



УКРАЇНА

(19) UA (11) 19587 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

1

(21) u200607738

(22) 10.07.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.

(72) Грінцов Олександр Григорович, Куніцький Юрій Леонідович, Совпель Олег Володимирович, Трунов Анатолій Євгенійович, Філатов Олексій Юрійович, Христуленко Андрій Олександрович, Фадеєва Юлія Олександрівна

2

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.ГОРЬКОГО

(57) Спосіб холецистектомії, що включає виділення, лігування міхурової протоки, артерії і видалення жовчного міхура, який **відрізняється** тим, що міхурову протоку і міхурову артерію лігують шляхом коагуляції затискачем апарата "Високочастотний електрокоагулятор ЕК-300 М1".

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме до хірургії і може бути використана для хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, хронічного, гострого калькульозного холецистита, їх ускладнень (холедохолітіаз, механічна жовтяниця, жовчний перитоніт та ін.)

Відомий спосіб холецистектомії [1], який включає виділення міхурової протоки на відстані приблизно 5мм від загальної жовчної протоки, міхурової артерії в трикутнику Кало, пересічення міхурової протоки міхурової артерії, лігування їх культі аподактильним способом і видалення жовчного міхура. Даний спосіб холецистектомії близький нам за технічною суттю і вибраний як прототип. Виконують спосіб-прототип наступним шляхом. Розсікають серозну оболонку печінково-дванадцятипалого зв'язування по його правому краю в проекції міхурової протоки, виділяють його до міста впадіння в загальну жовчну протоку, накладають перпендикулярно міхуровій протоці затискувач конструкції Федорова, або Більрота на відстані 5 мм від міста з'єднання його з загальним жовчним протоком, другий затискувач дістально й ближче до шийки жовчного міхура, пересікають міхурову протоку між затискувачами с наступним лігуванням проксимального кінця пересіченого міхурової протоки капроною і кетгутовою лігатурами аподактильним способом, тобто руками. Далі в трикутнику Кало виділяють міхурову артерію до міста її впадіння в жовчний міхур, накладають затискувач конструкції Федорова перпендикулярно міхуровій артерії якнайближче до стінки жовчного міхура, пересікають міхурову

артерію між затискувачем і стінкою жовчного міхура, лігують артерію капроною ниткою аподактильним способом, видаляють жовчний міхур.

Недоліками вищезгаданого способу холецистектомії є те, що у повних хворих (а більшість хворих із жовчнокам'яною хворобою - це жінки з великою вагою) при наявності великої глибини операційної рани, тобто міста приложення мануальних дій хірурга можливі ускладнення у виді недостатньої фіксації вузлів лігатури на культі міхурової протоки, що може привести до неспроможності зав'язаної лігатури з наступним витіканням жовчі в черевну порожнину і розвитком жовчного перитоніту. Неспроможність лігатури, зав'язаної на міхуровій артерії призводить до внутрішньочеревної кровотечі, яка складає безпосередню загрозу для життя хворого. Крім того, занурення навіть одної руки хірурга до дна операційної рани, як того потребує спосіб аподактильного лігування міхурової протоки і артерії при холецистектомії з зав'язуванням мінімум трьох вузлів (капронова нитка) потребує достатньо великого розрізу передньої черевної стінки (найбільш популярний - розріз по Кохеру).

У хворих похилого віку, й тим більше в умовах ускладнень жовчнокам'яної хвороби (жовчний перитоніт) у найближчому післяопераційному періоді значна травма передньої черевної стінки приводить до виключення її з акту дихання і як наслідок цього - погіршенню функції зовнішнього дихання, що є головною причиною розвитку гіпостатичної пневмонії і погіршенню течії післяопераційного періода. Крім цього, залишення

(19) UA (11) 19587 (13) U

інородного тіла (капронова нитка) на тлі перитоніту у деяких випадках приводить до розвитку лігатурної нориці черевної порожнини, що завжди потребує повторного оперативного втручання.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу холецистектомії в якому забезпечується підвищення ефективності хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби і її ускладнень за рахунок попередження післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі холецистектомії, що включає виділення, лігування міхурової протоки, артерії і видалення жовчного міхура згідно корисній моделі міхурову протоку і міхурову артерію лігують шляхом коагуляції затискачем апарата "Высокочастотный электрокоагулятор ЕК-300 М1" [2].

