



УКРАЇНА

(19) UA (11) 46823 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00
A61M 25/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ АДАПТАЦІЇ ХВОРОГО ДО ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ЇЇ ГІГАНТСЬКИХ ДЕФЕКТАХ

1

(21) u200906606

(22) 24.06.2009

(24) 11.01.2010

(46) 11.01.2010, Бюл.№ 1, 2010 р.

(72) ТОДУРОВ ІВАН МИХАЙЛОВИЧ, БІЛЯНСЬКИЙ
ЛЕОНІД СЕМЕНОВИЧ, КОСЮХНО СЕРГІЙ ВІК-
ТОРОВИЧ, ПЕРЕХРЕСТЕНКО ОЛЕКСАНДР ВА-
СИЛЬОВИЧ

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АМН УКРАЇНИ

2

(57) Спосіб адаптації хворого до пластики перед-
ньої черевної стінки при її гігантських дефектах,
який включає встановлення катетера у вільну че-
ревну порожнину, по якому поетапно накачують
повітря до субкритичних значень внутрішньоче-
ревного тиску, який **відрізняється** тим, що у вільну
черевну порожнину вводять трипросвітний кате-
тер, через перший просвіт якого накачують повіт-
ря, через другий просвіт вимірюють внутрішньоче-
ревний тиск, а через третій - проводять евакуацію
надлишкового повітря.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до хірургії, і може бути використана як пер-
ший етап при лікуванні хворих з гігантськими де-
фектами передньої черевної стінки.

Відомий спосіб адаптації хворого до пластики
передньої черевної стінки при її гігантських дефек-
тах, який включає постановку катетера у вільну
черевну порожнину, по якому поетапно накачують
повітря до субкритичних значень внутрішньоче-
ревного тиску, при цьому використовують однопрос-
вітний катетер по типу Фолєя [Goni Moreno IG
(1978) The rational treatment of hernias and
voluminous chronic eventrations: Preparation with
progressive pneumoperitoneum. In: Nyhus LM,
Condon RE (eds) Hernia. 2nd edition, JB Lippincott,
Philadelphia, pp. 536-560].

Недоліками цього способу являється незруч-
ність роботи хірурга, а також можливі ускладнення
із-за закупорки просвіту катетера.

Задачею корисної моделі є розробка такого
способу адаптації хворого до пластики передньої
черевної стінки при її гігантських дефектах, який за-
раховує використання трьохпросвітної катетера
забезпечував би підвищення зручності роботи хі-
рурга та знижував число ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в
способі адаптації хворого до пластики передньої
черевної стінки при її гігантських дефектах, який
включає постановку катетера у вільну черевну
порожнину, по якому поетапно накачують повітря
до субкритичних значень внутрішньоче-
ревного тиску, згідно корисній моделі, у вільну черевну

порожнину вводять трьохпросвітний катетер, че-
рез перший просвіт якого накачують повітря, через
другий просвіт вимірюють внутрішньочеревний
тиск, через третій - проводять евакуацію надлиш-
кового повітря.

Використання трьохпросвітної катетера під-
вищує зручність роботи хірурга, так як дуже зручно
через один просвіт накачувати повітря у вільну
черевну порожнину, через другий просвіт прово-
дити вимірювання внутрішньочеревного тиску, а
через третій - евакуювати надлишкове повітря.
При цьому якщо один просвіт закупорюється, то
замість нього завжди можна використати другий
просвіт. Це також призводить до зменшення числа
ускладнень, так як підвищений внутрішньочере-
вний тиск завжди можна знизити через один із
трьох просвітів катетера.

Спосіб виконують наступним чином.

Після обробки операційного поля, проводять
місцеву анестезію, виконують мікролапароцентез,
вводять у вільну, від шварт, черевну порожнину
трьохпросвітний катетер та фіксують його до оче-
ревини та апоневрозу зовнішнього косого м'яза
живота, після чого рану зашивають пошарово на-
глухо. Наступного дня, або в той же день, за до-
помогою апарату Боброва через один з просвітів
катетера під тиском вводять повітря в об'ємі від
500мл до 4000мл у черевну порожнину, підвищую-
чи рівень внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) на 1-
2мм. рт. ст., в залежності від його вихідного рівня,
через другий просвіт вимірюють ВЧТ за допомо-
гою манометра, третій просвіт залишають резерв-

(13) U

(11) 46823

(19) UA

ним. Таку маніпуляцію проводять щоденно, або через день чи два дні, в залежності від компенсаторних можливостей та з врахуванням супутньої патології хворого. Під час виконання процедури до одного з просвітів катетера приєднують манометр та контролюють рівень ВЧТ. Його рівень доводять до субкритичних значень (17-18мм. рт. ст.), та визначають поріг адаптації хворого до підвищення ВЧТ в кожному конкретному випадку. Стабільні показники стану компенсації супутньої патології у хворого на фоні субкритичного рівня ВЧТ протягом 3 діб, вважають критерієм готовності до виконання пластики черевної стінки. Катетер із черевної порожнини видаляють під час виконання оперативного втручання.

Приклад. Хворий М. історія хвороби №3865.

Клінічний діагноз основний: післяопераційна гігантська вентральна грижа M2W4R2; супутній діагноз: ішемічна хвороба серця, післяінфарктний кардіосклероз; гіпертонічна хвороба III ст., серцева недостатність II Б ст.

Техніка операції. Обробили операційне поле, провели місцеву анестезію, виконали мікролапаросцентез, ввели у вільну, від шварт, черевну порожнину трьохпросвітний катетер фірми BRAUN 12F (зовнішнім діаметром 4,0мм), довжиною 20см з трьома каналами 16/18/18G, відповідно, виготовленого з рентген - контрастного поліуретану, зафіксували його до очеревини та апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, після чого рану зашили пошарово наглухо. Наступного дня за допомогою апарату Боброва через один із просвітів катетера під тиском ввели повітря в об'ємі від 1000мл у черевну порожнину, підвищили внутрішньочеревний тиск на 2мм. рт. ст., враховуючи його вихідний рівень, через другий просвіт виміряли внутрішньо-

черевний тиск за допомогою манометра марки LD S013 з діапазоном вимірювання від 0 до 300мм рт. ст., третій просвіт залишили резервним. Таку маніпуляцію провели наступного дня, потім через день, протягом двох тижнів. Приєднали до одного з просвітів катетера манометр та проконтролювали рівень внутрішньочеревного тиску щоденно. Довели рівень внутрішньочеревного тиску до 17-18мм. рт. ст. В ході підготовки визначили показники зовнішнього дихання, фракції вигнання лівого шлуночка серця, які свідчили про рівень порогу адаптації хворого до підвищення ВЧТ у кожному конкретному випадку. Стабілізація показників компенсації супутньої патології хворого при рівні внутрішньочеревного тиску 17-18мм. рт. ст. наступила на 21 день та утримувалась на стабільних показниках протягом 3 діб, що слугувало критерієм готовності до виконання оперативного втручання - пластики черевної стінки. Катетер із черевної порожнини видалили під час проведення оперативного втручання. Під час проведення маніпуляції прогресуючого підвищення тиску в черевній порожнині ускладнень ми не відмічали.

Запропонованим способом проліковано 14 хворих, ускладнень не спостерігали. В той час при лікуванні 14 хворих за способом аналогом у 3-х випадках довелося переставляти катетер Фолея на інше місце черевної стінки в зв'язку з розвитком небезпечних ускладнень.

Таким чином, використання запропонованого способу адаптації хворих до пластики передньої черевної стінки при її гігантських дефектах підвищує зручність роботи хірурга та сприяє зменшенню числа ускладнень.