



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **53183** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ ТА ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ**

1

2

(21) u201003857

(22) 06.04.2010

(24) 27.09.2010

(46) 27.09.2010, Бюл.№ 18, 2010 р.

(72) ГРУБНІК ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ,  
ГРУБНІК ВОЛОДИМИР ЮРІЙОВИЧ, КОВАЛЬЧУК  
ОЛЕКСАНДР ЛЕОНІДОВИЧ(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ

**(57)** Спосіб виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих на жовчнокам'яну хворобу з хронічним гепатитом та цирозом печінки, який **відрізняється** тим, що спеціальною голкою через шкіру проводять нитку навколо круглої зв'язки печінки і потім тією ж голкою виводять назовні нитку, після цього підтягують її доверху і відводять ліву долю печінки для створення нормального та зручного доступу до гепатодуоденальної зв'язки та шийки жовчного міхура.

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме хірургії, і може бути використана при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих з жовчнокам'яною хворобою з цирозом та хронічним гепатитом.

У хворих на хронічний гепатит та цироз при виконанні лапароскопічної холецистектомії нерідко виникають серйозні технічні труднощі внаслідок різко збільшеної гіпертрофованої лівої долі печінки, яка покриває гепатодуоденальну зв'язку та трикутник Кало. У таких випадках рекомендують, як правило, вводити додатковий троакар, через який вводиться інструмент, за допомогою якого відводиться ліва доля печінки [1, 3].

Але методика не бездоганна, том що введення додаткових троакарів підвищує травматичність операції і погіршує косметичний ефект. Крім того, при наявності портальної гіпертензії введення додаткових троакарів підвищує ймовірність пошкодження вен передньої черевної стінки з наступною масивною кровотечею. Відведення лівої долі печінки за допомогою ретрактора нерідко призводить до пошкодження паренхіми печінки, розривам в області круглої зв'язки, що супроводжується кровотечами і ускладнює проведення операції.

Найбільш близькою до запропонованої методики за способом є класична американська методика з введенням 3-х троакарів у типових точках, виконанні холецистектомії і видаленням жовчного міхура у контейнері через троакарний прокол в області пупка. [2]

Але при цирозі і гепатомегалії у хворих ця методика спряжена з технічними труднощами, через те що гіпертрофована ліва доля печінки нависає над операційним полем і не дає достатньої можливості маневру для виділення печінково-дванадцятипалої зв'язки і шийки жовчного міхура.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих на жовчнокам'яну хворобу з хронічним гепатитом та цирозом печінки шляхом оптимізації доступу до операційного поля за допомогою механічної тракції лівої долі печінки, що дозволить знизити ризик ускладнень, пов'язаних з травматизацією гіпертрофованої лівої долі печінки, печінково-дванадцятипалої зв'язки, кровотечею з вен передньої черевної стінки при введенні додаткового троакара, а також значно технічно спростить і прискорить виконання холецистектомії у цієї групи хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, спеціальною голкою через шкіру проводять нитку навколо круглої зв'язки печінки і потім тією ж голкою виводять назовні нитку, після чого підтягують її доверху і відводять ліву долю печінки для створення нормального та зручного доступу до гепатодуоденальної зв'язки та шийки жовчного міхура.

Запропонованим методом було проліковано 26 хворих.

У всіх випадках нам вдалося досягнути зменшення часу операції в порівнянні з класичною методикою. В жодному випадку не спостерігалось

(13) **U**  
(11) **53183**  
(19) **UA**

пошкодження паренхіми печінки та рецидивної кровотечі в післяопераційному періоді.

В порівнянні з найближчим аналогом запропонований спосіб дозволяє знизити ризик ускладнень, пов'язаних з травматизацією гіпертрофованої лівої долі печінки, печінково-дванадцятипалої зв'язки, кровотечею з вен передньої черевної стінки при введенні додаткового троакара, а також значно технічно спростить і прискорить виконання холецистектомії у цієї групи хворих.

Джерела інформації:

1. Ничитайло М.Е. Грубник В.В., и др. (2005). Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков Київ: "Здоров'я". - 424с.

2. Schiff J., Mirsa M., Rendon G., Royhschild J. et al. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. - Surg.Endosc. - 2005. - Vol.19. - №9. - P.1278-1281.

3. Lau H., Lo C.Y., Patil N.G., Yuen W.K. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. A metaanalysis. Surg. Endosc. - 2006. - Vol.20. - №1. - P.82-87.