

Винахід стосується хірургії, а саме інтраопераційної діагностики жовчних шляхів та судин при лапароскопічній холецистектомії.

У зв'язку з широким впровадженням лапароскопічної холецистектомії при лікуванні жовчнокам'яної хвороби відзначається збільшення частоти ятрогенних пошкоджень жовчних шляхів та судин. Якщо при відкритій холецистектомії даний показник складає 0,1-0,2%, то при лапароскопічній - 0,1-2,9% (Ничитайло М.Є., 1998). Основними причинами високого ризику пошкоджень жовчних шляхів та судин при лапароскопічній холецистектомії є труднощі їх діагностики при аномальному розташуванні даних утворень та розвиток злукового процесу в ділянці воріт печінки, які зустрічаються у 10% оперованих хворих (Федоров І.В., 1988).

Одним із високоефективних способів інтраопераційної діагностики жовчних шляхів та судин при лапароскопічній холецистектомії є трансілюмінація, що дає можливість оцінити стан протоків та судин: їх діаметр, товщину стінок, варіанти розміщення, тип злиття міхурової протоки із загальною жовчною, співвідношення з міхуровою і правою печінковою артеріями, наявність патологічних включень в їх просвіті.

Найбільш близьким аналогом є спосіб трансілюмінаційної холедохоскопії цистоскопом із зігнутих кінцем (Мареев Ю.С. "Трансілюмінаційна холедохоскопія в хірургії жовчних шляхів.", "Хірургія", 1984., С.49-51).

На наш погляд даний метод неповноцінний ряду недоліків: відсутність різнокаліберних зондів; в якості джерела світла використовується освітлювач для цистоскопа, таким чином дослідження проводиться тільки після виключення операційного освітлення, а це не дає можливість застосовувати даний спосіб при лапароскопічній холецистектомії.

Задачею заявляемого винаходу є забезпечення візуалізації міхурової протоки та артерії.

Задача досягається тим, що зонд-трансілюмінатор вводять між гепатодуоденальною зв'язкою та шийкою жовчного міхура.

В основу винаходу "Спосіб трансілюмінаційної діагностики жовчних шляхів та судин при лапароскопічній холецистектомії" поставлено завдання шляхом використання зондів-трансілюмінаторів (діаметр 2, 4, 6мм, довжина 0,7-1,5м), де в якості джерела світла використовується лазерний модуль 22мВт, 658нм, інтраопераційно верифікувати жовчні шляхи та судини. Поставлені завдання здійснюються методом інтраопераційної діагностики, що включає дослідження жовчних шляхів та судин, в якому, згідно з винаходом зонд-трансілюмінатор вводиться під досліджувану структуру в ділянці воріт печінки.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після мобілізації шийки жовчного міхура та виділення кишені Хартмана розсічену очеревину разом з жировою клітковиною зміщують проксимальне в напрямку гепатодуоденальної зв'язки. Подальше виділення міхурового протока та артерії проводять під контролем трансілюмінації. Зонд-трансілюмінатор вводять в трикутник Кало, регулюючи потужність світла, вдається диференціювати трубчасту структуру від злуки. При цьому незмінні жовчні протоки та судини виглядають тонкостінними, циліндричними, однорідними по структурі.

Приклад: Хвора М., 65р., історія хвороби №1025 знаходилась в хірургічному відділенні Вінницького обласного шпиталю інвалідів Вітчизняної війни з 18.03.03 по 22.03.03 з діагнозом: хронічний калькульозний холецистит, в стадії нестійкої ремісії. 20.03.03 було виконано оперативне втручання: лапароскопічна холецистектомія, дренування підпечінкового простору. Під час оперативного втручання було виявлено злуковий процес, який втягнув гепатодуоденальну зв'язку та її елементи, великий чепець. Між гепатодуоденальною зв'язкою та жовчним міхуром заведено зонд-трансілюмінатор з допомогою якого було діагностовано анатомічне розташування міхурової протоки та артерії. Дані анатомічні утворення були кліповані та пересічені. З технічними труднощами жовчний міхур був видалений. Підпечінковий простір дренований поліхлорвініловим трубчастим дренажем. Післяопераційний період без особливостей.

Отже запропонований винахід дає можливість попередити ятрогенні пошкодження жовчних шляхів та судин при лапароскопічній холецистектомії.