



УКРАЇНА

(19) UA
(51) МПК

(11) 108752

(13) U

A61B 17/42 (2006.01)

A61B 1/313 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

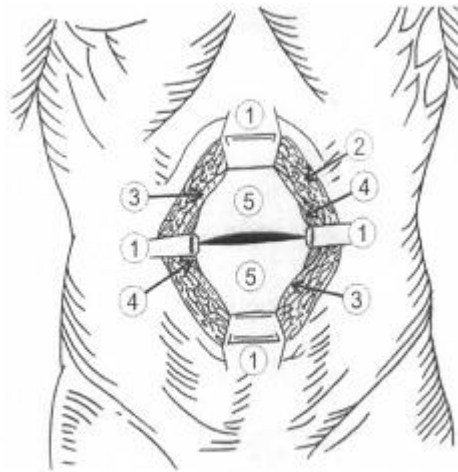
(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 01639	(72) Винахідник(и): Петрушенко Вікторія Вікторівна (UA), Власов Василь Володимирович (UA), Просвітлюк Петро Васильович (UA), Калиновський Сергій Валерійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 22.02.2016	(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.07.2016	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.07.2016, Бюл.№ 14	

(54) СПОСІБ ПОПЕРЕЧНОЇ ЛАПАРОТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб поперечної лапаротомії шляхом поперечного розрізу стінки живота, що передбачає поперечний розріз шкіри і підшкірно-жирової клітковини, поперечний розтин білої лінії живота, до внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої і задньої пластинок піхви прямих м'язів живота з обох сторін аж до зовнішніх країв прямих м'язів живота, поперечної фасції і парієтальної очеревини. Прямі м'язи живота відводять гачками вбік без їх перетискання.



Фіг. 3

UA 108752 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, та може використовуватись у тих випадках, коли виконується оперативне втручання на органах черевної порожнини.

Відомий метод поперечної лапаротомії [Оперативная хирургия. Под общей ред. проф. И. Литмана. Издание на русском языке под ред. проф. М.Н. Аничкова. - Будапешт: Изд. АН Венгрии. - 1981. - С. 322-323]. Суть методу полягає в тому, що виконується поперечний розріз шкіри від бокового краю одного прямого м'яза живота до бокового краю другого. Розтинається передній листок піхви цих м'язів, обидва їх черевця, а потім задній листок їх піхви разом із поперечною фасцією та парієтальною очеревиною. Між двома лігатурами перерізається і кругла зв'язка печінки. Поперечна лапаротомія краще серединної лапаротомії. Поперечну лапаротомію можна перетворити у тораколапаротомію або в тотальну поперечну лапаротомію. Усі ці види доступів, як правило, не пошкоджують і нерви, що іннервують ці м'язи, і такі розрізи після зашивання загоюються з добрим, міцним рубцем. Також відомий поперечний розріз Шпренгеля (Sprengel) [Войленко В.Н. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости [Електронний ресурс] / В.Н. Войленко, А.И. Меделян, В.М. Омельченко // Медицина. - 1965. - Режим доступу до ресурсу: http://uroweb.ru/catalog/med_lib/oper_atl/chapter_07_01.htm.], який виконують вище пупка з пересіченням обох прямих м'язів живота. Недоліком поперечної лапаротомії є пошкодження прямих м'язів живота, що подовжує час фізичної реабілітації хворого.

В основу корисної моделі поставлено задачу виконання поперечної лапаротомії, шляхом поперечного розрізу передньої черевної стінки, який би дозволив максимально зберегти цілісність апоневрозу білої лінії живота та прямих м'язів живота під час оперативних втручань на органах черевної порожнини.

Для вирішення цієї задачі в способі поперечної лапаротомії, шляхом виконання поперечного розрізу передньої черевної стінки, передбачається поперечний розтин білої лінії живота, передньої і задньої пластинок піхви прямого м'яза живота з обох сторін, аж до зовнішніх країв прямих м'язів живота без їх перетину.

На фіг. 1 - поперечний розтин шкіри; на фіг. 2 - розведення країв передньої пластинки піхви ПМЖ; на фіг. 3 - відведення вбік ПМЖ та розтин задньої пластинки піхви ПМЖ; на фіг. 4 - загальний вигляд поперечної лапаротомної рани.

Спосіб виконують наступним чином. На вибраному рівні розтинається поперечно, до серединної лінії тіла, шкіра, підшкірна жирова клітковина, біла лінія живота і передня пластинка піхви прямого м'яза живота до бічного його краю з обох сторін (фіг. 1). Гачками Фарабефа (1) шкіра, підшкірна жирова клітковина (2) і передня пластинка піхви прямого м'яза живота (3) відводяться вниз та вгору, тим самим утворюється доступ до прямих м'язів живота (4, фіг. 2). Гачками Фарабефа прямі м'язи живота відводяться вбік, тим самим утворюється доступ до задньої пластинки піхви прямого м'яза живота (5, фіг. 3). Далі поперечно розтинається задня пластинка піхви прямого м'яза живота і парієтальна очеревина з обох боків, перетинається і лігується кругла зв'язка печінки. Розводячи краї задньої пластинки піхви ПМЖ і очеревини (фіг. 4), ми отримуємо лапаротомну рану достатніх розмірів для маніпуляцій (6). Після виконання операції, доступ зашивається пошарово за допомогою неперервного шва.

Приклад

Хвора В., 57 років, госпіталізована 10.12.2012 року в хірургічне відділення зі скаргами на приступи болю в правій підреберній ділянці, нудоту, блювання, загальну слабкість. Хворіє ЖКХ, хронічним калькульозним холециститом більше 5 років, стан погіршився після порушення дієти.

