



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41666** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ЖІНОК ЗА КАШТАЛЬЯНОМ М.А.

1

2

(21) u200902241

(22) 16.03.2009

(24) 25.05.2009

(46) 25.05.2009, Бюл.№ 10, 2009 р.

(72) КАШТАЛЬЯН МИХАЙЛО АРСЕНТІЙОВИЧ, UA

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ, UA

(57) Спосіб відеолапароскопічної холецистектомії у жінок, який полягає у малоінвазивному видаленні жовчного міхура з використанням істотних отворів, який **відрізняється** тим, що через параумбіліка-

льний лапаропорт вводять стандартний 10-мм лапароскоп, в епігастральний лапаропорт через пупкове кільце вводять лапароскопічні інструменти та 5-мм відеокамеру, а тракцію жовчного міхура виконують за допомогою вигнутої спиці Киршнера, видаляють жовчний міхур, після чого переміщують його у малий таз і вилучають із черевної порожнини через рану заднього склепіння піхви, яку створюють 12-мм троакарном, через який вводять зати-скач для евакуації жовчного міхура.

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути застосована при хірургічному лікуванні хронічного холециститу у жінок.

Відома методика виконання лапароскопічної холецистектомії з застосуванням 3-4 проколів в черевній стінці [1]. Накладається 10мм відео порт параумбілікально, а також 10-мм лапаропорт для робочого інструменту - в епігастральній області, лапаропорт для затиску - у правому підреб'ї по передньопідм'язовій лінії для тракції жовчного міхура в області кармана Гартмана, і, при необхідності, 5мм лапаропорт - на 3-4см нижче правої реберної дуги по середньо ключичній лінії для тракції за дно жовчного міхура (ЖМ). Після цього проводиться мобілізація жовчного міхура і елементів його шийки. Міхурний проток і міхурна артерія кліпуються кліпаплікатором через лапаропорт в епігастрії, а евакуації видаленого жовчного міхура здійснюються через розширений прокол в параумбілікальній області.

Недоліками вказаного методу є:

- часте нагноювання рани у місці вилучення макропрепарату;
- формування троакарних гриж в області 10мм лапаропортів, особливо після з метою евакуації макропрепарату;
- незадовільний косметичний результат операції;

- витрата до 20-30% часу операції на вилучення жовчного міхура з черевної порожнини.

Найбільш близьким до запропонованого способу відеолапароскопічної холецистектомії є опе-

рація холецистектомії, виконана за NOTES технологією [2]. Суть її полягає у тому, що в параумбілікальній області накладають один 5 мм лапаропорт для камери і інструментів, які вводять по черзі, а тракція ЖМ з одночасним підсвічуванням і отриманням зображення здійснюється за допомогою гнучкого фіброскопа, введеного у черевну порожнину через кольпотомічний отвір.

Однак, цей спосіб не є достатньо надійним через застосування 5 мм інструментів, потребує участь в операції спеціаліста, що володіє навичками ендоскопії гнучкими ендоскопами, тривалість операції (в середньому 105 хвилин) та значна коштовність її.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу відеолапароскопічної холецистектомії у жінок за допомогою гнучких ендоскопів, які вводять в черевну порожнину через істотні отвори, а саме через пупкове кільце і через прокол заднього склепіння піхви, що дозволить покращити косметичний результат операції за рахунок відмови від використання 5мм лапаропорту, а також зменшити післяопераційні болі в області лапаропортів.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, через параумбілікальний лапаропорт вводять стандартний 10мм лапароскоп, в епігастральний лапаропорт через пупкове кільце вводять лапароскопічні інструменти та 5мм відеокамеру, а тракцію жовчного міхура виконують за допомогою вигнутої спиці Киршнера, видаляють жовчний міхур, після чого переміщують його у малий таз і вилучають із черевної порожнини через

(13) **U**
(11) **41666**
(19) **UA**

рану заднього склепіння піхви, яку створюють 12мм троакаром, через який вводять затискач для евакуації жовчного міхура.

Спосіб виконується наступним чином.

Запропоновані варіанти введення фіброскопу і видалення препарату через піхву, а також порожні органи (шлунок, сечовий міхур, пряму кишку), але це потребує спеціальної апаратури і підготовленого персоналу, в значній мірі зростає безпека інфікування черевної порожнини патогенними мікроорганізмами.

Істотним отвором вважається і пупкове кільце. При проведенні операції лапароскоп, а потім фіброгастроскоп, вводили через прокол параумбілікальної області у межах пуп очного кільця, жовчний міхур вилучали через цей порт.

Спосіб застосовується у молодих жінок, які налягають на мінімальній травматизації шкірних покривів. Суть метода полягає у наступному.

Перший 10мм лапароскоп вводили безпосередньо через пупкове кільце. Виконують ревізію черевної порожнини. При благоприємних умовах для використання передбачуваної операції вводять другий 5мм лапароскоп в області основи мечевидного відростка після вилучення 10-мм лапароскопа після завершення ревізії. Через нього вводять основні робочі інструменти. Жовчний міхур пунктують, аспірують його вміст, місце пункції «заварюють» за допомогою електростимуляції. Через прокол для введення пункційної голки вводять зігнутий у форі гачка спицю Киршнера і з її допомогою здійснюють необхідну тракцію. Виділяють міхуровий проток і міхурну артерію, пересікають їх між кліпсами, як було описано вище. ЖМ виділяють

із ложа за допомогою електрокоагуляції. Після видалення ЖМ зміщують у малий таз. За допомогою 12мм троакара виконують прокол заднього склепіння піхви. Введеним затиском захоплюють і вилучають ЖМ. Прокол заднього склепіння піхви не потребує ушивання. При необхідності дренаж підводять через 5мм лапаропорт у основи мечевидного відростка. Рану в області пупка ушивають одним швом.

За допомогою даного методу оперовано 14 хворих, із них 6 були з гострим холециститом, оперовані у перші дві доби від початку нападу, і двоє хворих прооперовані у «холодному періоді», але у них виявилася емпієма жовчного міхура. Ускладнень не відмічено. Запалення в областях введення лапаропортів не було. Середній ліжкодень склав 2 доби.

В порівнянні з найближчим аналогом запропоноване технічне рішення дозволяє покращити косметичний результат операції, зменшити післяопераційні болі і ускладнення (нагноєння, грижі) в областях введення лапаропортів, а також знизити кошовність операції.

Література:

1. Ткачук О.Г., Шевчук І.М., Герич Р.П., Месєдова В.А., Федорика Р.М. Порівняльний аналіз способів видалення жовчного міхура з черевної порожнини при лапароскопічній холецистектомії // Шпитальна хірургія. -2007. -№4.-С.93-95с.

2. Грубник В.В., Грубник Ю.В. Перший досвід NOTES холецистектомії: поєднання трансвагінального і трансумбілікального доступу // Шпитальна хірургія. - 2007. - №4. - С.5-7.