



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **111662** (13) **C2**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

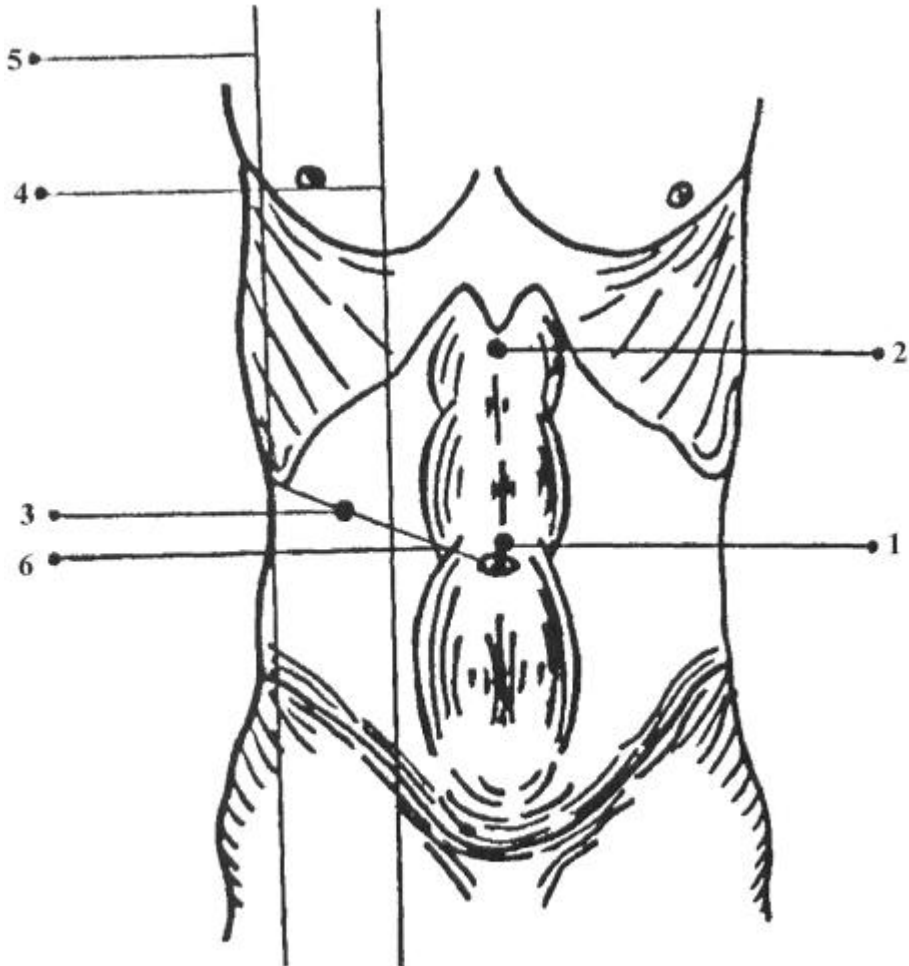
<p>(21) Номер заявки: а 2014 12990</p> <p>(22) Дата подання заявки: 04.12.2014</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: 25.05.2016</p> <p>(41) Публікація відомостей про заяву: 25.05.2015, Бюл.№ 10</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.05.2016, Бюл.№ 10</p>	<p>(72) Винахідник(и): Каніковський Олег Євгенійович (UA), Карий Ярослав Володимирович (UA), Бондарчук Олег Іванович (UA), Бабійчук Юрій Валерійович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p> <p>(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: Эндоскопическая хирургия / В.Н. Запорожан, В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, А.В. Малиновский // Одес: ОНМедУ, 2011. - 285 с. С. 59 - 60. Орехов Г. И. Лапароскопическая холецистэктомия из трех троакарных доступов // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - Т. 5. -С. 33 - 35. Иващенко В.В. Успешное выполнение лапароскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита у больной, ранее многократно оперированной на органах брюшной полости / Иващенко В.В., Скворцов К.К., Иващенко А.В. // Клінічна хірургія. - 2013. - №. 6. - С. 76 - 77. UA 45921 U, 25.11.2009. UA 88702 U, 25.03.2014. UA 88476 U, 11.03.2014. RU 2526243 C2, 20.08.2014. RU 2441607 C2, 10.02.2012. RU 2324451 C2, 20.05.2008. Федорчук О. Т. Лапароскопічна холецистектомія: вибір доступу // Український журнал хірургії : Науково-практичний журнал. - 2009. - N 2. - С. 138 - 141. Федоров И. В. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / Федоров И. В., Славин Л. Е., Чугунов А. Н. - М.: Триада-Х, 2003. - 80 с. С. 18 - 19.</p>
--	---