Об'єктивно: стан хворої задовільний. Колір шкіри звичайний. Правильної статури, підвищеного харчування. Пульс - 88 в 1 хв, ритмічний. АТ-130/70 мм рт. ст. Язик вологий, чистий. Живіт симетричний, м'який, дещо болючий в правій підреберній ділянці. Позитивний симптом Ортнера та Мерфі. Печінка та селезінка не збільшені. Хвора обстежена (УЗД, флюорографія, ГФДС). УЗД висновок: ЖКХ. Хронічний калькульозний холецистит в стадії загострення.

11.12.2012 року під ендотрахеальним наркозом, через відмову хворої від лапароскопічної холецистектомії, їй виконана операція: поперечна лапаротомія на рівні 1. bicostalis. Виконано розріз шкіри, підшкірно-жирової клітковини, візуалізовано білу лінію і передню пластинку піхви прямих м'язів живота. Білу лінію живота розрізано до внутрішнього краю прямих м'язів живота. Далі поперечно розрізані передні пластинки піхви прямих м'язів живота. Прямі м'язи живота відведено гачками вбік. Задні пластинки піхви прямих м'язів живота розрізані поперечним розрізом. Рану розведено гачками, що дозволило без труднощів маніпулювати в черевній порожнині та виконати антеградну холецистектомію. Очеревину і задню пластинку піхви прямих м'язів живота зашито. Окремо зашито передні пластинки піхви прямого м'яза живота. Зашито білу лінію живота. Шкіра та підшкірна клітковина пошарово зашиті з накладанням внутрішньо-

шкірного шва. Асептична пов'язка. Перебіг в післяопераційний період без ускладнень. На 14 день знято внутрішньо-шкірний шов. Рана загоїлась первинним натягом. Через 8 днів після операції хвору виписано.

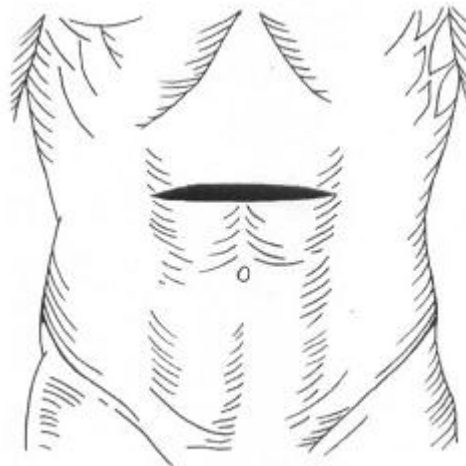
Хвору оглянуто через 3 роки, скарг не виказує, післяопераційної вентральної грижі немає.

5

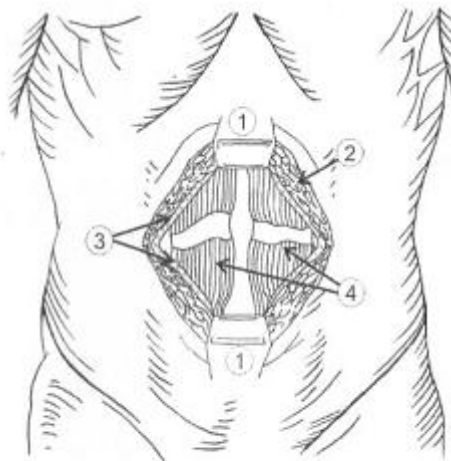
ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

10

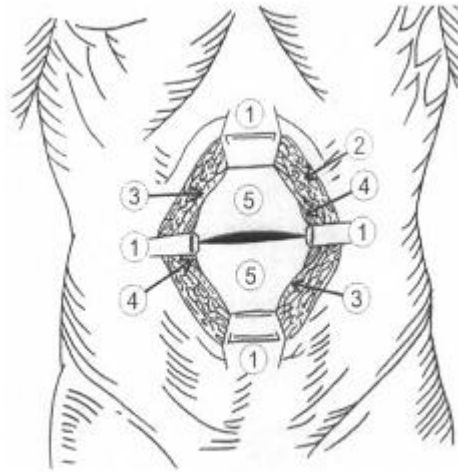
Спосіб поперечної лапаротомії, шляхом поперечного розрізу стінки живота, що передбачає поперечний розріз шкіри і підшкірно-жирової клітковини, поперечний розтин білої лінії живота, до внутрішніх країв прямих м'язів живота, передньої і задньої пластинок піхви прямих м'язів живота з обох сторін аж до зовнішніх країв прямих м'язів живота, поперечної фасції і парієтальної очеревини, який **відрізняється** тим, що прямі м'язи живота відводять гачками вбік без їх перетискання.



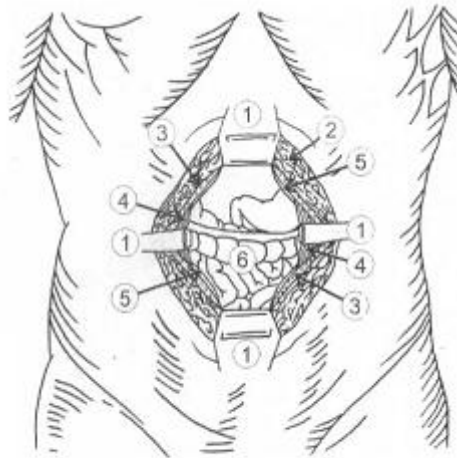
Фіг. 1



Фіг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

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