



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **77985** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2012 07442</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>19.06.2012</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>11.03.2013</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>11.03.2013, Бюл.№ 5</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Каніковський Олег Євгенійович (UA), Воровський Олег Олегович (UA), Боднарчук Олег Іванович (UA), Карий Ярослав Володимирович (UA), Бабійчук Юрій Валерійович (UA), Павлик Ігор Васильович (UA), Харчук Олексій Вікторович (UA), Мосьондз Василь Володимирович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b></p>
---	---

**(54) СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО І ХРОНІЧНОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ**

**(57) Реферат:**

Спосіб лапароскопічної холецистектомії при ускладненому перебігу гострого і хронічного калькульозного холециститу включає мобілізацію жовчного міхура після ревізії органів черевної порожнини, яку виконують з латеральної стінки на медіальну у проекції шийки жовчного міхура та у проекції кармана Гартмана.

**UA 77985 U**



Корисна модель належить до медицини, а саме до лапароскопічної хірургії жовчного міхура і позапечінкових жовчних протоків.

Виконання лапароскопічної холецистектомії у 0,9-8,3 % випадків поєднано з технічними труднощами, які пов'язані зі змінами топографічних співвідношень трубчасто-порожнистих структур у ділянці трикутника Кало і гепатодуоденальної зв'язки в результаті запальних або склеротичних процесів. При запальних процесах проведення лапароскопічної холецистектомії утруднено через потовщення і ущільнення стінок жовчного міхура, наявність паравезикального інфільтрату. Труднощі виконання лапароскопічної холецистектомії при склерозованому жовчному міхурі обумовлені ущільненням і ригідністю його стінок, укороченням та деформацією трубчасто-порожнистих структур трикутника Кало, щільним зрощенням задньої стінки жовчного міхура із його ложем [Фёдоров И. В. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / Фёдоров И. В., Славин Л. Е., Чугунов А. Н. - М.: Триада-Х, 2003.-80 с.].

Найбільш близьким аналогом є спосіб лапароскопічної холецистектомії при хронічному склерозованому холециститі [Деклараційний патент на корисну модель № 10364 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб лапароскопічної холецистектомії при хронічному склерозованому холециститі, опубл. 15.11.05, Бюл. № 11].

Техніка операції: під ендотрахеальним наркозом у черевну порожнину вводять 3 троакари (перший діаметром 10 мм у навколупупкову ділянку, другий діаметром 10 мм у епігастральну ділянку, третій діаметром 5 мм у праву підреберну ділянку). Після ревізії органів черевної порожнини починають мобілізацію жовчного міхура з латеральної стінки в напрямі до дна з переходом на медіальну стінку (мобілізація "по колу"). Після мобілізації тіла і дна жовчного міхура виконують його тракцію латерально і вниз, продовжують препаровку міхурової протоки і артерії в ділянці трикутника Кало, дотримуючись розділення тканин вздовж стінки шийки жовчного міхура. Міхурову протоку кліпують двома кліпсами у дистальному відділі та однією у проксимальному, потім пересікають її між кліпсами. Міхурову артерію кліпують однією або двома кліпсами, на проксимальний відділ кліпсу не накладають, а пересікають її за допомогою діатермокоагуляції. Після цього закінчують виділення жовчного міхура з ложа і видаляють його з черевної порожнини через навколупупковий доступ. Черевну порожнину дренують поліхлорвініловою трубкою через троакар у правому підребер'ї Троакари забирають, післяопераційні рани зашивають.

Недоліками вищенаведеного способу є: застосування способу тільки при хронічному склерозованому холециститі та високий ризик кровотечі із стінки жовчного міхура через мобілізацію тіла і дна жовчного міхура "по колу" з подальшим виділенням та кліпюванням міхурової артерії.

В основу корисної моделі поставлена задача - зменшення ризику інтраопераційних пошкоджень при ускладненому перебігу гострого та хронічного калькульозного холецистити за рахунок модифікації техніки лапароскопічної холецистектомії.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лапароскопічної холецистектомії при ускладненому перебігу гострого і хронічного калькульозного холецистити, що включає мобілізацію жовчного міхура після ревізії органів черевної порожнини, згідно з корисною моделлю, мобілізацію жовчного міхура виконують з латеральної стінки на медіальну у проекції шийки жовчного міхура при наявності паравезикального інфільтрату та у проекції кармана Гартмана при склеротичних змінах стінки жовчного міхура.

