



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38959 (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 ЗАКРИТТЯ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ЛАПАРОСТОМІЇ

1

2

(21) u200811004

(22) 09.09.2008

(24) 26.01.2009

(46) 26.01.2009, Бюл.№ 2, 2009 р.

(72) ШЕЙКО ВОЛОДИМИР ДМИТРОВИЧ, UA, СИ-
ТНИК ДМИТРО АНАТОЛІЙОВИЧ, UA

(73) ШЕЙКО ВОЛОДИМИР ДМИТРОВИЧ, UA, СИ-
ТНИК ДМИТРО АНАТОЛІЙОВИЧ, UA

(57) Спосіб закриття черевної стінки при лапарос-
томії, що включає санацію та дренажування черевної

порожнини, накладання швів, який **відрізняється** тим, що як лігатури використовують поліхлорвінілові трубки діаметром 0,5 см, формують отвори, що перфорують всі шари черевної стінки з обох країв операційної рани на відстані 5-7 см один від одного, та посегментно шнують поліхлорвініловими трубками передню черевну стінку двома або трьома Z-подібними швами залежно від довжини рани.

Запропонований спосіб відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії і може бути використаний при тимчасовому закритті черевної стінки при лапаростомії.

Відомо декілька способів закриття черевної порожнини при лапаростомії. У 1985 році W.Teichmann із співробітниками запропонували застосувати "застібку-блискавку", як методику тимчасового закриття черевної порожнини. По всій довжині лапаротомної рани П-подібними швами вона фіксується до шкіри і апоневрозу з поліхлорвініловою трубкою для проточного дренажування [Годлевський А.І., Шапринський В.О. Післяопераційний перитоніт. - Вінниця: Видавництво Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова, 2001. - С.41].

Недоліком цього способу є те, що фіксація та наступне зняття "застібки-блискавки" потребує багато часу, крім того ретельне підшивання "застібки-блискавки" до країв рани в умовах перитоніту сприяє збільшенню некробіотичної деструкції стінок рани.

Найбільш близьким до запропонованого є "метод-сендвіча" [V.Schein et al., 1986]. При цьому методі петлі кишок вкриваються стерильною перфорованою поліетиленовою плівкою, на яку кладуть марлевий тампон, змочений поліглюкіном і розчином антибіотиків. Кінці плівково-марлевого матрексу виводять за краї лапаротомної рани до бокових фланків черевної порожнини на 1,5-2см. З обох боків від лапаротомної рани накладають кільцеподібні шви, прошиваючи черевну стінку на всю глибину, за виключенням очеревини. Ці шви зав'язують на гумових трубках. Поперечними ліга-

турами шви зближають до відстані 1,5-2см. Шви зав'язують на "бантики". Поверх рани кладуть ще один тампон змочений антисептиком [Годлевський А.І., Шапринський В.О. Післяопераційний перитоніт. - Вінниця: Видавництво Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова, 2001. - С.200].

Ключовим недоліком способу є використання непластичних лігатур, які сприяють з одного боку, травмуванню черевної стінки за типом прорізування швів після повторних санацій черевної порожнини, з другого - сприяє підвищенню внутрішньочеревного тиску, та супроводжується розвитком абдомінального компартмент синдрому.

В основу корисної моделі поставлено завдання розробити спосіб тимчасового закриття черевної стінки, шляхом удосконалення відомого досягти зменшення часу відкриття та закриття черевної порожнини під час її санації, зниження травмування черевної стінки за типом прорізування швів після повторних санацій черевної порожнини та запобігання підвищенню внутрішньочеревного тиску.

Поставлене завдання вирішують створенням способу закриття черевної стінки при лапаростомії, що включає санацію та дренажування черевної порожнини, накладання швів, який, згідно корисної моделі, відрізняється використанням як лігатур поліхлорвінілових трубок діаметром 0,5см, формуванням отворів, що перфорують всі шари черевної стінки з обох країв операційної рани на відстані 5-7см один від одного та посегментним шнуванням поліхлорвініловими трубками передньої черевної стінки двома або трьома Z-подібними швами залежно від довжини рани, завдяки чому створю-

(13) U

(11) 38959

(19) UA

ється можливість найбільш оптимального розподілення внутрішньочеревного тиску по всій черевній порожнині.

Запропонований спосіб закриття черевної стінки при лапаростомії схематично зображено на Фіг.1, де:

1. - отвори, що перфоруєть всі шари черевної стінки;

2. - целофанова плівка;

3. - поліхлорвінілова (ПХВ) трубка (d=0,5см);

4. - марлева серветка.

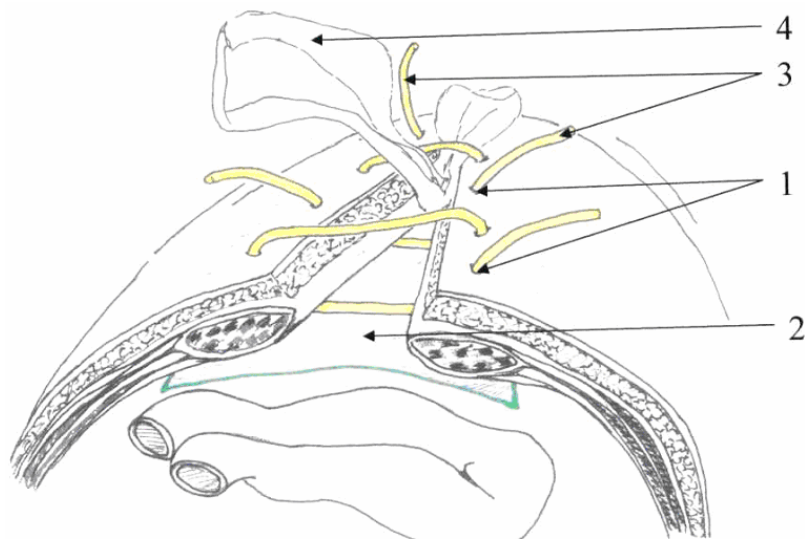
Запропонований спосіб здійснюється наступним чином:

Проводиться санація черевної порожнини та її дренажування з 4-5 типових контрапертур. Формуються отвори (1), що перфоруєть всі шари черевної стінки через прямий м'яз живота з обох країв операційної рани на відстані 5-7см один від одного. Стерильною целофановою плівкою (2) накриваються органи. Через сформовані отвори проводиться поліхлорвінілова (ПХВ) трубка (d=0,5см) (3) для по-сегментного шнурування рани двома або трьома Z-подібними швами в залежності від дов-

жини рани. В рану черевної стінки вводиться марлева серветка (4) з водорозчинною маззю. Закриття операційної рани здійснюється зав'язуванням поліхлорвінілових трубок.

При проведенні етапної санації черевної порожнини Z-подібні шви дозволяють за 3-5сек. відкрити черевну порожнину, а після її проведення за 10-15сек. закрити лапаростому.

Запропонований спосіб тимчасового закриття черевної порожнини використовується для забезпечення етапних санацій порожнини живота при давньому та термінальному перитоніті з фіксованими гнійно-фібринними нашаруваннями на органах і черевній стінці, множинних 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, анастомози та шви кишечника при його контузії).



Фіг.