



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60810 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМУ

1

2

(21) u201015520

(22) 23.12.2010

(24) 25.06.2011

(46) 25.06.2011, Бюл.№ 12, 2011 р.

(72) КУСТРЬО ВАЛЕРІЙ ІВАНОВИЧ, ЛАНГАЗО
ОЛЕКСАНДРА ВАЛЕРІЇВНА(73) КУСТРЬО ВАЛЕРІЙ ІВАНОВИЧ, ЛАНГАЗО
ОЛЕКСАНДРА ВАЛЕРІЇВНА(57) Спосіб накладання пневмоперитонеуму, який
включає розсічення шкіри та м'яких тканин над

пупком довжиною до 2,0 см, захват пупкового тяжа, підтягування за нього та фіксацію передньої черевної стінки доверху, пункцію черевної порожнини голкою Вереша, через яку створюють пневмоперитонеум, який **відрізняється** тим, що фіксацію передньої черевної стінки виконують циркулярним обхватом навкруги пупкового тяжа цапкою.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для накладання пневмоперитонеуму при виконанні лапароскопічних операцій на органах черевної порожнини.

Відомий спосіб накладання пневмоперитонеуму, при якому розсікають шкіру та м'які тканини над пупком довжиною до 2,0 см, накладають і затискають затискачем пупковий тяж, фіксують за нього передню черевну стінку, підтягують її затискачем доверху, після чого прокалюють її голкою Вереша та створюють пневмоперитонеум [Федоров І.В., Сигал Е.И., Курбангалеев А.И. Оперативная лапароскопия в хирургии, гинекологии и урологии. Москва, 2007, с. 59-63].

Недоліком цього способу є значна травма затиснутого затискачем пупкового тяжа, його розчавлення, утворення гематоми та ненадійна фіксація передньої черевної стінки внаслідок зриву затискача із затиснутих тканин при підтягуванні її доверху, що призводить до розвитку гнійних ускладнень в рані, утворення післяопераційної троакарної грижі.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу накладання пневмоперитонеуму, який за рахунок циркулярного обхвату та фіксації цапкою пупкового тяжа забезпечував би мінімальну травму при надійній фіксації передньої черевної стінки та зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі накладання пневмоперитонеуму, який включає розсічення шкіри та м'яких тканин над пупком довжиною до 2,0 см, захват пупкового тяжа, підтягування за нього та фіксацію передньої черевної стінки доверху, пункцію черевної порож-

нини голкою Вереша, через яку створюють пневмоперитонеум, згідно корисної моделі, фіксацію передньої черевної стінки виконують циркулярним обхватом навкруги пупкового тяжа цапкою.

Циркулярний обхват цапкою навкруги пупкового тяжа, підтягування за нього та фіксація передньої стінки доверху дозволяє надійно фіксувати передню черевну стінку, мінімально травматизувати фіксовані тканини, що сприяє зменшенню кількості післяопераційних ускладнень.

Спосіб виконують наступним чином. Розсікають шкіру та м'які тканини над пупком довжиною до 2,0 см, циркулярно навкруги обхвачують та фіксують цапкою пупковий тяж, підтягують за нього передню черевну стінку доверху, після чого голкою Вереша прокалюють передню черевну стінку та створюють пневмоперитонеум, наприклад, вуглекислим газом.

Приклад.

Хвора Д., 1943 року народження, поступила у відділення 19.02.2010 року зі скаргами на болі в правому підребер'ї з іррадіацією в праву лопатку. Хворіє протягом 1 доби. Комплексно обстежена, встановлений діагноз жовчнокам'яна хвороба, гострий калькульозний холецистит. Після проведення передопераційної підготовки 20.02.2010 року хвора прооперована. Під ендотрахеальним наркозом над пупком розікли шкіру та м'які тканини довжиною 2,0 см. Навкруги циркулярно захопили та зафіксували цапкою пупковий тяж, підтягнули за нього передню черевну стінку доверху, після чого голкою Вереша прокололи передню черевну стінку та створили пневмоперитонеум вуглекислим газом. Цапку з пупкового тяжа зняли. Ввели в черевну порожнину троакар 1,0 см, через який ввели

(19) UA (11) 60810 (13) U

лапароскоп та виконали оглядову лапароскопію органів черевної порожнини. В типових місцях додатково ввели в черевну порожнину три троакари, через які ввели необхідні лапароскопічні інструменти. Виконали типову лапароскопічну холецистектомію. Троакарні рани зашили. Післяопераційний період перебігав гладко. Активізація хворої настала через 6 годин, хвора вільно ходила по палаті, доглядала за собою. На другу добу хвора в задовільному стані виписана на амбулаторне лікування. Через 2 тижні - працездатна.

За даним способом прооперовано 29 хворих на жовчнокам'яну хворобу. Пошкоджень органів

черевної порожнини при виконанні пункції порожнини через незадовільну фіксацію передньої черевної стінки не відмічено, середні терміни лікування в стаціонарі після операції 2,9 доби. Післяопераційні ускладнення спостерігались в 1 випадку - серома в ділянці післяопераційної рани. В той же час із 29 хворих, прооперованих за методом найближчого аналога, у 3-х відмічалось гноїння рани в місці накладання пневмоперитонеуму. Середнє перебування в стаціонарі 4,3 доби.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень.