



Республика Таджикистан

(19) **TJ** ⁽¹¹⁾ **762**
(51)МПК А61В17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1500987

(22) 10.11.2015

(46) Бюл. 117, 2015

(71) Махмадов Ф.И.(ТJ); Гафуров Ф.Б.(ТJ);
Рахмонов Ш. Дж.(ТJ); Собиров А.Дж. (ТJ);
Халимов Дж.С.(ТJ); Нуоров З.Х.(ТJ);
Восиев А.С. (ТJ).

(72) Махмадов Ф.И.(ТJ); Гафуров Ф.Б.(ТJ);
Рахмонов Ш. Дж.(ТJ); Собиров А.Дж. (ТJ);
Халимов Дж.С.(ТJ); Нуоров З.Х.(ТJ);
Восиев А.С. (ТJ).

(73) Махмадов Ф.И.(ТJ); Нуоров З.Х.(ТJ);
Восиев А.С. (ТJ); Собиров А.Дж. (ТJ);
Рахмонов Ш. Дж.(ТJ); Халимов Дж.С.(ТJ);
Гафуров Ф.Б. (ТJ).

**(54) СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕ-
СКОГО ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУ-
ЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА.**

(56) 1. Беляева О.А. Чрескожные навигационные
вмешательства у детей с абсцессами брюшной
полости / О.А. Беляева, В.М. Розинов, А.В. Золо-

тарева// Украинский журнал хирургии. – 2012. –
№4 (19). – С.10- 23.

(57) Изобретение относится к медицине, а точнее
к абдоминальной хирургии, и может быть исполь-
зовано для лапароскопического лечения аппенди-
кулярного перитонита.

Аппендэктомия, достижение высокого сана-
ционного эффекта брюшной полости антисепти-
ческим раствором декасана и дренирование аппен-
дикулярного перитонита лапароскопическим спо-
собом, а также профилактика послеоперационных
гнойно-септических осложнений применением
препарата Тиенам, позволяет сокращать пребыва-
ние больных и, тем самым улучшить результаты
хирургического лечения тяжелого контингента
больных.

Изобретение относится к медицине, а точнее к абдоминальной хирургии, и может быть использовано для лапароскопического лечения аппендикулярного перитонита.

Прототипом является способ лапароскопического лечения аппендикулярного перитонита [1]. в себя санация и дренирование брюшной полости с помощью лапароскопа. При этом полость абсцесса промывалась 1% раствором диоксида в разведении 1:10 до чистых вод, с обязательным контролем за объемом видимой жидкости. В отмытую полость гнойника вводился антибиотик широкого спектра действия или 1% раствор диоксида с экспозицией 10–15 минут и последующей эвакуацией раствора.

К нежелательным эффектам относят малая эффективность антисептических растворов, что негативно влияет на частоту послеоперационных осложнений [1].

Цель изобретения – Лапароскопическое лечение аппендикулярного перитонита.

Поставленная цель достигается проведением лапароскопических вмешательств.

Способ осуществляется следующим образом: При выявлении больных с аппендикулярным перитонитом, ставили показания к лапароскопической санации брюшной полости, т.е. выполнение лапароскопической аппендэктомии, с дренированием брюшной полости и профилактики, послеоперационных гнойно-септических осложнений, которая позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения тяжелого контингента больных. Операцию проводили под общим комбинированным обезболиванием с искусственной вентиляцией легких. Лапароскопическую санацию осуществляли лапароскопом фирмы «Lawton» (Германия). Для дренирования брюшной полости использовали одноразовые дренажные системы фирмы Cook-Huisman, DUAN, Malecot (Дания), а для профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений антибиотик широкого спектра действия – Тиенам.

С целью профилактики гнойно-септических осложнений за 30 минут до начала операции больным вводили внутривенно 1,0 гр. Тиенам. В предоперационном периоде у больных с выраженными признаками интоксикации и гиповолемии проводилась кратковременная предоперационная инфузионная подготовка.

В частности (51,0% случаях) обработка культи червеобразного отростка производилась лигатурным методом. Погружение культи червеобразного отростка осуществляли у – 45,2% больных с использованием отдельных узловых швов, у больных с явлениями тифлита и воспалительными изменениями у основания отростка. Пересечение а. appendicularis обычно производилось вместе с брыжейкой червеобразного отростка путем их коагуляции без дополнительного лигирования и клипирования. Для этого использовался как биполярный, так и монополярный режим. Нами отме-

чено, что при использовании монополярной коагуляции в ряде случаев формируется большой коагуляционный некроз, изредка переходящий на купол слепой кишки. В то же время опыт показывает, что применение биполярной коагуляции позволяет избежать обширного термического поражения. Учитывая это, мы отдаем предпочтение биполярной коагуляции при пересечении брыжейки червеобразного отростка. В ряде случаев для обработки брыжейки червеобразного отростка применяли танталовые клипсы.

Одним из обязательных принципов профилактики инфицирования троакарных доступов является исключение контакта гнойного червеобразного отростка с раной передней брюшной стенки. Если червеобразный отросток исходно был небольших размеров, то извлечение осуществлялось через троакер. В случаях, когда патологически измененный червеобразный отросток был больших размеров, эвакуация его производилась в контейнере.

