



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **84486** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

|   |   |
|---|---|
| (21) Номер заявки: <b>u 2013 04416</b>  | (72) Винахідник(и):<br><b>Капшитар Олександр Васильович (UA)</b>  |
| (22) Дата подання заявки: <b>08.04.2013</b>                                   | (73) Власник(и):<br><b>Капшитар Олександр Васильович,</b><br>вул. Ульянова, 157, кв. 2, м. Запоріжжя,<br>69069 (UA) |
| (24) Дата, з якої є чинними<br>права на корисну<br>модель: <b>25.10.2013</b>  |   |
| (46) Публікація відомостей<br>про видачу патенту: <b>25.10.2013, Бюл.№ 20</b> |   |

## (54) СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЇ ПРИ ГОСТРІЙ ХІРУРГІЧНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З КРАЙНІМИ СТУПЕНЯМИ ОЖИРІННЯ

### (57) Реферат:

Спосіб проведення лапароскопії при гострій хірургічній абдомінальній патології у пацієнтів з крайніми ступенями ожиріння характеризується тим, що перед веденням троакара в проекції лівої нижньої точки Каїк поздовжньо розтинають шкіру та підшкірну клітковину до переднього листка вагіни лівого прямого м'яза живота на довжину, достатню для подальших маніпуляцій троакаром.

**U**  
**UA 84486**



Корисна модель належить до медицини, а саме до невідкладної абдомінальної хірургії, та може бути використана у діагностиці гострих хірургічних захворювань та травматичних пошкоджень органів черевної порожнини.

У світі 20 % населення страждає на ожиріння, а у віці після 40 років - 40-60 %. Тенденція до збільшення людей з ожирінням зростає.

У хірургічній клініці, що займається діагностикою та лікуванням гострих хірургічних захворювань та травматичних пошкоджень органів черевної порожнини, хворі на ожиріння складають від 30 до 46 %. Рання та своєчасна діагностика гострої хірургічної абдомінальної патології у них часто досить утруднена. У зв'язку з цим виникають помилки при виключенні гострої хірургічної абдомінальної патології або хірурги оперують пацієнтів у таких стадіях гострої хірургічної абдомінальної патології, коли їх потрібно було б лікувати консервативними методами. Після шпиталізації хворих з підозрою на гостру хірургічну абдомінальну патологію одні хірурги проводять динамічне спостереження, що за наявності вказаної патології веде до поглиблення патологічних змін в організмі, інші - використовують додаткові методи обстеження з метою уточнення діагнозу і вибору тактики (лабораторно-біохімічні, УЗД, КТ, ГДС, лапароцентез та ін.). Всі додаткові методи обстеження мають межі діагностичних можливостей, за якими, на жаль, починаються помилки. Найбільш ефективним з них є лапароскопія. Втім, при крайніх ступенях ожиріння (III-IV ступені) товщина передньої черевної стінки набагато більша довжини троакара для введення лапароскопа у черевну порожнину, навіть у лівій нижній точці Каїк (на 3 см вниз від пупка по білій лінії живота та на 0,5 см вліво), що унеможлиблює використання цього методу. Поряд з цим хірурги при ожирінні III-IV ступеня взагалі лапароскопію відносять до протипоказань.

В доступній літературі ми не знайшли описання способу лапароскопії у пацієнтів з крайніми ступенями ожиріння. Однак, за даними тільки одного УЗД, КТ, ГДС, лапароцентезу та ін., як описано вище, не завжди можливо встановити точний діагноз у такої категорії хворих, а лапароскопія по діагностичній цінності прирівнюється до діагностичного етапу лапаротомії.

В основу корисної моделі поставлено задачу створення способу проведення лапароскопії у пацієнтів з крайніми ступенями ожиріння, що забезпечить підвищення ефективності діагностики та надійність лікування, унеможливить вище наведені негативні сторони.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі проведення лапароскопії у хворих з крайніми ступенями ожиріння (III-IV ступені) згідно з корисною моделлю, перед веденням троакара в проекції лівої нижньої точки Каїк поздовжньо розтинають шкіру та підшкірну клітковину до переднього листка вагіни лівого прямого м'яза живота на довжину, достатню для подальших маніпуляцій троакаром.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом, полягає у наступному.

