



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **18358** (13) **U**  
(51) **МПК (2006)**  
**A61B 17/00**  
**A61B 10/04 (2006.01)**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ МАЛОГО ЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПУ ДЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

1

(21) u200603762  
(22) 06.04.2006  
(24) 15.11.2006  
(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.  
(72) Капшитар Олександр Васильович, Капшитар Олексій Олександрович  
(73) Капшитар Олександр Васильович, Капшитар Олексій Олександрович  
(57) Спосіб малого лапаротомного доступу для холецистектомії шляхом розтину передньої та за-

2

дньої стінки піхви прямого м'яза живота, який **відрізняється** тим, що доступ виконують поперечно, починаючи від зовнішнього краю правого прямого м'яза живота у медіальну сторону, розрізавши шкіру, підшкірну клітковину, передню стінку піхви прямого м'яза живота, сам м'яз зміщують медіально і потім розрізають задню стінку піхви прямого м'яза живота з парієтальною очеревиною.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути використана як оперативний доступ до відкритої холецистектомії.

Для холецистектомії у хворих на гострий чи хронічний холецистит, поліпи жовчного міхура та ін. використовують більше 40 оперативних доступів, з яких найпоширенішими є верхня середина лапаротомія, Шалімова, Рідель-Кохера, Федорова [Бисенков Л.Н. с соавт., 2002; Золлингер Р. с соавт., 2002; Ковальчук Л.Я. з співав., 2004; Шалимов А.А. с соавт., 2005]. Всі вони достатньо травматичні, що подовжує операцію та загальну анестезію. У післяопераційному періоді у ряду хворих розвиваються ускладнення: серома, інфільтрат, гематома, нагноєння, розходження країв рани, евентрація кишечника, динамічна кишкова непрохідність та ін., для ліквідації яких використовують не тільки консервативні методи, але і в показаних випадках - релапаротомію. Ці доступи сприяють і розвитку екстраабдомінальних ускладнень: пневмонія, плеврит, набряк легень, гостра серцево-судинна та легенева недостатність, тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок та тазу, тромбоемболія легеневої артерії та ін. Все це подовжує строки лікування у клініці, матеріальні витрати, збільшує кількість релапаротомій, летальність.

В останні роки запропоновані такі малі лапаротомні доступи як трансректальний, параректальний, косий [Клименко В.Н. с соавт., 1998; Шалимов А.А. с соавт., 2001; Шестаков А.Л. с соавт., 2003]. Маючи переваги, при наявності показань,

перед широкими традиційними доступами вони все ж не позбавлені негативних наслідків (інтраопераційні ускладнення, післяопераційні ускладнення зі сторони передньої черевної стінки та черевної порожнини).

Це обумовлює необхідність розробки нових, більш ефективних оперативних доступів до жовчного міхура при холецистектомії.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у виконанні правостороннього трансректального вертикального мінілапаротомного доступу, що дозволяє виконати холецистектомію [Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.Л. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. -М: Триада-Х, 2003. - 216С.].

Спільними суттєвими ознаками найближчого аналогу і способу, що заявляється, є такі:

- доступ є малим лапаротомним;
- доступ виконують у правому підребер'ї;
- розтинання передньої та задньої стінки піхви прямого прямого м'яза живота.

Однак, цей спосіб недостатньо ефективний, т.я. розріз шкіри не співпадає з лініями Лангера - лініями натягу шкіри, внаслідок чого рана більше зяє. Він більш травматичний, його етапом є розшарування прямого м'яза живота, а це може призвести до розриву судин, розвитку гематоми, нагноєння, що потребує зняття швів з рани, санації та широкого дренирування. Після очищення рани у 2-й фазі ранового процесу для її закриття частіше виконують повторну операцію - накладання вто-

(13) **U**(11) **18358**(19) **UA**

ринних швів. Доступ обумовлює перерізання бокових гілок поперекового нервового сплетіння, що веде до денервації правого прямого м'яза і стінок його піхви, релаксації черевної стінки, а це збільшує відсоток нагноєння, може призвести до виникнення невропатичної післяопераційної грижі, що потребує повторної операції - герніопластики. Після вказаної операції частий рецидив грижі. При медіальному анатомічному варіанті розташування холедоха для хірургічної обробки міхурової протоки та міхурової артерії необхідно подовження вертикального доступу, а це досягається збільшенням його довжини, зростанням тракції передньої черевної стінки у медіальному напрямку. Вказане збільшує травматичність, яка може призвести до розриву м'яких тканин, виникненню гематом, сером, нагноєнню рани.

