



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 68870

(13) C2

(51) МПК (2006)
A61B 17/12МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ПЕРЕВ'ЯЗКИ МІХУРОВОЇ ПРОТОКИ ПРИ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

1

2

(21) 20031110256

(22) 13.11.2003

(24) 16.10.2006

(46) 16.10.2006, Бюл. № 10, 2006 р.

(72) Кустрьо Валерій Іванович, Кустрьо Олександра Валеріївна

(73) Кустрьо Валерій Іванович, Кустрьо Олександра Валеріївна

(56) SU 619176 15.08.1978

RU C1 2145198 10.02.2000

(57) Спосіб перев'язки міхурової протоки при холецистектомії, який включає виділення міхурової протоки, її циркулярну скелетизацію, перев'язку та пересічення, який **відрізняється** тим, що циркулярну скелетизацію міхурової протоки виконують тільки з боку жовчного міхура до рівня її пересічення, а біля місця впадання міхурової протоки в загальну жовчну протоку між останніми, через сполучно-тканинні волокна, утворюють канал, через який протягують лігатуру і перев'язують міхурову протоку.

Винахід відноситься до медицини, а саме до холецистектомії при хірургії і може бути використаний при виконанні холецистектомії в зв'язку з жовчнокам'яною хворобою.

Відомі способи перев'язки міхурової протоки при холецистектомії по яким виділяють міхурову протоку, скелетизують її циркулярно на всьому протязі від міста впадіння в загальну жовчну протоку з пересіченням її судин та лімфатичних протоків, після чого її пересікають та перев'язують [1]. Відомий також спосіб перев'язки міхурової протоки по якому виділяють міхурову протоку також скелетизують її циркулярно на всьому протязі з пересіченням її судин та лімфатичних протоків, після чого її кліпують за допомогою кліпера, а потім пересікають [2].

Недоліком цих способів є велика кількість ускладнень в зв'язку з тим, що міхурову протоку скелетизують циркулярно на всьому протязі пересіченням її судин та лімфатичних протоків, що супроводжується порушенням кровообігу та лімфодинаміки в міхуровій протоці, некрозом її дистальної частини, сковзанням лігатури з розвитком жовчореї та перитоніту, окрім того пошкодження мілких коротких судин які знаходяться в близьості від загальної жовчної протоки супроводжується кровотечею, що потребує виконання гемостазу при виконанні якого можливе пошкодження стінки останньої.

Найближчим аналогом є спосіб перев'язки міхурової протоки при холецистектомії, який включає виділення міхурової протоки, скелетизацію її циркулярно на всьому протязі з пересіченням її судин та лімфатичних протоків, після чого її перев'язу-

ють вузлом Редера, після чого її пересікають [3].

Недоліками способу-аналога також є велика кількість ускладнень із-за порушення кровообігу та лімфодинаміки в куксі міхуровій протоці внаслідок циркулярної її скелетизації на всьому протязі з пересіченням її судин та лімфатичних протоків, що може супроводжуватись некрозом її дистальної частини, сковзанням лігатури з розвитком жовчореї та перитоніту.

Задачею винаходу є розробка такого способу перев'язки міхурової протоки при холецистектомії, який за рахунок збереження кровообігу та лімфодинаміки в куксі міхуровій протоці, забезпечував би зниження кількості ускладнень в вигляді розвитку некрозу дистальної частини її кукси, сковзання лігатури, розвиток жовчореї та перитоніту.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі перев'язки міхурової протоки при холецистектомії, який включає виділення міхурової протоки її циркулярну скелетизацію, перев'язку та пересічення, згідно винаходу, циркулярну скелетизацію міхурової протоки виконують тільки з боку жовчного міхура до рівня її пересічення, а біля міста впадання міхурової протоки в загальну жовчну протоку між останніми, через сполучнотканинні волокна, утворюють канал через який протягують лігатуру і перев'язують її міхурову протоку.

Виконання циркулярної скелетизації міхурової протоки тільки з боку жовчного міхура до рівня її пересічення дозволяє зберегти кровообіг та лімфодинаміку в куксі міхурової протоки дистальніше її перев'язки, що попереджує некроз кукси, окрім того в утвореному каналі лігатура надійно утримується, чим попереджують її сковзання, що і сприяє

(13) C2

(11) 68870

(19) UA

зниженню кількості ускладнень та попередження розвитку жовчореї та перитоніту.

Спосіб виконують наступним чином. Вскривають черевну порожнину в правому підребер'ї. Виконують виділення міхурової протоки в безсудинній зоні по латеральній її поверхні з візуалізацією місця впадіння міхурової протоки в загальну жовчну протоку.

