



УКРАЇНА

(19) UA (11) 52037 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 19/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МІНІ-ІНВАЗИВНОГО ДРЕНУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

1

2

(21) u201001800

(22) 19.02.2010

(24) 10.08.2010

(46) 10.08.2010, Бюл.№ 15, 2010 р.

(72) МАЛИК СЕРГІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, КРАВЧЕНКО СЕРГІЙ ПАВЛОВИЧ, БЕЗРУЧКО МАКСИМ ВАСИЛЬОВИЧ

(73) МАЛИК СЕРГІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, КРАВЧЕНКО СЕРГІЙ ПАВЛОВИЧ, БЕЗРУЧКО МАКСИМ ВАСИЛЬОВИЧ

(57) Спосіб міні-інвазивного дренивання патологічних рідинних скупчень черевної порожнини, що

включає міні-лапаротомію з застосуванням набору "міні-асистент" та відеолапароскопічним асистуванням, ревізію органів черевної порожнини, який **відрізняється** тим, що дренивання патологічних рідинних скупчень виконують за допомогою поліхлорвінілової трубки, що надягається на тубус лапароскопа, який через міні-лапаротомний доступ заводять до місця локалізації патологічного рідинного скупчення та виводять з черевної порожнини так, щоб дренажна трубка залишалась на місці.

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до хірургії та може бути використана при лікуванні гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини та їх ускладнень, що супроводжуються утворенням патологічних рідинних скупчень.

Відомі способи дренивання черевної порожнини при гострих захворюваннях органів черевної порожнини: дренивання черевної порожнини з широкого лапаротомного доступу, яке включає широку лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини та дренивання патологічних рідинних скупчень трубчатими дренажами; дренивання черевної порожнини під ультразвуковим контролем, яке включає ультразвукове обстеження черевної порожнини, виявлення патологічних рідинних скупчень та черезшкірне пункційне дренивання їх за допомогою стилет-катетерних систем; відеолапароскопічне дренивання черевної порожнини, яке включає троакарний доступ, накладання карбоксиперитонеуму, відеолапароскопічну ревізію, виявлення та дренивання патологічних рідинних скупчень черевної порожнини трубчатими дренажами [1, 2, 3].

Недоліками цих способів є: для дренивання черевної порожнини з широкого лапаротомного доступу - висока травматичність, необхідність загального знеболення та тривала післяопераційна реабілітація пацієнтів; для дренивання черевної порожнини під ультразвуковим контролем - неможливість виконання маніпуляції при наявності на шляху стилет-катетера до патологічного рідинного

скупчення порожнистих органів черевної порожнини (кишечник, шлунок), великих судин; для відеолапароскопічного дренивання черевної порожнини - необхідність карбоксиперитонеуму та загального знеболення.

Найближчим аналогом до способу, що заявляється є відеолапароскопічне дренивання черевної порожнини, яке включає троакарний доступ, накладання карбоксиперитонеуму, відеолапароскопічну ревізію, виявлення та дренивання патологічних рідинних скупчень черевної порожнини трубчатими дренажами [1].

Недоліком аналогу являється необхідність накладання карбоксиперитонеуму та застосування загального знеболення, що суттєво обмежує застосування цього методу у пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком.

В основу корисної моделі поставлене завдання розробити такий спосіб дренивання черевної порожнини, який би дозволив виконувати дренивання патологічних рідинних скупчень з мінімальною травматичністю та не потребував би загального знеболення, що дозволило б зменшити період післяопераційної реабілітації та застосовувати його у пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком.

Поставлене завдання вирішується створенням способу мініінвазивного дренивання патологічних рідинних скупчень черевної порожнини, що включає мінілапаротомію з застосуванням набору «міні-асистент» та відеолапароскопічним асистуван-

(13) U
(11) 52037
(19) UA

ням, ревізію органів черевної порожнини, який, згідно корисної моделі, відрізняється тим, що дренування патологічних рідинних скупчень виконується за допомогою поліхлорвінілової трубки, що надягається на тубус лапароскопа, котрий, через мінілапаротомний доступ, заводиться до місця локалізації патологічного рідинного скупчення та виводиться з черевної порожнини так, щоб дренажна трубка залишалась на місці.

Поєднання мінілапаротомії з використанням набору «міні-асистент», відеолапароскопічного асистування, з цього ж розрізу, та методики дренування дозволяє з малотравматичного доступу, без застосування загального знеболення та карбоксиперитонеуму, виконувати дренування патологічних рідинних скупчень при лікуванні гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини чи їх ускладнень, дозволяє скоротити період післяопераційної реабілітації пацієнтів та може бути застосована в пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком.

Суть способу пояснюється схематичними матеріалами, де на фігурі 1 зображено:

1. Лапароскоп;
2. Поліхлорвініловий трубчатий дренаж;
3. Збільшений вигляд.

