



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51170 (13) U
(51) МПК
A61B 1/015 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

1

2

(21) u200912684

(22) 07.12.2009

(24) 12.07.2010

(46) 12.07.2010, Бюл.№ 13, 2010 р.

(72) БОНДАРЧУК ОЛЕГ ІВАНОВИЧ, ВОРОВСЬКИЙ ОЛЕГ ОЛЕГОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб дренування черевної порожнини при лапароскопічних операціях, що передбачає виведення дренажу через черевну стінку, який **відрізняється** тим, що дренаж виводять по задній аксилярній лінії вище печінкового чи селезінкового кута товстої кишки.

Корисна модель відноситься до хірургії та використовується при проведенні дренування черевної порожнини при виконанні лапароскопічних операцій.

Найближчим до корисної моделі є спосіб дренування черевної порожнини при гострому деструктивному панкреатиті (Избранные лекции по эндоскопической хирургии / Под редакцией академика В.Д. Федорова. - СПб.: ООО Фирма "КОСТА", 2004. - с.178-179), який полягає в тому, що дренажі встановлюють у точках введення троакарів: на 1см нижче пупка по середній лінії проводять дренаж в правий боковий канал черевної порожнини; по передній аксилярній лінії на 2см нижче правої реберної дуги проводять дренаж у підпечінковий простір до Вінслєвого отвору; по передній аксилярній лінії на 2см нижче лівої реберної дуги проводять дренаж у сальникову сумку; по передній аксилярній лінії на 9-10см нижче правої реберної дуги проводять дренаж в правий боковий канал черевної порожнини; по передній аксилярній лінії на 9-10см нижче лівої реберної дуги проводять дренаж у таз.

Проте при такому розташуванні дренажів недостатньо повно здійснюється пасивна евакуація вмісту черевної порожнини, який знаходиться нижче рівня розташування пункційних отворів черевної стінки. Активне дренування призводить до швидкого порушення евакуації вмісту черевної порожнини внаслідок присмоктування до отворів дренажу оточуючих тканин або органів, що в подальшому призводить до його інфікування та розвитку абсцесу.

В основу корисної моделі поставлено завдання забезпечити достатню пасивну евакуацію вільного вмісту черевної порожнини шляхом розташу-

вання отворів для проведення дренажів нарівні нижньої площини черевної порожнини.

Поставлене завдання досягається тим, що в способі дренування черевної порожнини, який включає виведення дренажу через черевну стінку, причому згідно корисної моделі, дренаж виводять по задній аксилярній лінії вище печінкового чи селезінкового кута товстої кишки.

Спосіб здійснюється таким чином. Під час виконання лапароскопічної операції пацієнта повертають на лівий бік з валиком під поперековою областю. Правий нижній край печінки зміщують до верху. Оглядають парієнтальний листок очеревини в області печінкового кута ободової кишки. Вибирають точку вище на 3-5 см ободової кишки по проекції задньої аксилярної лінії і на 2 см нижче проекції реберної дуги. Через цю точку проводять пункцію бокової стінки живота з боку черевної порожнини. По мірі випинання шкіри над стилетом троакара останню розсікають на 1-2 см і кінець троакару виводять назовні. Стилет витягують. В просвіт трубки троакару вводять дренаж і вкладають його у відповідний відділ, наприклад, підпечінковий простір під візуальним контролем. Дренаж фіксують до шкіри. Потім, при потребі, пацієнта повертають на правий бік з валиком під поперековою областю. Оглядають парієнтальний листок очеревини в області селезінкового кута ободової кишки. Вибирають точку вище на 3-5 см ободової кишки по проекції задньої аксилярної лінії і на 2 см нижче проекції реберної дуги. Через цю точку проводять пункцію бокової стінки живота з боку черевної порожнини. По мірі випинання шкіри над стилетом троакара останню розсікають на 1-2 см і кінець троакару виводять назовні. Стилет витягують. В просвіт трубки троакару вводять дренаж і вкладають його у відповідний відділ, наприклад,

(19) UA (11) 51170 (13) U

підпечінковий простір під візуальним контролем. Дренаж фіксують до шкіри

Кількість дренажів і їх розташування диктується відповідною патологією і станом черевної порожнини.

Приклад. Хворому К., з приводу гострого важкого панкреатиту, ускладненого ферментативним перитонітом, що виник в наслідок передньої розгерметизації протокової системи підшлункової залози, виконана лапароскопічна санація черевної порожнини. Після цього проведено дренивання підпечінкового простору до Вінслєвого отвору та правого бокового каналу через точку по задній аксиллярній лінії на 2 см нижче лівої реберної дуги по запропонованій методиці. Дренивання черевної порожнини проводили протягом 2-х діб. Критерієм видалення дренажів було зменшення виділень з

черевної порожнини до 20 мл вмісту за добу. При цьому, під УЗ - контролем не було виявлено накопичення рідини в підпечінковому просторі, малому тазі, бокових каналах черевної порожнини. Дренажі забезпечували пасивне видалення рідини, не потребували використання додаткових пристроїв чи апаратів для проведення активної евакуації.

Експериментально-клінічне впровадження запропонованого способу проведено на базі хірургічного відділення обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни м. Вінниці на 56 хворих. Безпосередні та віддалені результати простежені у 52 (92,9 %) хворих, оцінені за шкалою Visick як добрі.

Таким чином, запропонований спосіб забезпечує достатню пасивну евакуацію вільного вмісту черевної порожнини.