



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **53073** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ РУЧНОЇ АСИСТЕНЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ З КРОВОТЕЧЕЮ З ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА**

1

2

(21) u201002602

(22) 09.03.2010

(24) 27.09.2010

(46) 27.09.2010, Бюл.№ 18, 2010 р.

(72) ТУТЧЕНКО МИКОЛА ІВАНОВИЧ, РУДИК ДІАНА ВІТАЛІЙВНА, КЛЮЗЬКО ІВАН В'ЯЧЕСЛАВОВИЧ, ІСКРА НАТАЛІЯ ІВАНІВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

(57) Спосіб ручної асистенції у хворих на цироз печінки з кровотечею з варикозно-розширених вен стравоходу та шлунка шляхом створення отвору для введення руки хірурга до осередку захворювання, який **відрізняється** тим, що отвір створюють розтином на 2-3см шкіри нижче мечоподібного відростка довжиною 6-8см, розсікають підшкірно-жирову клітковину, а потім апоневроз, на який накладають 2 ряди кисетних швів, кінці яких зав'язують в верхньому і нижньому кінцях рани на бантик.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може бути використана в клініці для лапароскопічно-асистованих оперативних втручань.

Впровадження в клінічну практику лапароскопічно-асистованих операцій демонструє суттєві переваги в порівнянні з традиційними відкритими методами, що дозволяє уникнути ускладнень, пов'язаних з широким розкриттям черевної порожнини: адже лапаротомія є дуже травматичною. Так, наприклад, у хворих на цироз печінки з ускладненнями портальної гіпертензії, а саме кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу, шлунку, часто лапаротомні оперативні втручання стають непереносимими для декомпенсованих хворих. Лапароскопічно-асистований метод значною мірою розширює можливості лапароскопічних операцій, а також за допомогою ручної асистенції робить дану методику більш безпечною та значно скорочує час його виконання.

Відомим є близький по суті до запропонованого і прийнятий нами за прототип спосіб ручної асистенції хворих, який передбачає використання порту для введення руки хірурга через передню черевну стінку, що забезпечує збереження пневмоперітонеуму при виконанні лапароскопічно-асистованих втручань (система для малоінвазивного доступу, фірми Ethicon endo-surgery), який складається з ретрактору та герметизуючої кришки [1].

Недоліком відомого способу є його досить висока коштовність і неможливість багаторазового використання.

Задачею запропонованої корисної моделі є створення мінілапаротомного доступу для проведення лапароскопічно-асистованих оперативних втручань, який би давав можливість не втрачати карбоксиперітонеум під час маніпуляції рукою хірурга в черевній порожнині.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому Способі ручної асистенції у хворих на цироз печінки з кровотечею з варикозно-розширених вен стравоходу та шлунку, що здійснюється шляхом створення отвору для введення руки хірурга до вогнища захворювання, згідно з запропонованою корисною моделлю, отвір створюють розтином на 2-3см шкіри нижче мечоподібного відростку довжиною 6-8см, розсікають підшкірно-жирову клітковину, а потім апоневроз, на який накладають 2 ряди кисетних швів, кінці яких зав'язують в верхньому і нижньому кінцях рани на бантик.

Спосіб виконують наступним чином: здійснюють розтин шкіри на 2-3см нижче мечоподібного відростку довжиною 6-8см, потім розсікається підшкірно-жирова клітковина, а потім апоневроз, на який накладається 2 ряди кисетних швів (в двох протилежних напрямках на відстані 1-1,5см один від одного). Після встановлення руки хірурга в черевну порожнину кінці кисетних швів зав'язуються в верхньому і нижньому кінцях рани на бантик в залежності від розміру руки хірурга, що попереджує втрату карбоперітонеуму.

Суть корисної моделі пояснюється кресленнями:

Фіг.1 - Схема накладання кисетних швів у взаємно протилежних напрямках;

(19) **UA** (11) **53073** (13) **U**

Фіг.2 - Кінцевий етап формування отвору для ручної асистенції.

Технічним результатом, що досягається запропонованим рішенням є забезпечення можливості проведення складних хірургічних втручань при спрощеному доступі до осередку захворювання.

Доказом ефективності даного способу, який був апробований в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД), можуть бути наведені нижче приклади.