Спосіб виконують наступним чином:

За допомогою ультразвукової діагностики визначають локалізацію патологічного рідинного скупчення та обирають оптимальне місце для доступу; в обраному місті під місцевою інфільтраційною анестезією виконують мінілапаротомний доступ з застосуванням набору «міні-асистент» (розріз 3-4 см), за допомогою лапароскопу (1) виконують ревізію ділянки черевної порожнини, та дренування патологічного рідинного скупчення поліхлорвініловим трубчатим дренажем. Дренування виконують наступним чином: на тубус 10 мм лапароскопа надягають поліхлорвінілову трубку (2) з внутрішнім діаметром 10 мм довжиною 30-35 см зі зрізаним торцевим кінцем під кутом 35° та попередньо вирізаними на бокових стінках трубки 3 - 4 отворами до 3 мм в діаметрі протягом 4-6 см від торцевого краю; через мінілапаротомний доступ, тубус лапароскопа заводять в ділянку локалізації патологічного рідинного скупчення та притримуючи дренажну трубку рукою, тубус лапароскопа витягують з черевної порожнини так, щоб трубка залишилась на місці; дренаж фіксують до шкіри двома лігатурами.

Приклад. Пацієнт Т., історія хвороби №5042, 1938 року народження, госпіталізований в хірургічне відділення 1-ї міської клінічної лікарні м.Полтава у серпні 2009 року з діагнозом: гострий калькульозний флегмонозний холецистит, місцевий серозний перитоніт; ішемічна хвороба серця, кардіосклероз атеросклеротичний, артеріальна гіпертензія, серцева недостатність ІІа. Пацієнт обстежений в ургентному порядку, діагноз підтверджений. 6.08.2009 за життєвими показаннями в ургентному порядку виконана операція – відеолапароскопічна холецистектомія, санація та дренування підпечінкового простору.

Післяопераційний період перші 2 доби протікав типово та відповідав тяжкості перенесеної

операції. Відмічалось незначне підвищення температури тіла (субфебрильні показники), зниження лейкоцитозу та ШОЕ. Хворому проводилась стандартна консервативна терапія (антибактеріальна, інфузійна, спазмолітична терапія, адекватне знеболення). На 3-тю добу післяопераційного періоду пацієнт відмітив появу болю в правому підребер'ї; об'єктивно - явища місцевого перитоніту, при ультразвуковому дослідженні виявлено рідинне скупчення в підпечінковому просторі та наявність виділень по дренажу з домішкою жовчі. Хворий ургентно взятий в операційну, де під місцевою анестезією виконана мінілапаротомія в правому підребер'ї за допомогою набору «міні-асистент», при ревізії лапароскопом з мінілапаротомного доступу виявлено: наявність жовчі в підпечінковому просторі, незначний набряк печінково-дванадцятипалої зв'язки, неспроможність кліпси накладеної на міхурову протоку та підтікання з неї жовчі. Виконано повторне кліпсування міхурової протоки двома кліпсами, після чого підтікання жовчі припинилося. Підпечінковий простір санований розчином антисептика та виконане дренування підпечінкового простору за допомогою поліхлорвінілової трубки діаметром 10 мм, яка надіта на лапароскоп та заведена в підпечінковий простір, притримуючи дренажну трубку лапароскоп видалений. Мінілапаротомна рана пошарово зашита до дренажа, який фіксований лігатурою до шкіри.

У подальшому післяопераційному періоді підтікання жовчі по дренажу не спостерігалось, явища місцевого перитоніту зникли, відбулася нормалізація лабораторних показників (лейкоцити, ШОЕ). Дренаж з підпечінкового простору видалений на 4 добу після повторної операції. Хворого виписано з стаціонару на 10 добу з моменту госпіталізації в задовільному стані.

За запропонованим способом проліковано 11 пацієнтів з гострою хірургічною патологією чи її ускладненнями, що супроводжувалась утворенням патологічних рідинних скупчень. Післяопераційних ускладнень не було. В той же час з 10 хворих пролікованих за способом – найближчого аналогу в 4 хворих у зв'язку з повторною операцією під загальним знеболенням та накладанням карбоксиперитонеуму спостерігався розвиток післяопераційних ускладнень, які супроводжувалися серцевою та дихальною недостатністю, що потребувало інтенсивної терапії та суттєво подовжувало час перебування хворих в стаціонарі.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень та скорочує час перебування хворих в стаціонарі.

Джерела інформації:

1. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. В.С. Савельева - М: «Трида-Х», 2006. - 640с.
2. Томашук И.П., Томашук И.И. Руководство по оперативной технике для начинающих хирургов: Практик. пособие. - К. - 2001. - 846с.
3. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем. Учебно-методическое пособие. Под общ. Ред. Харченко В.П.- Смоленск. - 2005. -192с.