(54) СПОСІБ ТРИТРОАКАРНОЇ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ПРИ ПОШИРЕНОМУ ЗЛУКОВОМУ ПРОЦЕСІ У ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ

(57) Реферат:

UA 111662 C2

Спосіб стосується тритроакарної лапароскопічної холецистектомії при поширеному злуковому процесі у гепатодуоденальній ділянці, що включає введення в черевну порожнину двох 10-мм троакарів у навколупупочній і епігастральній ділянках та 5-мм троакара в правій підреберній ділянці, причому перший 10-мм троакар заводять у навколупупочну ділянку після попередньо проведеної УЗД, а третій 5-мм троакар вводять на середині відстані між середньоключичною і передньою аксиллярною лініями в точці перетинання з лінією, яка сполучає праву реберну дугу з пупком.



Фіг.

Винахід належить до медицини, а саме до лапароскопічної хірургії жовчного міхура і позапечінкових жовчних проток.

Розробка і впровадження лапароскопічної холецистектомії у широку клінічну практику є одним із найбільших досягнень хірургії останніх десятиріч. У 0,9-8,3 % випадків проведення лапароскопічної холецистектомії поєднано з технічними труднощами, які пов'язані зі змінами топографічних співвідношень трубчасто-порожнистих структур у ділянці трикутника Кало і гепатодуоденальної зв'язки. Одним із факторів ризику інтраопераційних пошкоджень при виконанні лапароскопічної холецистектомії є поширений злуковий процес у гепатодуоденальній ділянці [Федоров І. В. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / Федоров И. В., Славин Л. Е., Чугунов А. Н. - М.: Триада-Х, 2003. - 80 с].

Найбільш близьким є взятий нами за прототип тритроакальний спосіб лапароскопічної холецистектомії при неускладненому калькульозному холециститі [Эндоскопическая хирургия / [В.Н. Запорожан, В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, А.В. Малиновский]. - Одес: ОНМедУ, 2011. - 285 с]. Техніка операції: після накладання пневмоперитонеума перший 10-мм троакар (для лапароскопа) вводять у черевну порожнину через розріз зразу нижче пупка. Другий 10-мм троакар (для основних робочих інструментів) - у епігастральній ділянці під мечевидним відростком. Третій 5-мм троакар (для граспера при тракції шийки жовчного міхура, а також для дренажу) - по правій середньоключичній лінії на 2 см нижче реберної дуги. Недоліками вищенаведеного способу є: - ризик інтраопераційних пошкоджень при введенні першого троакара у черевну порожнину на тлі надмірного злукового процесу без попередньо проведеної УЗД навколопупочної ділянки.

- неможливість введення третього порту в черевну порожнину при поширеному злуковому процесі у підпечінковому просторі.

- утруднена головна тракція дна жовчного міхура при введенні граспера через третій троакар (по правій середньоключичній лінії на 2 см нижче реберної дуги).

Задачею заявлюваного винаходу є зменшення ризику інтраопераційних пошкоджень трубчасто-порожнистих структур гепатодуоденальної ділянки при введенні першого і третього троакара на тлі надмірного злукового процесу в підпечінковому просторі, а також спрощення техніки лапароскопічної холецистектомії.