Таким чином найближчий аналог має значні вади.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу малого лапаротомного доступу у правому підребер'ї для холецистектомії шляхом виконання його у поперечному напрямку, що забезпечить підвищення його ефективності.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає виконання малого лапаротомного доступу у правому підребер'ї, розтину передньої та задньої стінки піхви прямого м'яза живота, новим є те, що доступ виконують поперечно, починаючи від зовнішнього краю правого прямого м'яза живота у медіальну сторону, розрізавши шкіру, підшкірну клітковину, передню стінку піхви прямого м'яза живота, сам м'яз зміщують медіально і потім розрізають задню стінку піхви прямого м'яза живота з парієтальною очеревиною.

Причинно - наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у наступному. Хворому потрібно виконати холецистектомію у зв'язку з гострим деструктивним кам'яним холециститом. Він має вік понад 60 років, тяжку супутню патологію, що є великим ризиком для життя при виконанні лапаротомії. Виконання холецистектомії з поперечного доступу у правому підребер'ї до мінімуму знижує операційний ризик.

Поперечний доступ співпадає з лініями Ланге-ра на шкірі, тому рана шкіри менше зяє. Відсутнє розшарування правого прямого м'яза живота, що виключає можливі розриви кровоносних та лімфатичних судин, а значить і розвиток сероми, гематом, нагноєння та їх ліквідацію. Виключається також і можлива операція - накладання вторинних швів на рану. Цим знімається питання подовження строків лікування у клініці, збільшення фінансових витрат. Не перерізуються бокові гілки попереково-

го нервового сплетіння, чим виключається денервація правого прямого м'яза живота, релаксація черевної стінки, нагноєння рани, виникнення післяопераційної грижі, повторні операції. При медіальному варіанті розташування холедоха і утрудненнях при обробці шийки жовчного міхура під час холецистектомії відсутнє вертикальне розширення доступу з подальшим розшаруванням прямого м'яза та збільшенням тракції передньої черевної стінки медіально, що збільшує травматичність доступу і можливість ускладнень. Доступ розміщений в прискіпній шийки жовчного міхура, що робить більш легкою обробку її елементів (міхурова артерія та проток).

Спосіб здійснюється таким чином. У правому підребер'ї проводимо поперечний розріз довжиною 6см, починаючи від зовнішнього краю правого прямого м'яза живота у медіальну сторону. Розтинаємо шкіру, підшкірну клітковину, передню стінку піхви прямого м'яза. Гачком Фарабефа останній зміщуємо медіально і розтинаємо задню стінку піхви з парієтальною черевиною. Лапаротомія виконана. У випадках коли доступ замалий потрібно розрізати правий прямий м'яз живота поперечно на потрібну товщину.

Приклад. Х-й Б., 64 років госпіталізований у клініку 03.11.2005р. о 5 годині з діагнозом „Гострий холецистопанкреатит”. НВ-147г/л, ЕР-4,62\*10<sup>12</sup>/л, Л-9,0\*10<sup>9</sup>/л, п-12%, с-51%, л-24%, м-13%. Загальний аналіз сечі без патологічних змін. Діастаза сечі 16од. Білірубін крові 45,11ммоль/л, прямий - 22,56, непрямий - 22,55. УЗД: Гострий кам'яний холецистит. ФЕГДС: Хронічний поверхневий гастродуоденіт. Дуоденогастральний рефлюкс. Проведена загальноприйнята консервативна терапія без позитивного результату. Через 29 годин після госпіталізації виконана невідкладна операція. У правому підребер'ї поперечним доступом довжиною 6см, починаючи від зовнішнього краю правого прямого м'яза живота у медіальну сторону, розтинаємо шкіру, підшкірну клітковину, передню стінку піхви правого прямого м'яза живота. Гачком Фарабефа останній знищуємо медіально, після чого розтинаємо задню стінку піхви з парієтальною очеревиною. Післяопераційний діагноз „Гострий кам'яний гангренозний холецистит. Рихлий навколміхуровий інфільтрат”. Пункція жовчного міхура - евакуйована гнійна жовч. Субсерозна холецистектомія від шийки з роздільною перев'язкою міхурової протоки та міхурової артерії. Підпечінковий простір дренований 2 поліхлорвініловими трубками. Післяопераційний перебіг задовільний. Дренажі із черевної порожнини видалені на 4 добу, шви зняті - на 7 добу. Рана загоїлась первинним натягом. Виписаний у задовільному стані на 8 добу.