

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для хірургічного лікування жовчно-кам'яної хвороби.

Відомі способи холецистектомії по яким виконують лапаротомію в правому підребрі, виділяють, пересікають та перев'язують міхурову протоку та артерію після чого видаляють жовчний міхур від шийки [1]. Відомий також спосіб холецистектомії по якому виконують лапаротомію, виділяють жовчний міхур від дна, перев'язують, пересікають міхурову протоку та артерію, видаляють жовчний міхур [2].

Недоліки цих способів є висока травматичність, так як холецистектомію виконують шляхом широкої лапаротомії, що супроводжується, великою тривалістю лікування та непрацездатності, вираженими болями в післяопераційному періоді, значною кількістю післяопераційних ускладнень, розвитком післяопераційних гриж.

Найближчим аналогом є спосіб холецистектомії який включає виділення, перев'язку, пересікання міхурової протоки та артерії, видалення жовчного міхура з застосуванням мінімального доступу довжиною 3,5-4,0см в правому підребрі [3].

Недоліками аналога є складні технічні умови виконання операції із-за поганого візуального контролю так як маніпуляції жовчним міхуром, виділення та видалення його виконують через одну апертуру, в зв'язку з чим маніпуляційний, робочий та візуальний канал ідуть паралельно один до одного, що супроводжується можливими інтраопераційними ускладненнями - помилковим вскриттям порожнини жовчного міхура, інфікуванням операційного поля.

Задачею винаходу є розробка такого способу холецистектомії, який за рахунок утворення окремого каналу для маніпуляцій жовчним міхуром, та робочого каналу для інструментів при виділенні, обробці елементів жовчного міхура, та його видаленні, - забезпечував би покращання візуального контролю та технічних умов при виконанні холецистектомії.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі холецистектомії, який включає виділення, перев'язку, пересічення міхурової протоки та артерії, видалення жовчного міхура з застосуванням мінімального доступу довжиною 3,5-4,0см в правому підребрі, згідно винаходу, в передній черевній стінці троакаром утворюють маніпуляційний канал паралельно осі жовчного міхура в проекції його дна, через який затискачем проникають в черевну порожнину і захоплюють шийку жовчного міхура, та робочий канал - в проекції елементів жовчного міхура по середній лінії черева через який виконують виділення міхурової протоки та артерії.

Виконання окремого каналу для маніпуляцій жовчним міхуром, та окремого робочого каналу для інструментів при виділенні міхурової протоки та артерії дозволяє забрати інструменти із основного доступу, в зв'язку з чим осі візуального, робочого та маніпуляційного каналу не співпадають, а знаходяться під кутом один до одного, так як вони проходять не через одну апертуру, а через різні точки входу в черевну порожнину, що і забезпечує покращання візуального контролю і технічних умов виконання операції.

Спосіб виконують наступним чином. Вскривають черевну порожнину мінімальним доступом довжиною 3,5-4,0см в правому підребрі. Паралельно осі жовчного міхура в проекції його дна троакаром 5мм утворюють канал для маніпуляцій жовчним міхуром через який затискачем лапароскопічного набору проникають в черевну порожнину і захоплюють шийку жовчного міхура. Паралельно осі елементів жовчного міхура по середній лінії черева другим троакаром 5,0мм утворюють робочий канал через який в черевну порожнину вводять інструменти якими виконують виділення міхурової протоки та артерії, які поокремо перев'язують та пересікають, візуальний контроль операції при цьому виконують через основний мінімальний доступ (візуальний канал). Видаляють жовчний міхур, дренують підпечінкове заглиблення, операцію завершують зашиванням передньої черевної стінки.

Приклад: хвора П., 1950 р. н., і. х. №7968 поступила у відділення 6.08.2003р. зі скаргами на болі в правому підребрі з іррадіацією в праву лопатку. Хворіє на протязі 6 років. Комплексно обстежена, встановлений діагноз: загострення хронічного калькульозного холециститу. Після проведення передопераційної підготовки 8.08.2003 р. хвора прооперована. Під ендотрахеальним наркозом, мінімальним трансектальним доступом довжиною 4,0см вскрита черевна порожнина, візуалізоване дно жовчного міхура в проекції якого паралельно його осі 5,0мм троакаром утворений канал для маніпуляцій через який до черевної порожнини вводять затискач лапароскопічного набору, захопили шийку жовчного міхура. В проекції осі міхурової протоки та артерії троакаром 5,0мм по середній лінії черева утворили робочий канал через який в черевну порожнину ввели ножиці лапароскопічного набору. 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. Зашили пошарово рану. Накладали інтрадермальний шов шкіри. Під час операції відмітили хороший візуальний обзор операційного поля.

Післяопераційний період протікав гладко. Активізація хворої наступила через 6 годин, хвора ходила по палаті, доглядала за собою самостійно. Дренаж черевної порожнини видалили через 24 години. На 3 добу хвора в задовільному стані виписана на амбулаторне лікування через 2 тижні -працездатна.

Запропонований спосіб застосований у 11 хворих з калькульозним холециститом, хворі легко перенесли операцію, середні строки лікування в стаціонарі після операції 3,5 доби, середнє перебування на лікарняному листі 14 діб. Ускладнень пов'язаних з поганим візуальним контролем не спостерігалось. У той же час із 11 хворих оперованих за способом найближчому аналогу, удвох було помилкове вскриття жовчного міхура із-за поганого візуального контролю, середнє перебування в стаціонарі після операції 5.1 доби, середнє перебування на лікарняному листі 21 день.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє покращити візуальний контроль і технічні умови виконання холецистектомії.

Джерела інформації:

1. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев. 1993, стр.278-284.

2. Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Полупан В.Н. Атлас операций на печени, желчных путях,

поджелудочной железе и кишечнике. Москва. Медицина. 1979., стр.71.

3. Масалин М.М. Холецистэктомия из небольшого разреза брюшной стенки. Хирургия 1988., №9., стр.62-64 - ближайший аналог.