У пацієнтів за наявності крайніх ступенів ожиріння (III-IV ступені) розтин шкіри та підшкірної клітковини у проекції лівої нижньої точки Каїк різко зменшує товщину передньої черевної стінки, де буде вводиться троакар для лапароскопа у черевну порожнину та дозволяє це легко зробити. Під час подальшої лапароскопії візуалізують жовчний міхур, печінку, селезінку, шлунок, дванадцятипалу кишку, червоподібний відросток та інші органи черевної порожнини, і після оцінки їх прямих та непрямих лапароскопічних ознак, діагностують гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини, наприклад, гострий апендицит та його форму, холецистит, панкреатит, перфоративну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, травматичні пошкодження печінки, селезінки та ін.

Рання, своєчасна, діагностика гострих хірургічних захворювань та травматичних пошкоджень органів черевної порожнини під час лапароскопії ставить обґрунтовані показання до невідкладної лікувальної операції (лапаротомія, лікувальні лапароскопічні втручання, ендовідеохірургічні операції), або виключає необхідність таких операцій, а також небезпечних марних лапаротомій, і після дренування черевної порожнини дає можливість проводити подальшу консервативну терапію, дозволяє вибрати найбільш оптимальний оперативний доступ.

Лапароскопічна діагностика гострих хірургічних захворювань та травматичних пошкоджень органів черевної порожнини виключає небезпечне динамічне спостереження за хворими, затримку невідкладної операції та можливих негативних наслідків (збільшення різноманітних ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, кількість повторних операцій, грошових витрат, ліжко/дня, летальність).

Як наслідок лапароскопія покращує ранню діагностику гострих хірургічних захворювань та травматичних пошкоджень органів черевної порожнини та результати його лікування.

Спосіб здійснюється таким чином. За наявності крайніх ступенів ожиріння (III-IV ступені) в проекції лівої нижньої точки Каїк (3 см вниз від пупка по білій лінії живота та на 0,5 см вліво) поздовжньо пошарово розтинаємо шкіру та підшкірну клітковину до переднього листка вагіни лівого прямого м'яза живота на довжину, достатню для подальших маніпуляцій троакар.

Лівою рукою, захопивши цапкою за пупок, підтягуємо передню черевну стінку вгору. Після напруження хворим передньої черевної стінки, за умови місцевої анестезії, у лівій нижній точці Каїк обертальними рухами під кутом 45° вводимо троакар для лапароскопа у черевну порожнину, тримаючи його правою рукою. Після видалення стилету троакара накладаємо пневмоперитонеум та вводимо лапароскоп. Виконуємо безпосередній огляд черевної порожнини, за необхідності - додаткові діагностичні маніпуляції під контролем лапароскопа.

Приклад. Хвора М., 60 років знаходилась на лікуванні у неврологічному відділенні 6-ї міської лікарні м. Запоріжжя з 04.02.2013 по 18.02.2013 роки з діагнозом „Ішемічний інсульт у лівій гемисфері. ІХС. Атеросклероз коронарних артерій. Аритмія постійна форма. Н<sub>25</sub>. Гіпертонічна хвороба 3 ступеня, великого ризику. Цукровий діабет. Ожиріння IV ступеня". З 06.02.2013 р. стала жалітися на біль у животі. УЗД та КТ черевної порожнини - патології немає. Двічі оглянута хірургом - гостру хірургічну патологію виключено. Для закінчення лікування 18.02.2013 року переведена у неврологічне відділення КУ „Міська клінічна лікарня № 2" м. Запоріжжя. Незначна біль у нижніх відділах живота залишалась. Ще двічі оглянута хірургами - гостра хірургічна абдомінальна патологія знову виключена. Оглядова рентгенографія грудної та черевної порожнини - патологія відсутня. УЗД-контроль - незначна кількість рідини біля жовчного міхура. Оглянута консиліумом 21.02.2013 р. Скарги хворої на незначний тупий біль в животі, сухість у роті, слабкість. Язик сухий. Пульс 130 уд./хв. АТ 130/80 мм. рт.ст. Температура тіла 37,4°C. Живіт рівномірно збільшений, „фартук" з підшкірно-жирової клітковини в нижній частині живота опустився до верхньої третини стегон. При пальпації живіт м'який, мало болючий у правій пахвинній ділянці та правій мезогастральній, де чітко виявляється щільний нерухомий інфільтрат 8x8 см. Живіт менш болючий над лоном. Симптом Щоткіна негативний. Перистальтика кишечника відсутня. По катетеру Folley з сечового міхура надходить кров. Загальний аналіз крові: Hb 119 г/л, Eг 3,84x10<sup>12</sup>/л, L 17,0x10<sup>9</sup>/л, ю - 2%, п - 52%, с - 14%, л - 25%, м - 7%. Загальний аналіз сечі: колір - бурий, прозорість - каламутна, білок - 3,3 г/л, питома вага - 1010, еритроцити не змінені на все поле зору. Діастаза сечі 8 од. Консиліумом встановлений діагноз „Апендикулярний абсцес? Некротичний цистит. Ожиріння IV ступеня. Ішемічний інсульт у лівій гемисфері, гострий період. ІХС. Атеросклероз коронарних артерій. Аритмія постійна форма. Н<sub>25</sub>. Гіпертонічна хвороба 3 ступеня, великого ризику. Цукровий діабет".