В качестве санационных растворов использовали антисептический раствор Декасана. Объем жидкости для адекватной санации выбирали с учетом распространенности воспалительного процесса, анатомических особенностей брюшной полости и исключения затекания промывных растворов в интактные отделы. При местном перитоните объем промывной жидкости варьировал от 40 до 100 мл, при диффузном перитоните объем санационного раствора применяли из расчета 200,0 мл на одну заинтересованную анатомическую область.

В результате проведенного исследования мы пришли к заключению, что дренирование брюшной полости при местном перитоните необходимо лишь при гангренозных и гангренозно- перфоративных формах острого аппендицита.

Дренирование брюшной полости при распространенном перитоните считалась обязательным. Принципы, которыми мы руководствовались при дренировании брюшной полости, были следующими: устанавливали два дренажных катетера диаметром 0,5 см – один в малый таз и правую подвздошную область, другой в левую подвздошную область также по направлению к малому тазу. При необходимости отдельно дренировали правый латеральный канал.

Продолжительность оперативных вмешательств у больных с местным перитонитом варьировала от 32 минут до 1 часа 35 минут, что в среднем составило $63,5 \pm 15,2$ минуты, у пациентов с распространенными перитонитами операция длилась от 46 минут до 1 часа 55 минут, что в среднем составило $80,5 \pm 20,5$ минуты.

Смертельных исходов среди больных, перенесших эндовидеохирургические вмешательства, мы не наблюдали.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Безопасность и нетравматичная аппендэктомия и санация брюшной полости.

2. Способ позволяет провести профилактику полного бактериального обсеменения брюшной полости с малой травматизацией.

3. Высокая эффективность достигаемого санационного эффекта: четкая визуализация всех, даже самых труднодоступных отделов брюшной полости, возможность осмотра с оптическим увеличением, использование подающей струи антисептического раствора под давлением, позволяют полноценно, и в то же время достаточно щадяще, провести удаление не только жидкого экссудата, но и плотных фиброзно-гнойных наложений.

4. Лапароскопическая технология позволяет четко верифицировать места адекватной установки дренажей в зонах возможного скопления экссудата.

5. Малая инвазивность операции, минимальная травматизация передней брюшной стенки, органов брюшной полости с адекватной послеоперационной терапией сокращает пребывание больных на стационаре.

6. Улучшает качества жизни больных.

Изложенное выше находить подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больной А., 27 лет поступил в хирургическое отделение Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе через 2 суток от момента заболевания с жалобами на боли по всей поверхности живота, тошнота, многократная рвота, повышение температуры тела до 38,0-39,0°C, недомогание и общую слабость. Со слов больного, боли начинались в область эпигастрии, и в последующем переходили в правую подвздошную область. Была тошнота и двукратная рвота. За медицинскую помощь не обратился, дома занимался самолечением. Употреблял антибиотики, спазмолитики и обезболивающие препараты. По ухудшению состояния на 2 сутки больного доставили в приемное отделение ГКБ скорой медицинской помощи, где на УЗИ выявлено распространенный перитонит аппендикулярного генеза. Ввиду того после госпитализации, проведения вес

комплекс клинико-лабораторных методов исследования, решено провести предоперационную подготовку, включая антибиотикопрофилактику Тиенамом 1,0 гр. внутривенно. Под комбинированным эндотрахеальным наркозом, после введения троакаров в стандартных точках передней брюшной стенки, проведено лапароскопическая ревизия брюшной полости. Выявлено картина гангренозно-перфоративного аппендицита, осложнившиеся распространенным гнойным перитонитом (в количестве 800,0-900,0 мл гноя).

В связи с чем решено произвести лапароскопическую аппендэктомию с санацией и дренированием брюшной полости. После биполярной коагуляции брыжейки червеобразного отростка и лигатурной обработки ее культи, в связи с имеющиеся признаков незначительного воспалительного инфильтрата основания отростка, культи погружено в кисетный шов. После аспирации содержимого (часть гноя было отправлено на чувствительность) брюшная полость с четкой визуализацией всех, даже самых труднодоступных отделов с подающей струи (1500,0мл) антисептического раствора Декасана под давлением санирована.

Под контролем лапароскопа с четким верифицированием зон возможного скопления экссудата были решены места адекватной установки дренажей.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан на 6 сутки в относительно удовлетворительном состоянии с рекомендацией дальнейшего амбулаторного лечения по месту жительства.

Таким образом, применение лапароскопических вмешательств при аппендикулярном перитоните, позволяет произвести нетравматичную аппендэктомию с санацией брюшной полости, а также провести профилактику полного бактериального обсеменения брюшной полости с малой травматизацией, что тем самым улучшить качества жизни тяжелого контингента больных.

Формула изобретения

Способ лапароскопического лечения аппендикулярного перитонита, включающий в себя санацию и дренирование брюшной полости с помощью лапароскопа *отличающийся тем, что* брюшную

полость промывают антисептическим раствором декасана и проводят профилактику послеоперационных гнойно-септических осложнений применением препарата Тиенам.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а