитонітів у дітей. Сьогодні результати лікування дітей з даною патологією потребують покращення, в тому числі з використанням лапароскопії.

Найбільш близьким до запропонованого способу, прийнятого нами за прототип, є доступ, при якому після накладання карбоксиперитонеума через троакар, введений у черевну порожнину крізь розріз шкіри над пупком. В тій чи іншій ділянці черевної порожнини встановлюються ще 1-2 троакара для введення маніпуляторів і здійснення оперативного втручання [1]. При цьому найчастіше в лівій здухвинній ділянці вводиться троакар діаметром 5мм, а в правій здухвинній ділянці вводиться додатковий троакар 10мм тільки при потребі.

Цей традиційний спосіб введення 2 троакарів (над пупком і в лівій здухвинній ділянці) має низку недоліків:

- недостатній огляд черевної порожнини
- обмежені можливості маніпулювання інструментами в черевній порожнині
- неможливість ретельної санації всіх поверхів і карманів черевної порожнини при перитоніті.

Основною задачею запропонованого рішення є усунення перелічених недоліків.

Вирішення поставленої задачі досягається тим, що у відомому способі доступу до черевної порожнини при лапароскопічному лікуванні перитоніту у дітей, що здійснюється шляхом накладання карбоксиперитонеума та введення в черевну

порожнину троакарів для введення маніпуляторів, згідно пропонуємого рішення одночасно вводять три троакари, а саме: над пупком (для введення газу в черевну порожнину), в ліву здухвинну та в праву здухвинну ділянку діаметром відповідно 5мм, 10мм і 5мм.

Переваги запропонованого способу:

- поліпшення огляду черевної порожнини, тазу і їх органів
- можливість оптимального маніпулювання в черевній порожнині при перитоніті
- можливість повної санації черевної порожнини при перитоніті
- більша інформативність огляду
- можливість точної верифікації діагнозу
- атравматичність маніпулювання в черевній порожнині
- відмова від внутрішньочеревних дренажів.

Результат запропонованого рішення - зменшення кількості післяопераційних ускладнень, зменшення кількості стаціонарних ліжко-днів, добрий косметичний ефект.

Спосіб пояснюється ілюстрацією, на якій зображену передню черевну стінку із зазначеними місцями введення троакарів.

На ній зазначено:

- 1 - пупок;
- 2 - місце розміщення троакара діаметром 5мм для введення газу в черевну порожнину;
- 3 - місце розміщення троакара діаметром 10мм в лівій здухвинній ділянці;
- 4 - місце розміщення троакара діаметром 5мм в правій здухвинній ділянці.

(13) **U**

(11) **39805**

(19) **UA**

Спосіб здійснюють наступним чином: після обробки операційного поля в надпупковій ділянці виконується поперечний розтин шкіри. Затискачем типу „москіт” тупо розшаровується апоневроз передньої черевної стінки, передочеревинна клітковина, очеревина до відчуття „провалу”. Після цього вводиться 5мм троакар, до якого приєднується система для накладання карбоксиперитонеума. Після того як рівень пневмоперитонеума досягає 14мм рт.ст., через цей троакар вводиться камера лапароскопа. Далі поетапно проводиться загальна ревізія черевної порожнини. Під контролем лапароскопа в лівій здувинній ділянці вводиться 10мм троакар, а в правій - 5мм троакар, але вище традиційного, для введення маніпуляторів. Цими двома маніпуляторами ревізуються раніше недоступні огляду відділи живота, тазу та органи черевної порожнини. Оцінюється наявність випоту в черевній порожнині, стан апендиксу, очеревини, стінок черевної порожнини, петель кишечника. Після мобілізації черевного паростку, перетину його брижі виконується апендектомія. Далі здійс-

нюється ретельна санація всіх поверхів і карманів черевної порожнини стерильним фізіологічним розчином до „чистих промивних вод” та його аспірація. Дренування черевної порожнини не проводиться.

Приклад: Хворий Цвелинський Владислав, 12 років. Історія хвороби №227. Знаходився на лікуванні з 10.01 до 17.01.2001р. з приводу розлитого гнійного перитоніту. Лапароскопічне втручання за вищеописаним способом здійснено 10.01.2001р. В стаціонарі провів 7 ліжко-днів. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Виписаний з одужанням.

Даним способом було прооперовано 150 хворих з апендикулярним перитонітом без ускладнень, з середнім ліжко-днем 5.

#### Література

1. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Зайнутдинов А.М. Етодологические аспекты лапароскопической санации при разлитом перитоните // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 203. - №2. - С. 28 - 31.

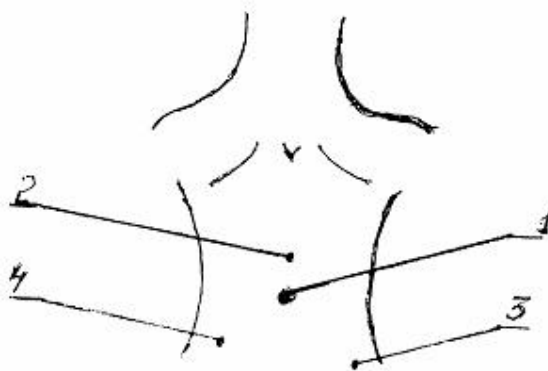


Fig.