

Корисна модель відноситься до медичної техніки, а саме до хірургічних інструментів для проведення лапароскопічних втручань на органах черевної порожнини.

Лапароскопічні операції на даний час виконуються при різноманітній абдомінальній патології. Для оптимального доступу до органів черевної порожнини необхідний напружений пневмоперитонеум, який може привести до післяопераційних ускладнень. При використанні безгазових (ліфтингових) методик оперативне втручання утруднюється у зв'язку з обмеженим операційним полем за рахунок рухливості внутрішніх органів. Для виконання лапароскопічної холецистектомії та інших втручань необхідний гарний доступ до підпечінкового простору. В умовах безгазових способів та при деяких топографо-анатомічних особливостях для відведення кишечника від операційного поля необхідне використання ретракторів, які містять робочу частину у вигляді Г-подібного наконечника (проект фірми "Stors" Німеччина. Стор. RET2). Головним недоліком існуючих ретракторів, у тому числі тих, що серійно виробляються, є невелика робоча поверхня та мала жорсткість.

Найбільш близьким та обраним за прототип є ретрактор ендоскопічний, робоча частина якого містить три елементи з булавоподібними стовщеннями на кінцях та діафрагму, що ущільнює (Патент №21646, АБ1В17/02, UA). Пристрій забезпечує необхідну жорсткість. Недоліком пристрою є те, що робоча поверхня невеликої площі.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення ендоскопічного ретрактора, в якому за рахунок зміни конструкції робочої частини, забезпечується достатня площа робочої поверхні.

Поставлена задача вирішується в ендоскопічному ретракторі, який містить робочу частину, згідно з винаходом, робоча частина виконана у вигляді напівжорсткої рамки з окремих пар пластин різної довжини, виконаних з можливістю зсуву пластин відносно несучої пластини.

Суть корисної моделі пояснюють креслення, де на фіг. 1 зображений ретрактор ендоскопічний, що заявляється, на фіг. 2 - ретрактор ендоскопічний в робочому розведеному стані.

Пристрій, що заявляється, містить несучу металеву пластину 1 з прорізом, виконаним з можливістю переміщення в ньому робочого стержня 2, який з'єднаний з кінцями пластин робочої рамки. Робоча рамка складається з 4 пар металевих пластин - дві пари пластин 3 різної довжини (50 мм та 70 мм) з однієї, та дві пари пластин 4 такої ж довжини з другої сторони. Верхні пари пластин з'єднані з несучою пластиною шарнірним з'єднанням нерухливе відносно несучої пластини. Окремі пари пластин з'єднуються між собою також шарнірне, що дає можливість змінювати конфігурацію рамки. Нижні пари пластин з'єднані шарнірне між собою та з робочим стержнем 2, виконаним з можливістю рухатися в прорізі несучої пластини 1. В зібраному стані пластини 3, 4 робочої рамки утворюють пряму лінію і повністю укладаються на несучу пластину (фіг.2). Товщина ретрактора ендоскопічного в зібраному стані дозволяє вводити його в черевну порожнину через 10-мм троакар.

Ретрактор ендоскопічний використовують таким чином. Під час виконання лапароскопічної холецистектомії при необхідності звільнення операційного поля через додатковий 10-мм троакар в правій мезогастральній області вводять ретрактор ендоскопічний в зібраному стані. В черевній порожнині під лапароскопічним контролем за допомогою робочого стержня 2 здійснюють зсув пластин 3, 4 робочої рамки, які розсовуються та утворюють напівжорстку рамку, необхідної площі. За допомогою цієї рамки петлі кишечника відсувають від операційного поля. Після закінчення операції за допомогою робочого стержня 2 пластини 3, 4 робочої рамки повертають в вихідне положення та ретрактор витягають з черевної порожнини.

Приклад. Хвора Н., 64 років, надійшла в хірургічне відділення ОКТЛ р. Діагноз: хронічний калькульозний холецистит. Супутня патологія: Загальний атеросклероз, ІХС. Хронічний бронхіт з астматичним компонентом в стадії ремісії, р. - здійснено операцію - лапароскопічну холецистектомію. З-за наявності супутньої патології операцію здійснено без напруженого пневмоперитонеуму за допомогою ендоліфта оригінальної конструкції. Під час операційної ревізії виявлено, що операційне поле частково закрито петлями тонкої кишки. Введено додатковий троакар та через нього ретрактор ендоскопічний. Здійснено відсування петель тонкої кишки від підпечінкового простору, що дало можливість виконати холецистектомію. В післяопераційному періоді ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, запропонований ретрактор ендоскопічний дозволяє забезпечити необхідний оперативний простір при виконанні лапароскопічної холецистектомії без накладання пневмоперитонеуму.

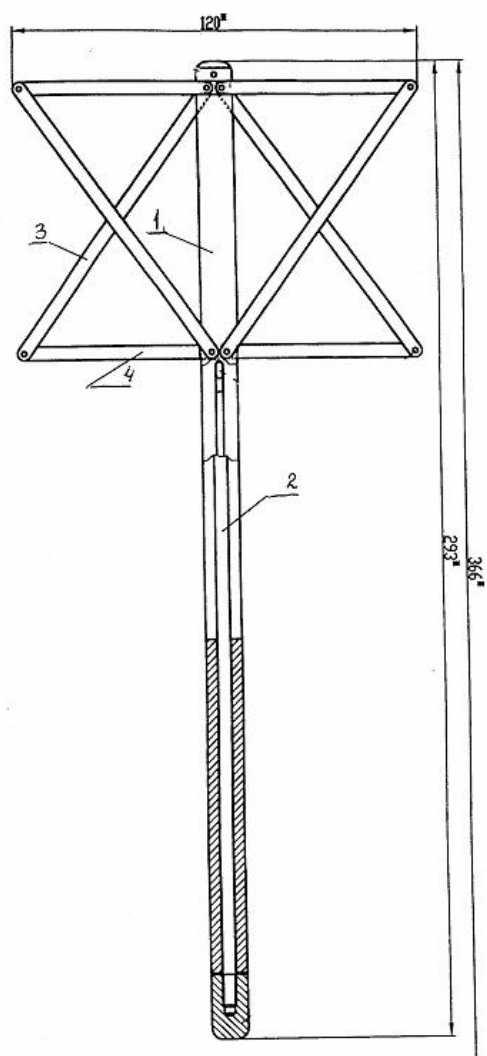


Fig. 1



Фиг. 2