



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 4506

(13) U

(51) 7 A61B17/34

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) ТРОАКАР ДЛЯ ІНТУБАЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ

1.

2

(21) 20040503785

(22) 19.05 2004

(24) 17 01 2005

(46) 17 01 2005, Бюл. № 1, 2005 р

(72) Довженко Олексій Миколайович, Бурлаченко  
Костянтин Русланович, Ребров Юрій Семенович,  
Феськов Олександр Ернстович(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-  
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ (ХМАПО)(57) Троакар для інтубації тонкої кишки, що містить  
зігнуті плізу і стилет із закругленим кінцем, який  
відрізняється тим, що в стилеті є кризний канал,  
виконаний з можливістю проведення через нього  
ножа

Корисна модель відноситься до медичної техніки, а саме до хірургічних інструментів для виконання інтубації тонкої кишки при кишковій непрохідності і перитоніті.

Кишкова непрохідність і перитоніт є одними з найбільш розповсюджених гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. При виконанні хірургічного втручання з приводу кишкової непрохідності або перитоніту часто виникає необхідність в інтубації тонкої кишки, мета якої полягає в ліквідації внутрішньокшкової гіпертензії, евакуації токсичного внутрішньокшкового вмісту і відновленні моторно-евакуаторної функції кишки. Інтубація тонкої кишки можлива трансазальним і трансанальним шляхами, а також через штучні отвори в стінці шлунка, тонкої або товстої кишок, які виконуються оперативним шляхом за допомогою скальпеля або троакара.

Відомі різні троакари, котрі використовуються для пункції товстої кишки і проведення через неї зонда в тонку кишку. Аналогом є троакар з двома стилетами (з гострим і закругленим кінцями) [Апоян В.Т., Геворкян И.Ю. Троакар для цекоэнтеростомии и энтеростомии Клиническая хирургия - 1992 - №2 - С 65-66]. Недоліки вказаного троакара полягають в тому, що використання двох стилетів подовжує час проведення троакара в кишку, а пункція кишки загостреним стилетом може супроводжуватися розривом або розтином м'язових волокон з формуванням в подальшому великого отвору в стінці кишки, який не стуляється. Прототипом являється зігнутий троакар Т.В. Нарциссова [Нарциссов Т.В. Трубоччатая цекостомия и интубация подвздошной кишки Клиническая хирургия -

1985 - №2 - с 53]. Вказаний троакар містить дугоподібно зігнуті плізу і один стилет із закругленим кінцем, що виключає можливість використання його для пункції кишкової стінки. При його використанні необхідне попереднє розсічення стінки кишки скальпелем, що збільшує ризик контамінації кишковим вмістом операційного поля.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення троакара для інтубації тонкої кишки, в якому за рахунок зміни конструкції стилета досягається швидкість, безпека і технічна простота проведення троакара в тонку кишку.

Поставлена задача вирішується в троакарі для інтубації тонкої кишки, який містить дугоподібно зігнуті плізу і стилет із закругленим кінцем, згідно корисної моделі, в стилеті є кризний канал виконаний з можливістю проведення через нього ножа. Такий устрій стилета дозволяє пунктирувати товсту кишку швидко (оскільки немає необхідності змінювати стилети) і зменшує травму кишкової стінки за рахунок можливості проникнення в кишку між волокнами циркулярного м'язового шару.

Суть корисної моделі, яка заявляється, пояснюють креслення, де на Фіг 1 зображена пліза троакара, на Фіг 2 - стилет троакара, на Фіг 3, 4, 5 - стилет в розібраному вигляді.

