

Винахід відноситься до медицини, переважно до ендоскопічної хірургії, і може бути використаний при лікуванні гострого апендициту.

Відомий спосіб лапароскопічної апендектомії, що містить видалення апендикулярного відростка, у відповідності з яким, біполярну коагуляцію брижі відростка проводять у сукупності з лігуванням судин в черевній порожнині та перетин основи відростка виконують ендотермокоагулятором після його попереднього виведення з куполом сліпої кишки на передню черевну стінку з подальшим зануренням кукси в просвіт сліпої кишки [1].

Сукупність цих дій значно підвищує ризик гнійно-запальних ускладнень, уражень судин передньої черевної стінки та збільшує час оперативного втручання.

Це зумовлено тим, що виведення на передню черевну стінку купола сліпої кишки з апендикулярним відростком значно збільшує час оперативного етапу, пов'язаного з його лігуванням. Ендотермокоагуляція кукси апендикулярного відростка зумовлює її неспроможність у ранньому післяопераційному періоді. Все це зумовлює низьку ефективність вищеприведеного способу.

Причиною, що стримує досягнення очікуваного технічного результату є виведення апендикулярного відростка з куполом сліпої кишки на передню черевну стінку з перетином основи відростка тільки ендотермокоагулятором.

Відомий спосіб лапароскопічної апендектомії, що містить видалення апендикулярного відростка, в якому в безсудинній зоні брижі відростка формують отвір, крізь пупковий троакар вводять кліпатор та на судини брижі накладають титанові скоби. На основу відростка накладають три лігатури з хромованого кетгута [2].

До недоліків, що стримують досягнення очікуваного технічного результату належить лігування судин брижі відростка титановими скобами та перетин відростка хромованими лігатурами. Це викликано тим, що скоби не забезпечують надійний гемостаз та для введення ендопетлі необхідно вводити троакар діаметром 12 мм.

Відомий також спосіб лапароскопічної апендектомії, що містить формування отвору в основі брижі червоподібного відростка, лігування ендостеплером судин брижі, прошивання та пересічення відростка та вилучення відростка в спеціальному пластиковому пакеті крізь боковий порт з черевної порожнини [3].

До причини, що стримує досягнення очікуваного технічного результату належить лігування ендостеплером судин брижі, прошивання та пересічення відростка та вилучення відростка в спеціальному пластиковому пакеті крізь боковий порт з черевної порожнини. Це також зумовлює низьку ефективність вищеприведеного способу.

Означені заходи, безумовно, є малоефективними у порівнянні з рішенням задачі, що заявляється.

Найбільш близьким до винаходу, що заявляється, є спосіб лапароскопічної апендектомії, що містить захоплення червоподібного відростка за верхівку та основу з натяганням, порційне перетискання брижі затискачем з тонкими браншами, коагулювання струмом високої частоти, перетискання частини брижі, що містить а.арендикуляріс, титановими кліпсами, перев'язування основи відростка трьома лігатурами, пересічення червоподібного відростка електрохірургічним інструментом між лігатурами та видалення його крізь троакар діаметром 10мм із черевної порожнини [4]. Це дозволяло розробити оптимальний спосіб лапароскопічної апендектомії з порційним коагулюванням брижі червоподібного відростка та видалення його крізь троакар діаметром 10мм.

Але відоме рішення задачі також стримує досягнення очікуваного технічного результату, бо саме операційне втручання потребує значного часу (30-35 хвилин) завдяки використанню титанових кліпс та перев'язуванню основи відростка трьома лігатурами, що зумовлює низьку ефективність вищенаведеного способу лапароскопічної апендектомії.

В основу винаходу поставлено задачу створити такий спосіб лапароскопічної апендектомії, який шляхом поступової коагуляції, із залученням монополярного електрода, накладенням титанових кліпс забезпечує підвищення ефективності при використанні.

Вищезазначений технічний результат досягається тим, що при використанні відомого способу лапароскопічної апендектомії, що містить видалення апендикулярного відростка, який відрізняється тим, що брижу апендикулярного відростка мобілізують від його верхівки до основи уздовж місця її прикріплення та перетин основи відростка виконують між попередньо накладеними двома титановими кліпсами шляхом поступової коагуляції з використанням монополярного електрода.

Створений спосіб лапароскопічної апендектомії дозволяє з високою долею ймовірності (95%) зменшити час оперативного втручання і у значно більшій мірі (на 85-95%) ніж за прототипом забезпечити надійний гемостаз та профілактику інтраопераційних та післяопераційних гнійно-запальних ускладнень, що зумовлене раціональним топографо-анатомічним доступом та поступовою коагуляцією з використанням монополярного електрода.

Відомості, що підтверджують можливість здійснення винаходу з досягненням вищезазначеного технічного результату полягають в наступному.

Для здійснення способу використовують звичайну ендоскопічну техніку. При здійсненні способу лапароскопічної апендектомії після введення троакарів брижу апендикулярного відростка мобілізують від його верхівки до основи уздовж місця її прикріплення та перетин основи відростка виконують між попередньо накладеними двома титановими кліпсами шляхом поступової коагуляції з використанням монополярного електрода. Апендикулярний відросток вилучають через тубус діаметром 10мм.

Приклад.

У хворого, чоловіка, 27 років, діагностовано гострий апендицит. Протокол операції №350 від 20.03.2003, 22-00. Після обробки операційного поля першоразом дворазово під ендотрахеальним наркозом на фоні карбоперитоніума по методу Розіна в черевну порожнину вводять троакари. Випот відсутній. Апендикс 12×0,8см, катаральний. Розташований в малому тазу. Апендектомія. Крізь тубус троакара діаметром 10мм брижу апендикулярного відростка мобілізують від його верхівки до основи уздовж місця її прикріплення та перетин основи відростка виконують між попередньо накладеними двома титановими кліпсами шляхом поступової коагуляції з використанням монополярного електрода. Апендикулярний відросток видалений крізь тубус троакара діаметром 10мм. Вводяться ПХВ-дренажі. Контроль гемостазу. Десуфляція. Троакарні рани ушиті. Хворий вибухає та виписаний на слідуючий день. Шви з троакарних ран зняті на 5 добу.

Сукупність вищезазначених заходів дозволяє забезпечити надійний гемостаз та зменшити інтраопераційні та післяопераційні гнійні ускладнення.

Тож, заходи заявника, що запропоновані у винаході, значно перевершують досягнення об'єктів-аналогів завдяки скороченню часу оперативного втручання, надійному гемостазу, що забезпечує підвищення ефективності операції, наприклад на 85-95%. Використання запропонованого способу лапароскопічної апендектомії дозволить за дуже короткий термін (7-10 хвилин) з використанням новітніх ендоскопічних технологій провести видалення апендикулярного відростка, забезпечити надійний гемостаз, зменшити інтраопераційні та післяопераційні гнійні ускладнення, що підтверджується прикладом конкретного використання.

Джерела інформації:

1. Патент №2144325 России, А61В17/00,18/08. Способ лапароскопически ассистированной аппендэктомии: Пат. №2144325 России, А61В17/00,18/08 / А.И.Никитенко, Е.Г.Никитенко, А.М.Желаннов (Россия) Заявл.09.12.1997; Опубл. 20.01.2000 Бюл. №2.

2. Малоинвазивная хирургия. Пер. с англ. / Под ред. Д. Розина. - М.: Медицина. - 1998. - С. 80-94.

3. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии. - Київ: Здоров'я. -1999.-С.176-180.

4. Квятковська Т.О. Ендоскопічна оперативна хірургія. - Дніпропетровськ. - 1999. - С.9-10.