



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **29384** (13) **U**
(51) **МПК (2006)**
A61B 1/00
A61B 17/00
A61B 1/313

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИДІЛЕННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ШИЙКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

1

(21) u200710514

(22) 24.09.2007

(24) 10.01.2008

(72) ВАСИЛЮК МИХАЙЛО ДМИТРОВИЧ, UA,
ОСАДЕЦЬ ВІТАЛІЙ СТЕПАНОВИЧ, UA

(73) ВАСИЛЮК МИХАЙЛО ДМИТРОВИЧ, UA,
ОСАДЕЦЬ ВІТАЛІЙ СТЕПАНОВИЧ, UA, ІВАНО-
ФРАНКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, UA

(56)

2

(57) Спосіб виділення елементів шийки жовчного міхура у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом, що полягає у тому, що розділення інфільтрату починають у ділянці п'ятки жовчного міхура, опускаючи запальні тканини вниз до гепатодуоденальної зв'язки, що дозволяє попередити пошкодження загальної жовчної протоки.

Корисна модель відноситься до медицини зокрема хірургічного лікування гострого калькульозного холециститу, ускладненого паравезикальним інфільтратом.

З впровадженням у клінічну практику нової хірургічної технології все більше число хірургів віддає перевагу активній діагностичній і лікувальній тактиці при гострому холециститі з диференційованим використанням сучасних малоінвазивних хірургічних втручань і етапних операцій [Клименко В.М., Кравченко С.М., Вдовіло С.В. Вибір тактики лікування при гострому калькульозному холециститі // Шпитальна хірургія. - 2004. - №2. - С.79-82].

У хворих на гострий калькульозний холецистит часто виявляють щільний інфільтрат в ділянці п'ятки жовчного міхура, який сформований великим чіпцем, гепатодуоденальною зв'язкою, дванадцятипалою кишкою і печінковим кутом товстої кишки. Це може призвести до ятрогенного пошкодження позапечінкових жовчних шляхів і великих судин у воротах печінки. Частота таких пошкоджень, за даними різних дослідників, коливається від 0,2 до 1%.

Пропонуємо спосіб лапароскопічного оперативного виділення жовчного міхура, яка дозволяє попередити пошкодження позапечінкових жовчних протоків.

Методика виконання. Під інтубаційним наркозом, після обробки операційного поля,

накладання карбоксипневмоперітонеуму, через чотири троакари в черевну порожнину вводять лапароскоп, два затискачі та електрокоагулятор.

В подальшому проводять пункційну евакуацію з жовчного міхура гнійної жовчі. Тракцію жовчного міхура проводять затискачем Бебкока через 10мм троакар введений в правому підбер'ї. З метою профілактики пошкодження загальної жовчної протоки у таких хворих починають розділення інфільтрату не в ділянці інфільтрованої шийки, а дещо вище - на п'ятці жовчного міхура. Розсікають інфільтровані тканини по всій окружності п'ятки. Ідентифікують межу між інфільтрованими тканинами і стінкою жовчного міхура, частково тупим, частково гострим шляхом опускають запальні тканини вниз до гепатодуоденальної зв'язки. Лівою рукою проводять тракцію жовчного міхура за п'ятку вгору і дещо до пупка. Як показують наші спостереження, у більшості випадків інфільтрат досить легко анатомічно відділяється та швидко ідентифікуються елементи шийки жовчного міхура.

Запропонована методика операції виконана у 54 хворих з гострим калькульозним холециститом ускладненим паравезикальним інфільтратом. В жодного хворого не було ятрогенного пошкодження загальної жовчної протоки.

Наводимо клінічні приклади.

Приклад 1

(19) **UA** (11) **29384** (13) **U**

Хвора О., 66р., медична карта стаціонарного хворого №3010, поступила планово в хірургічний відділ МКЛ №1 м.Івано-Франківська 16 травня 2005 року зі скаргами на болі в правому підребр'ї, нудоту, гіркоту в роті, загальну слабкість.

Дані об'єктивного обстеження. Загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові звичайного забарвлення. Підшкірна жирова клітковина розвинена помірно. В легенях везикулярне дихання, частота дихання - 17 за 1 хвилину. Тони серця ритмічні, звучні, артеріальний тиск-САТ - 145/75мм.рт.ст. Пульс-78 ударів за 1 хвилину, ритмічний, задовільного наповнення і напруження. Місце хвороби. Язик дещо обкладений білим налетом, підсихає. Живіт симетричний приймає участь в акті дихання, при пальпації помірно болючий в правому підребр'ї. Відмічається болючість в точці Кера та позитивний симптом Ортнера. При аускультції живота перистальтика дещо ослаблена. Дані лабораторних показників в межах норми. Діагноз: Гострий калькульозний холецистит

17 травня 2005 року проведена лапароскопічна холецистектомія під інкубаційним наркозом. Виявлено жовчний міхур у злуковому процесі з великим сальником, та гепатодуоденальною зв'язкою. В ділянці шийки - виражений паравезикальний інфільтрат. Елементи шийки виділено за запропонованою методикою. В післяопераційному періоді проводилась антибактеріальна терапія, ускладнень не було. Післяопераційні рани загоїлися первинним натягом. 23 травня 2005р. хвора в задовільному стані виписана додому із стаціонару. Хвора оглянута 15.06.2005р., хвора працює і виконує домашню роботу.

Приклад 2

Хвора Ж., 40р., медична карта стаціонарного хворого №3086, поступила планово в хірургічний відділ МКЛ №1 м.Івано-Франківська 9 травня 2006року зі скаргами на болі в правому підребр'ї та епігастрії, нудоту, гіркоту в роті. Дані об'єктивного обстеження. Загальний стан хворої задовільний. Шкіра та видимі слизові звичайного забарвлення. Підшкірна жирова клітковина розвинена помірно. В легенях везикулярне дихання, частота дихання - 18 за 1 хвилину. Тони серця ритмічні, звучні, артеріальний тиск-САТ - 140/80мм.рт.ст. Пульс - 88 ударів за 1 хвилину, ритмічний, задовільного наповнення і напруження. Місце хвороби. Язик дещо обкладений білим налетом, підсихає. Живіт симетричний приймає участь в акті дихання, при пальпації помірно болючий в правому підребр'ї та епігастрії. Відмічається позитивний симптом Ортнера та Георгіївського-Мюсі. При аускультції живота перистальтика активна регулярна. Дані лабораторних показників в межах норми. Діагноз: Гострий калькульозний холецистит. Реактивний панкреатит.

11 травня 2005 року проведена лапароскопічна холецистектомія. При ревізії виявлено жовчний міхур у злуковому процесі з великим сальником, та гепатодуоденальною зв'язкою. Для виділення шийки жовчного міхура

була застосована описана вище методика. В післяопераційному періоді проводилась антибактеріальна терапія, ускладнень не було. Післяопераційні рани загоїлися первинним натягом.

17 травня 2006р. хвора в задовільному стані виписана додому із стаціонару. Хвора оглянута 22.06.2005., хвора працює і виконує домашню роботу.