Приклад 1. Хвора Ч., 61 років, історія хвороби №25844, поступила в І хірургічне відділення КМКЛШМД 09.X.2009р., через 12 годин від початку кровотечі з варікозно розширених вен (ВРВ) стравоходу. Після обстеження хворій встановлено діагноз: цироз печінки алкогольної етіології ст. В Child-Pugh. С-м портальної гіпертензії. ВРВ стравоходу II ступеню. ШКК, асцит. Грижа стравохідного отвору діафрагми. В анамнезі 3 рецидиви кровотеч з ВРВ стравоходу. 15.X.2009 року хворій проведено лапароскопічно-асистоване оперативне втручання, яке передбачало кліпування селезінкової артерії, літування лівої шлункової артерії та гілок лівої шлункової вени, електрокоагуляцію коротких шлункових судин, циркулярну апаратну трансекцію стравоходу в ділянці езофагокардіального переходу з фундоплікацією по Нісену. На початку операції з метою створення мінілапаротомного доступу для ручної асистенції, що включало розріз нижче мечоподібного відростка на 2-3см шкіри, підшкірно-жирової клітковини, а також апоневроза довжиною 7см, з накладанням двох кисетних швів, які зав'язувались у верхньому та нижньому кутах апоневрозу, що в подальшому створювало умови для вільної маніпуляції рукою хірурга в черевній порожнині і утримувало карбоксиперітонеум під час операції. Тривалість оперативного втручання склала 2,5 години. Післяопераційних ускладнень виявлено не було. Післяопераційна рана зажила *per grima*. Хвора виписана з стаціонару в задовільному стані на 8 добу післяопераційного періоду.

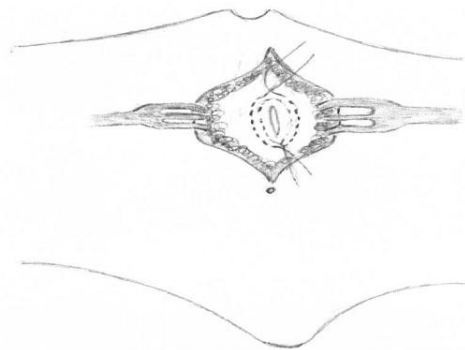
Приклад 2. Хворий Р., 65 років, історія хвороби №26304 госпіталізований в КМКЛШМД 14.10.09 із діагнозом: цироз печінки (алкогольний) ст. С Child-

Pugh, портальна гіпертензія. ВРВ стравоходу II-Ш ступень, портогіпертензивна гастропатія, ШКК. Спленомегалія. Гіперспленізм. ІХС. Коронарокардіосклероз, СН I ст. Хворий поступив з клінікою шлунково-кишкової кровотечі. Виконано обстеження: фіброгастродуоденоскопія - виявлено кровотечу з ВРВ стравоходу. При виконанні оперативного втручання використано запропонований авторами спосіб: з метою утримання карбоксиперітонеума робимо розріз шкіри та підшкірно-жирової клітковини, а також апоневрозу по середній лінії живота нижче на 2-3см від мечоподібного відростка, розміром 6-7см, потім на апоневроз накладається два кисетних шва, які розташовані один від одного на відстані 1-1,5см і зав'язують на бантик в нижньому та верхньому кутах рани після введення руки хірурга в черевну порожнину. Дана методика дає змогу виконувати необхідні маніпуляції рукою, не втрачаючи пневмоперітонеум. Далі хворому виконано лапароскопічно-асистоване оперативне втручання, яке передбачало кліпування селезінкової артерії, літування лівої шлункової артерії та вени, кліпування коротких шлункових вен, трансекцію стравоходу з фундоплікацією по Нісену. Тривалість оперативного втручання склала 3 години 20 хвилин. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Післяопераційна рана зажила *per grima*. Хворий виписаний на 7 день післяопераційного періоду у задовільному стані.

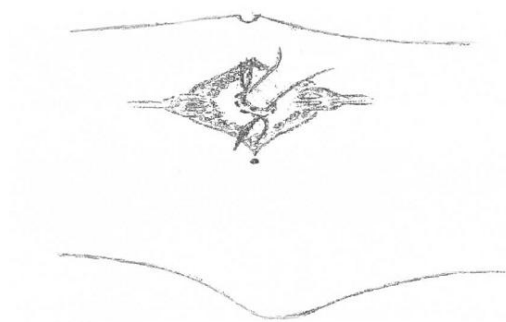
Таким чином експериментально-клінічна апробація заявляемого способу дозволяє забезпечити широке впровадження лапароскопічно-асистоване втручання, так як зберігає переваги малоінвазивної хірургії, що є дуже суттєвим для хворого, а запропонований спосіб виконання мінілапаротомного доступу з двома кисетними швами для ручної асистенції простий у виконанні і за рахунок ручної асистенції дозволяє проводити складні хірургічні втручання, при цьому не втрачаючи карбоксиперітонеум.

Література:

1. Litynski G.S. Endoscopic Surgery: The History, the Pioneers//World J. Surg.-1999. -Vol 23, №8. -P. 745-753.



Фіг. 1



Фиг. 2