Троакар, який заявляється, має довжину 30см і складається з дугоподібно зігнутої (1/4 кола) плізи 1, в якій розміщений відповідної кривизни стилет 2, зовнішній діаметр стилета 2 відповідає внутрішньому діаметру плізи 1. Стиллет 2 складається з двох симетричних половин 3, на внутрішній стороні однієї з них є паз 4 на всю довжину. При складанні половин 3 разом усередині стилета 2 за

(13) U

(11) 4506

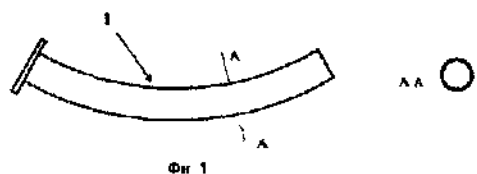
(19) UA

рахунок вказаного паза 4 утворюється канал, з можливістю введення в нього плоского дугоподібного (відповідної кривизни) ножа 5. Нож 5 має ріжучу кромку 6 і упор 7 (на неробочому кінці). Нож 5 довший за стилет 2 на 0,5 см.

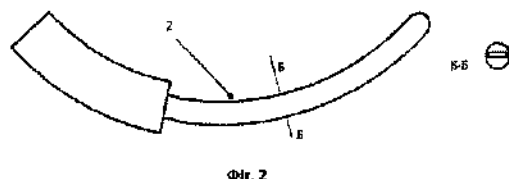
Троакар використовують таким чином. Після виконання лапаротомії і основного етапу операції (усунення перешкоди і джерела перитоніту), санації і дренування черевної порожнини справа по задній паховій лінії на 1-2 см вище гребеня клубової кістки виконують розріз шкіри, клітковини і апоневрозу до 1,5 см завдовжки. В розріз тканин вводять троакар. При пальпаторному і візуальному контролі з боку черевної порожнини троакаром в заочеревинному просторі формують тунель до задньої стінки висхідної ободової кишки. Троакар орієнтують так, щоб плоскість каналу в стилеті 2 була перпендикулярна подовжній осі висхідної ободової кишки і, відповідно, паралельна циркулярним м'язовим волокнам. В стилет 2 троакара

вводять ніж 5 до упора 7 (ніж 5 своєю ріжучою кромкою 6 на 0,5 см виступає із закругленого кінця стилета 2) і пунктирують кишкову стінку. Ніж 5 має пройти між волокнами циркулярного м'язового шару кишки. Після проникнення в просвіт кишки ніж 5 із стилета 2 видаляють, і троакар проводять через баупнієву заслінку в термінальний відділ тонкої кишки. Стилети 2 троакара видаляють і через пльзу 1 в клубову кишку вводять інтубаційний зонд Міллера-Ебота. Пльзу 1 троакара знімають з зонда, зонд фіксують до шкіри.

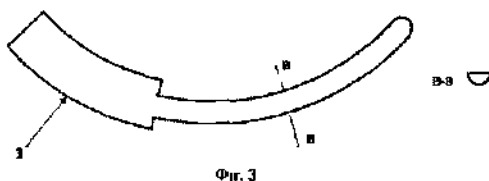
Застосування троакара такої конструкції дозволяє провести інтубацію тонкої кишки безперешкодно і швидко. Проведення плоского ножа між м'язовими волокнами мінімально травмує кишку. В подальшому, при видаленні зонда з кишки, отвір, що залишається в кишковій стінці, краще стуляється, оскільки він розташований між циркулярними м'язовими волокнами.



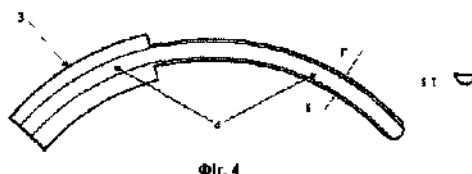
Фиг. 1



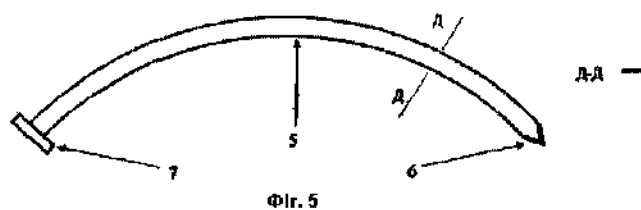
Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5