



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1701156

(22) 07.11.2017

(46) Бюл.139, 2018

(71) Султонов Ш.Р. (ТJ).

(72) Султонов Ш.Р. (ТJ); Абдуллоев М.Ф. (ТJ);
Рахмонов Ш.Дж. (ТJ).

(73) Султонов Ш.Р. (ТJ).

(54) **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ СПОСОБ
ПЕРЕСЕЧЕНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО
ОТРОСТКА ПРИ ГАНГРЕНОЗНО-
ИЗМЕНЕННЫМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ.**

(56) 1. Капустин В.А. Лапароскопическое лечение
острого аппендицита у детей / В.А. Капустин, А.В.
Брянцев, О.В. Карасева, О.Д. Граников // *Тюменский медицинский журнал*. – 1999. - №3. –
С. 3-4.

2. Thambidorai C.R. Laparoscopic
appendicectomy for complicated appendicitis in
children / C.R. Thambidorai, Y. Aman Fuad // *Singapore. Med. J.* – 2008. - Dec; 49 (12). – P.994-
997.

3. Дронов А.Ф. Экстренные лапароско-
пические операции у детей раннего возраста / А.Ф.
Дронов, И.В. Поддубный, Н.А. Аль-Машат, Г.Х.
Агаев // *Эндоскопическая хирургия*. – 2000. – Т. 6,
№2. – С. 24-25.

4. Котлобовский В.И. Лапароскопическая
аппендэктомия: что она меняет в диагностике
острого аппендицита / В.И. Котлобовский, А.Ф.
Дронов, Н.К. Нармухамедова и др. // *Актуальные
вопросы детской хирургии, ортопедии,
травматологии, анестезиологии и реанимации*. –
1994. – С.59-60.

5. Куликова А.Н. Результаты лапароско-
пических аппендэктомий с преимущественным
использованием однолигатурного способа
обработки культи червеобразного отростка у
больных с острым аппендицитом / А.Н. Куликова,
В.Н. Тарасов, В.Н. Черемисин, Д.С. Баурин // *Альманах Института хирургии им. А.В.
Вишневского*. – 2012. – Т.7. - №1. – С. 265-266.

6. Снегирев Ю.В. Оценка способов
лапароскопической аппендэктомии / Ю.В.
Снегирев, В.В. Трошкин // *Новое в хирургии и
эндоскопии*. – 1997, ч.2. – С. 27-28.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к детской хирургии, и может быть использовано в
взрослой хирургии у больных с острым
гангренозно-измененным аппендицитом.

Целью изобретения является улучшение
результатов лечения острого гангренозно-
измененного аппендицита и эмпиемы отростка.

Сущность изобретения заключается в том,
что операция выполняется с применением
наиболее современной технологии – лапароскопии и
биполярной коагуляции без широкой
лапаротомии, способствующий термообработке
зоны резекции, идеальной аппендэктомии и
предупреждающий инфицированию брюшной
полости.

Преимуществом данного изобретения
является адекватное выполнение радикальной
операции, простота применения способа,
снижение частоты осложнений и инфицирования
брюшной полости.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано в взрослой хирургии у больных с острым гангренозно-измененным аппендицитом.

Острый аппендицит, как у взрослых, так и у детей является самым распространенным заболеванием органов брюшной полости, требующим экстренного оперативного вмешательства. В детском возрасте аппендицит развивается быстрее, а деструктивные изменения в отростке, приводящие к аппендикулярному перитониту, наблюдаются значительно чаще, чем у взрослых. В зарубежной литературе в последние годы появилось большое количество сообщений об успешном применении лапароскопической аппендэктомии у детей. Этот метод диагностики и лечения острого аппендицита стал широко использоваться в клинической практике [1-2].

Пересечение червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии особенно в случаях гангрены отростка, является одним из важных, технических моментов операции и до настоящего время остаётся дискуссионным среди хирургов.

Существует множество способов пересечения отростка при лапароскопической аппендэктомии у детей: после перевязки или клипирования отростка от его основания многие хирурги отступая на 0,5-1 см от него накладывают второй клипс или же перевязывают, ряд других хирургов после первой перевязки или клипирования от основания, захватывая отросток зажимом, сразу пересекают отросток [3-5].

Приведенные способы на наш взгляд не лишены недостатков. При первом способе возникают некоторые трудности при перевязке или клипировании червеобразного отростка, а также занимает больше времени, что в тоже время является экономически не выгодным. Второй способ чреват опасностью, так как при деструктивных формах острого аппендицита возможно излияние его содержимого в брюшную полость и инфицирование последнего.

Ю.В. Снегирев и В.В. Трошкин (1997) с целью определения рационального метода обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии по способу ушивания отростка больных распределили на 3 группы. Наиболее технически простым способом было ушивание культи червеобразного отростка механическим швом, однако этот метод является и наиболее дорогостоящим. Способ погружения культи в кисетный и Z-образный шов является технически более сложным, что отразилось на длительности операции. Закрывание культи червеобразного отростка двумя эндолигатурами являлось технически простым и не требовало больших материальных затрат [6].