Спосіб здійснюють таким чином. Під ендотрахеальним наркозом або перидуральною анестезією у черевну порожнину вводять чотири троакари (перший діаметром 10 мм у навколупупкову ділянку, другий - 10 мм у епігастральну ділянку, третій і четвертий по 5 мм у праву підреберну ділянку). Після ревізії органів черевної порожнини проводять мобілізацію жовчного міхура з латеральної (вільної стінки) на медіальну у проекції шийки жовчного міхура при наявності паравезикального інфільтрату та у проекції кармана Гартмана при склеротичних змінах стінки жовчного міхура. Висока мобілізація жовчного міхура дає можливість попередити пошкодження позапечінкових жовчних протоків і судин, оскільки при склеротичних ускладненнях спостерігається зморщення і укорочення жовчного міхура та трикутника Кало, а паравезикальний інфільтрат поширюється на гепатодуоденальну зв'язку. Після мобілізації шийки жовчного міхура здійснюють латеральну тракцію за карман Гартмана. Виділення міхурової протоки і артерії проводять при розкритому трикутнику Кало на достатній відстані від магістральних жовчних протоків і судин. Міхурову протоку виділяють тупо на відстань достатню для її кліпювання і пересічення. Першою накладають проксимальну кліпсу, як можна ближче до шийки жовчного міхура, після чого - дві кліпси на дистальний відділ міхурової протоки. Між кліпсами її пересікають ножицями. Міхурову артерію кліпують у проксимальній ділянці однією кліпсою або коагулюють за допомогою біполярного затискача, залишаючи довгу куксу.

Пересічення міхурової артерії виконують за допомогою L-подібного електрода або ножиць біля стінки жовчного міхура. При виражених склеротичних змінах стінки жовчного міхура не прагнуть до повної мобілізації основного стовбура міхурової артерії. У таких випадках клипіюють судини, які чітко переходять на стінку жовчного міхура (артерії II, III порядку). Після пересічення 5 трубчасто-порожнистих структур трикутника Кало виділяють жовчний міхур з ложа у сполучнотканинному шарі між стінкою жовчного міхура і паренхімою печінки. Для чіткого виявлення сполучнотканинного прошарку проводять тракцію жовчного міхура за дно у напрямку, протилежному до ділянки мобілізації. Жовчний міхур видаляють з черевної 10 порожнини через підмечевидний доступ або пупкове кільце при наявності пупкової грижі. Для контролю жовчевитікання та геморагії у післяопераційному періоді підпечінковий простір дренують трубчастим дренажем, який видаляють на 1-2 добу післяопераційного періоду. Трояки вилучають, післяопераційні рани зашивають пошарово.

Прикладом застосування заявленого способу є карта стаціонарного хворого № 1615, який знаходився у хірургічному відділенні обласного госпіталю інвалідів Вітчизняної війни з 18.02.12 15 р. по 24.02.12 р. На основі анамнезу захворювання, даних клінічного, лабораторного та інструментального обстеження було встановлено наступний діагноз: Жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, склерозований жовчний міхур. 19.02.12 р. виконано оперативне втручання: лапароскопічна холецистектомія, дренування підпечінкового простору. Під час оперативного втручання виявлено склерозований жовчний міхур та інфільтративний 20 процес, який переходив на гепатодуоденальну зв'язку. Поширення запального процесу на гепатодуоденальну зв'язку створювало небезпеку пошкодження загальної жовчної протоки і дванадцятипалої кишки. Завдяки проведенню високої мобілізації шийки жовчного міхура за описаним способом вдалось уникнути інтраопераційних пошкоджень. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Віддалені результати добрі.

25 Запропонований спосіб дозволяє зменшити ризик інтраопераційних пошкоджень при ускладненому перебігу гострого і хронічного калькульозного холециститу за рахунок модифікації техніки лапароскопічної холецистектомії.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

30 Спосіб лапароскопічної холецистектомії при ускладненому перебігу гострого і хронічного калькульозного холециститу, що передбачає мобілізацію жовчного міхура після ревізії органів черевної порожнини, який **відрізняється** тим, що мобілізацію жовчного міхура виконують з 35 латеральної стінки на медіальну у проекції шийки жовчного міхура при наявності паравезикального інфільтрату та у проекції кармана Гартмана при склеротичних змінах стінки жовчного міхура.

---

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

---

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