



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50111 (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 ФОРМУВАННЯ СТАБІЛЬНОГО ПОРТУ ДЛЯ ДИНАМІЧНИХ САНАЦІЙНИХ ЛАПАРОСКОПІЙ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

1

2

(21) u200912493

(22) 03.12.2009

(24) 25.05.2010

(46) 25.05.2010, Бюл.№ 10, 2010 р.

(72) ШЕЙКО ВОЛОДИМИР ДМИТРОВИЧ, СИТНИК  
ДМИТРО АНАТОЛІЙОВИЧ

(73) ШЕЙКО ВОЛОДИМИР ДМИТРОВИЧ, СИТНИК  
ДМИТРО АНАТОЛІЙОВИЧ

(57) Спосіб формування стабільного порту для динамічних санаційних лапароскопій черевної порожнини, що включає первинну санацію та дренажування черевної порожнини серединним лапарото-

мом доступом, під час якого створюється канал для подальших програмованих лапароскопічних санацій, який **відрізняється** тим, що в післяопераційній рані не залишається гільза-порт, а канал формується зліва або справа від пупка (контралатерально від зони санації) по зовнішньому краю прямого м'яза живота на поліхлорвінілової трубіці  $d = 0,5$  см, один кінець якої фіксується назовні каналу, другий - через черевну порожнину виводиться і фіксується в дренажному каналі з протилежного боку черевної стінки.

Запропонований спосіб відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії і може бути використаний при лапароскопічній санації черевної порожнини.

Відомо декілька способів формування стабільного порту для лапароскопічної санації черевної порожнини. Існує метод VISIPORT Plus RPF Auto Suture, який забезпечує постійний візуальний контроль при створенні ендоскопічного доступу. Зібраний в систему з лапароскопом відеотроакар ставиться в підшкірну клітковину в ділянці розрізу і при деякому тиску на черевну стінку кілька разів натискається курок. З кожним натисненням пошарово розтинаються тканини. При цьому хірург спостерігає на екрані монітора всі структури у міру їх проходження. Підійшовши впритул до очеревини хірург візуально може оцінити наявність або відсутність припаяної кишки. Переконавшись у відсутності підпаяних органів троакар вводиться в черевну порожнину і далі вже під візуальним контролем лапароскопа вибираються ділянки проколів решти троакарів (Оптический троакар 10,5мм (VISIPORT) // РАСМЕД - медицинское оборудование и шовный материал: Информация для специалистов [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://rasmed.ru/catalog.html?s=41&n=41>).

Недоліком цього способу є те, що обладнання дороге, та не завжди доступне при формуванні порту в екстремній ситуації, а в умовах перитоніту парієтальна очеревина втрачає прозорість, що може призвести до травмування органів черевної порожнини, які підпаяні до очеревини.

Найбільш близьким до запропонованого є метод, коли після первинного оперативного втручання, яке складається з лапаротомії та санації черевної порожнини, в ділянці серединної лапаротомної рани вшивається металева або пластикова гільза. Ця гільза слугує для створення карбоксиперитонеума та введення лапароскопа для динамічних лапароскопічних санацій (Лобаков А.И. Применение программированных лапароскопических санаций брюшной полости в лечении больных с распространенным перитонитом / Лобаков А.И., Захаров Ю.И., Филижанко В.П., Фомин А.М. // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии»: Мат. конгр. - Ростов-на-Дону, 2005. - С.79).

Ключовим недоліком способу є постановка порту в ділянці лапаротомної рани, що сприяє з одного боку, поганому загоюванню рани з можливим інфікуванням та розвитком евентерації, а з другого - послідовним утворенням післяопераційної вентральної грижі.

В основу корисної моделі поставлено завдання розробити спосіб формування порту для динамічних лапароскопічних санацій черевної порожнини, шляхом удосконалення відомого досягати формування порту через прямий м'яз живота, минаючи лапаротомну рану, що покращить загоєння лапаротомної рани, зменшить вірогідність нагноєння та дозволить попередити розвиток післяопераційної вентральної грижі.