Для уточнення діагнозу виконана лапароскопія. Під місцевою анестезією розчином новокаїну 0,25% - 80 мл неодноразові спроби ввести у черевну порожнину троакар для лапароскопа у лівій нижній точці Каїк (3 см вниз від пупка по білій лінії живота та на 0,5 см вліво) не мали успіху у зв'язку зі значно меншою довжиною троакара у порівнянні з товщиною передньої черевної стінки. Додаткова місцева анестезія розчином новокаїну 0,25% - 150 мл шкіри та підшкірної клітковини. В проекції лівої нижньої точки Каїк поздовжньо пошарово розітнули шкіру та підшкірну клітковину до переднього листка вагіни лівого прямого м'яза живота на довжину, достатню для подальших маніпуляцій троакар. Лівою рукою, захопивши цапкою за пупок, підтягли передню черевну стінку вгору. Після напруження хворим передньої черевної стінки, за умови місцевої анестезії, у лівій нижній точці Каїк обертальними рухами під кутом 45° ввели троакар для лапароскопа у черевну порожнину, тримаючи його правою рукою. Після видалення стилета троакара наклали пневмоперитонеум O<sub>2</sub> та ввели лапароскоп. Оглядовий та прицільний огляд. Печінка на 6 см виступає з-під краю правої реберної дуги, край закруглений, темно-вишневого кольору, м'яка, капсула тьмяна. Від S<sub>6</sub> печінки до передньої черевної стінки фіксований пласт фібрину. Великий сальник пухкими зрощеннями фіксований до бокових стінок живота, покриває органи черевної порожнини та унеможливорює їх візуалізацію. Після поліпозиційного огляду між печінкою та правою боковою стінкою грудної клітки, а також вздовж лівої бокової стінки живота з'явився гнійно-фібринозний випіт. Запальний інфільтрат, покритий великим сальником у правій пахвинній ділянці та правій мезогастральній, фіксований до передньої черевної стінки. Лапароскопічний діагноз „Апендикулярний абсцес. Розлитий гнійно-фібринозний перитоніт. Ожиріння IV ступеня". Встановлені показання до невідкладної лапаротомії.

Після короткочасної підготовки виконана операція. Середина лапаротомія, ревзія. Діагностований спонтанний розрив сечового міхура по передній стінці та правій боковій завдовжки 12 см, паравезикальний запальний інфільтрат, розлитий гнійно-фібринозний перитоніт, хронічний гепатит, гепатомегалія, фіброміома матки, некротичний цистит, абдомінальний сепсис, ожиріння IV ступеня. Виконано переміщення вмісту тонкого кишечника у

шлунок з подальшим його видаленням по назогастральному зонду, зашивання розриву сечового міхура, санація та дренування черевної порожнини та малого таза, передміхурового простору, введення катетера у брижейку кишечника для пролонгованого введення розчину новокаїну після операції. Лапаротомна рана зашита.

5 Післяопераційний перебіг важкий. Спонтанне дихання було неможливим, у зв'язку з чим весь час проводилась штучна вентиляція легенів. Продовжувалась повноцінна комплексна консервативна терапія. Консультована невропатологом, терапевтом. Незважаючи на лікування наступив летальний наслідок 27.02.2013 р. Під час проведення секції клінічний діагноз підтверджений та додатково діагностований повторний інсульт.

10

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб проведення лапароскопії при гострій хірургічній абдомінальній патології у пацієнтів з крайніми ступенями ожиріння, який характеризується тим, що перед веденням троакара в проекції лівої нижньої точки Каїк поздовжньо розтинають шкіру та підшкірну клітковину до переднього листка вагіни лівого прямого м'яза живота на довжину, достатню для подальших маніпуляцій троакаром.

15

---

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601