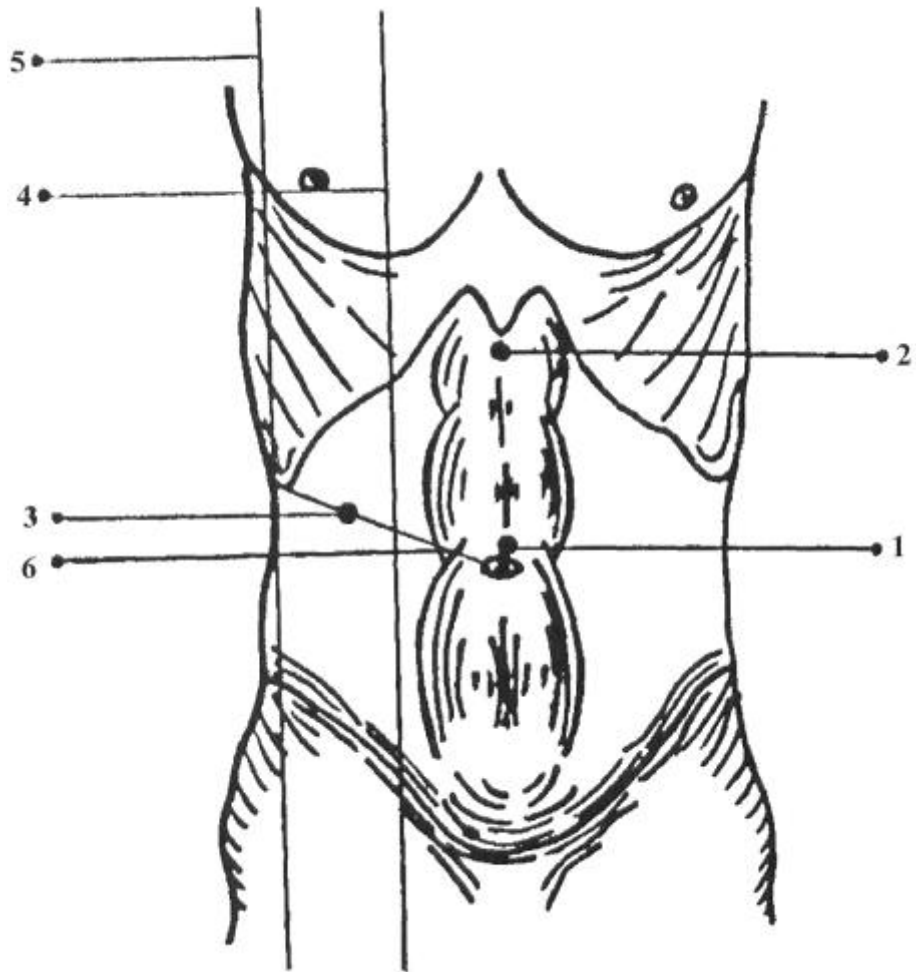
Вирішення поставленої задачі досягається тим, що у відомому способі лапароскопічної холецистектомії при поширеному злуковому процесі у гепатодуоденальній ділянці, що включає введення в черевну порожнину двох 10-мм троакарів у навколопупочній і епігастральній ділянках та 5-мм троакара в правій підреберній ділянці, згідно зі запропонованим рішенням перший 10-мм троакар заводять у навколопупочну ділянку після попередньо проведеної УЗД, а третій 5-мм троакар вводять на середині відстані між середньоключичною і передньою аксиллярною лініями в точці перетинання з лінією, яка сполучає праву реберну дугу з пупком.