Поставлене завдання вирішують створенням способу формування стабільного порту для дина-

(19) UA (11) 50111 (13) U

мічних санаційних лапароскопій черевної порожнини, що включає первинну санацію та дренування черевної порожнини. Порт формується окремим проколом передньої черевної стінки по зовнішньому краю прямого м'язу живота на рівні пупка з протилежного боку від серединної лінії відносно зони, яка підлягає санації. Через прокол проводиться поліхлорвінілова (ПВХ) трубка діаметром 0,5см, другий кінець якої виводиться через дренажний отвір у здухвинній ділянці назовні.

Запропонований спосіб формування стабільного порту для динамічних лапароскопічних санацій схематично зображено на фіг. 1, де:

1. - верхньосерединна лапаротомія ;
2. - отвір по зовнішньому краю прямого м'язу, через який виводиться ПВХ трубка (d = 0,5см);
3. - пупок;
4. - ПВХ трубка (d = 0,5см), для формування порту;
5. - контрапертура для дренажів;
6. - перфорована ПВХ трубка (d = 0,5см), для дренування порожнини малого тазу.

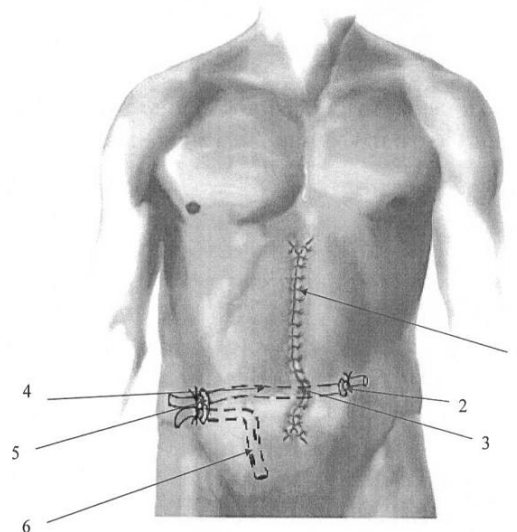
Запропонований спосіб здійснюється наступним чином:

Проводиться первинна санація черевної порожнини (6), доступом верхньосерединна лапаротомія (1) та її дренування з 4-5 типових контрапертур. Порт формується окремим проколом передньої черевної стінки по зовнішньому краю прямого м'язу живота (2) на рівні пупка (3) з протилежного боку від серединної лінії відносно зони, яка підлягає санації. Через прокол проводиться ПВХ трубка (d = 0,5см) (4), другий кінець якої виводиться через дренажний отвір у здухвинній ді-

лянці (5) назовні. Дана трубка фіксується до шкіри з обох боків виведення із черевної порожнини. Закривається стерильними марлевими серветками.

При проведенні етапної динамічної лапароскопічної санації черевної порожнини через апертуру ПВХ трубки по зовнішньому краю прямого м'язу живота за трубою заводиться маніпулятор-затискач, по якому потім заводиться гільза порта. Всі дренажні трубки перетискуються і через порт створюється карбоксиперитонеум. Заводиться відеолапароскоп, та через окремі проколи під візуальним контролем іригатор-відсмокчувач та маніпулятори для лапароскопічної санації. По завершенню санації ПВХ трубка виводиться через апертуру по описаній вище методиці, при необхідності подальших програмованих санацій.

Запропонований спосіб формування стабільного порту для динамічних лапароскопічних санацій черевної порожнини використовується для забезпечення етапних лапароскопічних санацій порожнини живота при задавненому та термінальному перитоніті, обмеженому 1-3 відділами черевної порожнини, з фіксованими гнійно-фібринними нашаруваннями на органах і черевній стінці, абсцесах черевної порожнини з фіксованими гнійно-фібринними нашаруваннями на кишечнику, рецидивуючих перфораціях порожнистих органів після їх попереднього хірургічного лікування, при наявності у черевній порожнині органів, що перебувають у стані парабіозу (анастомози після резекцій сегментів кишечника при мезентеріальному тромбозі, вогнепальних пораненнях).



Фиг. 1