Виконують циркулярну скелетизацію міхурової протоки тільки з боку жовчного міхура до припустимого рівня її пересічення. На відстані 4-5 мм від міста впадіння міхурової протоки в загальну жовчну протоку між латеральною стінкою загальної жовчної та медіальною стінкою міхурової протоки утворюють канал, через який протягують лігатуру, якою перев'язують міхурову протоку, при цьому зберігають судини та лімфатичні протоки міхурової протоки, які проходять з боку латеральної стінки загальної жовчної протоки до дистальної частини її кукси. Відступаючи на 10 мм від попередньої лігатури ближче до жовчного міхура накладають другу лігатуру між якими пересікають міхурову протоку. Окремо перев'язують міхурову артерію. Видаляють жовчний міхур від шийки, дренують підпечінкове заглиблення, операцію завершують зашиванням передньої черевної стінки.

При виконанні лапароскопічної холецистектомії канал утворюють аналогічним чином, після чого на міхурову протоку накладають кліпсу.

Приклад: хворий І., 1936р. н., № і.х.3779 поступила у відділення 6.08.2003р. зі скаргами на болі в правому підребер'ї з іррадіацією в праву лопатку. Хворіє на протязі 10 років. Комплексно обстежена, встановлений діагноз: загострення хронічного калькульозного холециститу. Після проведення передопераційної підготовки 8.08.2003р. хвора прооперована. Під ендотрахеальним наркозом, мінімальним трансректальним доступом довжиною 4,0 см вскрита черевна порожнина, візуалізоване дно жовчного міхура, в проекції якого паралельно його осі 5,0 мм троакаром утворений канал для маніпуляцій, через який до черевної порожнини ввели затискач лапароскопічного набору, захопили шийку жовчного міхура. В проекції осі міхурової протоки та артерії троакаром 5,0 мм по середній лінії черева утворили робочий канал через який в черевну порожнину ввели ножиці лапароскопічного набору. Виконали виділення міхурової протоки в безсудинній зоні по латеральній її поверхні з візуалізацією місця впадіння міхурової протоки в загальну жовчну протоку. На відстані 5 мм від міста впадіння міхурової протоки в загальну жовчну протоку, через сполучно-тканинні волокна між латеральною стінкою загальної жовчної та медіаль-

ною стінкою міхурової протоки, утворили канал, через який протягли лігатуру, якою перев'язали міхурову протоку, при цьому зберегли судини та лімфатичні протоки міхурової протоки, які проходять в сполучно-тканинних волокнах з боку латеральної стінки загальної жовчної протоки до дистальної частини її кукси. Відступили на 10 мм від попередньої лігатури ближче до жовчного міхура наклали другу лігатуру між якими пересікли міхурову протоку. Тракцію, ротацію жовчного міхура при його виділенні виконували через маніпуляційний канал зажимом лапароскопічного набору, виділення елементів жовчного міхура виконували через робочий канал, перев'язку та пересічення міхурової протоки, артерії виконали через основний мінімальний доступ, після чого подальшу мобілізацію його виконували через робочий канал. Видалили жовчний міхур через основний доступ. Установили дренаж черевної порожнини, зашили пошарово рану. Наклали інтрадермальний шов шкіри.

Післяопераційний період протікав гладко без ускладнень. Активізація хворого наступила через 6 годин, хворий ходив по палаті, доглядав за собою самостійно. Дренаж черевної порожнини видалили через 24 години. На 3 добу хворий в задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування, через 14 днів працездатний.

Запропонований спосіб застосований у 17 хворих з калькульозним холециститом, хворі легко перенесли операцію, середні строки лікування в стаціонарі після операції 4,5 доби, середнє перебування на лікарняному листі 14 днів. Ускладнень в післяопераційному періоді не спостерігалось. У той же час у 17 хворих оперованих з цією же патологією по способу - найближчому аналогу, у трьох відмічалась жовчорея, середнє перебування в стаціонарі після операції 11,3 доби, середнє перебування на лікарняному листі 37 днів.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє зменшити число післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації

1. Богуслав Нидерле. Хирургия желчных путей. Прага, 1982, с.183-184.

2. Шулуто А.М., Данилов А.П., Маркова З.С. и др. Минилапаротомия при хирургическом лечении калькулезного холецистита. Хирургия 1997, №1, с.36-37.

3. Бобров О.Е., Мендель Н.А., Бучнев В.И., и др. Применение узла Редера при холецистектомии из минидоступа. Сборник научных работ співробітників КМАПО ім. Шупика П.Л. Київ 2000, вип.9, кн.4, с.296-297 - найближчий аналог.