Наиболее близким аналогом к предлагаемому способу из арсенала традиционных методов лапароскопической аппендэктомии является — лигатурная аппендэктомия [7]. Сущность данного

метода заключается в том, что на основание скелетизированного отростка накладывается одна или две петли Редера (хромированный кетгут, PDS, №1-0). Петлю Редера легко изготовить самостоятельно во время операции, тем более что фабрично изготовленная петля стоит довольно дорого. Для этого необходим лишь пластмассовый стержень. На расстоянии 8-10 мм от лигатуры производится биполярная коагуляция отростка, после чего он пересекается вне зоны коагуляции. Длина культи аппендикса должна быть не более 4-5 мм. Слизистая культи тщательно обрабатывается 5% спиртовым раствором йода. Отросток захватывается в месте коагуляции и извлекается из брюшной полости вместе с введенным для этого в троакар интродьюсером.

Однако при этом формирования петля Редера занимает больше времени плюс имеется расход шовного материала и далеко не всегда возможно выполнить идеальную аппендэктомию, то есть когда червеобразный отросток перевязывается в двух местах и между ними пересекается все равно какая-то часть содержимое может изливаться в брюшную полость и инфицировать ее.

В связи с этим нами разработан наиболее оптимальный и простой лапароскопический способ пересечения гангренозно-измененного червеобразного отростка без риска инфицирования брюшной полости и траты времени при лапароскопической аппендэктомии у детей.

Целью изобретения является улучшение результатов лапароскопического лечения гангренозно-измененного и эмпиемы червеобразного отростка при остром аппендиците у детей.

Предложенный способ осуществляется следующим образом: после перевязки гангренозно-измененного червеобразного отростка у ее основания с помощью петля Редера, на расстоянии 5-6 мм от лигатуры производили широкую биполярную коагуляцию отростка (фиг. 1) и после этого с целью профилактики излияния его содержимое, ножницами пересекали по нижней границе зоны коагуляции, так чтобы уходящий конец был прикрытым, а на основании культи отростка зиял его слизистый (фиг. 2). Затем 5 мм троакар вставленный в левой подвздошной области заменяется 11 мм троакаром (фиг. 3). Кончик последнего устанавливается в области культи отростка прямо над проксимальной частью макропрепарата. Затем лапароскопическим зажимом типа Алиса захватывается макропрепарат и медленно втягивается в просвет троакара до его дотрогивания к стенке внутреннего просвета клапана (фиг. 4). После чего передняя часть троакара несколько приподнимается к передней брюшной стенке, а сам троакар вместе с макропрепаратом и зажимом одновременно извлекается из брюшной полости, т.е. выполняется экстракция.

удаленного отростка без риска инфицирования брюшной полости и слоя передней брюшной стенки.

Обеззараживание культи отростка после аппендэктомии выполнялась по предложенному нами ранее способу (Способ обработки культи отростка после лапароскопической аппендэктомии у детей. Рацпредложение №3289/R505. Утв. ВОИР ТГМУ им. Абуали ибни Сино от 02.11.12 г.).

Через просвет пушера с помощью инсулинового шприца вводили 0,2-0,3 мл 5% антисептического раствора йода. Последним непосредственно капали на слизистую поверхность культи отростка и, тем самым, производили обеззараживание (фигура 4).

Пример: больной К.М. 10 л. ИБ № 3156/339 поступил в клинику детской хирургии 03.12.2012 г. с жалобами на наличие боли в правой подвздошной области справа, неоднократная

рвота, беспокойства, повышение температуры тела до 38°C. В анализах крови гемоглобин 128 г/л; эритроциты 3,8 г%; гематокрит 40%; лейкоциты 14,8. В анализах мочи без особенностей. При пальпации живота определяется симптомы раздражения брюшины больше в правой подвздошной области. На УЗИ выявлены признаки острого деструктивного аппендицита. При лечебно-диагностической лапароскопии установлено гангренозно-измененный аппендикс, эмпиема червеобразного отростка. Выполнена лапароскопическая аппендэктомия предложенным способом. Брюшная полость санирована и дренирована

Послеоперационный период протекал гладко. Больной на 7-й день был выписан домой. Швы на рану сняты также на 7-й день. Находился под наблюдением, жалобы не предъявляет.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Лапароскопический способ пересечения червеобразного отростка при гангренозно-измененном аппендиците у детей, включающий перевязку с помощью петли Редера, пересечение, и обработки культи отростка, *отличающийся тем, что* после перевязки гангренозно-измененного

червеобразного отростка у ее основания на расстоянии 5-6 мм от лигатуры производят широкую биполярную коагуляцию отростка и после этого с целью профилактики изливания его содержимого, ножницами пересекают его по нижней границе зоны коагуляции.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ СПОСОБ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ ГАНГРЕНОЗНО-ИЗМЕНЕННОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ



Фиг.1.



Фиг.2.



Фиг.3.



Фиг.4.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Национальный патентно-информационный центр РТ734042, г. Душанбе,
ул. Айни, 14а

Тираж

Подписное