Спосіб виконують таким чином (на кресленні відображено хід операції). Під ендотрахеальним наркозом або перидуральною анестезією у черевну порожнину вводимо 3 порти. Перший троакар 1, діаметром 10 мм - у навколопупочну ділянку, через який заводимо у черевну порожнину лапароскоп. До операції проводимо УЗД навколопупочної ділянки для попередження інтраопераційних пошкоджень при введенні першого троакара. Під лапароскопічним контролем вводимо другий троакар 2, діаметром 10 мм в епігастральну ділянку (для основних робочих інструментів: дисектора, електродів, ножиць, кліп-аплікатора, аспіратора-іригатора). Після ревізії органів черевної порожнини третій троакар 3, діаметром 5 мм заводимо на середині відстані між середньоключичною лінією 4 і передньою аксиллярною лінією 5 в точці пересічення з лінією, яка сполучає праву реберну дугу з пупком 6. При наявності поширеного злукового процесу в підпечінковому просторі низьке введення третього порту дає можливість попередити пошкодження трубчасто-порожнистих структур гепатодуоденальної ділянки. За допомогою граспера заведеного у черевну порожнину через третій троакар проведено головну тракцію за дно жовчного міхура. Розсічення злук проводимо L-подібним електродом на відстань, необхідну для мобілізації шийки жовчного міхура. Після чого здійснювали латеральну тракцію за шийку жовчного міхура граспером з третього порту. Завдяки тому, що третій троакар знаходився на середині відстані між середньоключичною і передньою аксиллярною лініями, тракція за дно і шийку жовчного міхура проводилась без технічних труднощів та не ускладнювала хід оперативного втручання. Після препарування і кліпування міхурової протоки і артерії жовчний міхур видаляли з ложа печінки субсерозно. З черевної порожнини жовчний міхур був вилучений через підмечевидний доступ. Для контролю жовчевитікання та геморагії у післяопераційному періоді підпечінковий простір дреновано трубчастим дренажем, який виводимо на передню черевну стінку через третій порт. Троакари вилучали, післяопераційні рани зашивали пошарово.

- Прикладом застосування заявленого способу є карта стаціонарного хворого № 987, який знаходився у хірургічному відділенні обласного госпіталю інвалідів Вітчизняної війни з 14.07.14 до 21.07.14. На основі анамнезу захворювання, даних клініко-лабораторного та інструментального обстеження було встановлено наступний діагноз: ЖКХ, хронічний калькульозний холецистит, злукова хвороба очеревини. 15.07.14 виконано оперативне втручання: ЛХЕ, дренування підпечінкового простору. Під час оперативного втручання виявлено надмірний злуковий процес у підпечінковому просторі, який втягував нижній край печінки, великий чепець і дванадцятипалу кишку. Поширення злукового процесу створювало небезпеку їх пошкодження. Завдяки низькому введенню третього порту та УЗД навколопупочної ділянки вдалось уникнути пошкодження трубчасто-порожнистих структур гепатодуоденальної ділянки. Тракція за дно і шийку жовчного міхура проводилась без технічних труднощів завдяки тому, що граспер вводили у черевну порожнину через третій порт, який знаходився на середині відстані між середньоключичною і передньою аксиллярною лініями. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Віддалені результати добрі.
- Запропонований спосіб дозволяє зменшити ризик інтраопераційних пошкоджень при поширеному злуковому процесі у гепатодуоденальній ділянці за рахунок модифікації техніки лапароскопічної холецистектомії.

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

- Спосіб тритроакавної лапароскопічної холецистектомії при поширеному злуковому процесі у гепатодуоденальній ділянці, що включає введення в черевну порожнину двох 10-мм троакарів у навколопупочній і епігастральній ділянках та 5-мм троакара в правій підреберній ділянці, який **відрізняється** тим, що перший 10-мм троакар заводять у навколопупочну ділянку після попередньо проведеної УЗД, а третій 5-мм троакар вводять на середині відстані між середньоключичною і передньою аксиллярною лініями в точці перетинання з лінією, яка сполучає праву реберну дугу з пупком.



Комп'ютерна верстка І. Скворцова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601