Заявлений спосіб пояснюється кресленнями:

Фіг. 1 Виділення міхурової протоки із оточуючих тканин.

Фіг. 2 Коагуляція проксимального кінця міхурової протоки, міхурової артерії затискувачем апарата "Высокочастотный электрокоагулятор ЕК-300 М1"

Фіг. 3 Пересічення міхурової протоки, міхурової артерії.

Спосіб виконують наступним шляхом: виконують лапаротомію косим підреберним розрізом Кохера. Відмежовують жовчний міхур і печінкове - дванадцятипале зв'язування марлевими тампонами і червоними "дзеркалами". Гострим шляхом розсікають зовнішній край печінково-дванадцятипалого зв'язування в проекції міхурової протоки. Виділяють міхурову протоку із оточуючих тканин до місця його впадіння в загальний жовчний проток. Накладають затискувач апарата "Высокочастотный электрокоагулятор ЕК-300 М1" на міхурову протоку на відстані 5 мм від міста його впадіння в загальний жовчний проток, виконують коагуляцію. Дістальний відділ міхурової протоки безпосередньо біля шийки жовчного міхура перетискають вигнутим затискувачем Федорова. Довгими ножницями Зібальта пересікають міхурову протоку між коагульованою часткою і затискувачем Федорова, (між 1 і 2 - Фіг. 3). Далі виділяють міхурову артерію в трикутнику Капо і коагулюють її таким же способом, видаляють жовчний міхур. При цьому руки хірурга жодного разу не занурюються до глибини операційної рани. Дренують черевну порожнину і зашивають операційну рану.

В клініці хірургічних хвороб стомат. факультету Донецького державного медичного університету ім. М.Горького на базі ЦМКЛ №1 по заявленому способу оперовано 16 хворих з хронічним, гострим калькульозним холециститом та їх ускладненнями

у виді холедохолітіазу, механічної жовтяниці, жовчного перитоніту з різними розповсюдженням. Інтраопераційних і післяопераційних ускладнень у хворих, оперованих за заявленим способом не спостерігали.

Приклад 1. Хвора Б.. 63 років (історія хвороби № 316) госпіталізована в клініку хірургічних хвороб стомат. факультету ЦМКЛ № 1 м. Донецька 30.01.06 р. з діагнозом: ЖКХ, гострий калькульозний холецистит. Розріз черевної стінки - по Кохеру довжиною 10 см. На операції встановлено, що має місце гострий флегмонозний калькульозний холецистит. Виконана холецистектомія по заявленому способу. Післяопераційний період без ускладнень. Виписана на 8 добу після втручання. Оглянута через 4 місяця після операції - скарг немає.

Приклад 2. Хвора П.. 71 рік (історія хвороби № 118) госпіталізована в клініку хірургічних хвороб стомат. факультету ЦМКЛ №1 м. Донецька 10.01.06р. з діагнозом: гострий калькульозний холецистит. Після передопераційної підготовки виконана операція холецистектомія по заявленому способу. Післяопераційний період без ускладнень. Виписана на 9 добу після втручання. Оглянута через 2,5 міс після операції, скарг немає.

Приклад 3. Хвора Ч.. 79 років (історія хвороби №1115) госпіталізована в клініку хірургічних хвороб стомат. факультету ЦМКЛ №1 м. Донецька 30.12.05 р. з діагнозом: гострий калькульозний холецистит, холедохолітіаз, механічна жовтяниця, місцевий перитоніт. Після передопераційної підготовки виконана операція холецистектомія по заявленому способу, холедохолітомія, зовнішнє дренування холедоха по Вишневському. Розріз - довжиною 12 см. Післяопераційний період без ускладнень. Виписана на 10 добу після втручання. Оглянута через 6 міс після операції, скарг немає.

Таким чином, розроблений нами спосіб лігування міхурової протоки дозволяє:

- Виконувати невеликий доступ при холецистектомії завдяки тому, що лігування міхурової протоки і міхурової артерії здійснюється не аподактильним способом і потреби занурювати руку до глибини рани немає.

- Уникнути ускладнень в післяопераційному періоді, завдяки виключення розвитку лігатурної нориці, розвитку жовчного перитоніту, внутрішньочеревної кровотечі, розвитку порушень дихальної системи.

Джерела інформації, прийняті до уваги:

1. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. -К.: Здоров'я, 1975. - С. 86-88.

2. Патон Б.Е. Электрическая сварка мягких тканей в хирургии //Автоматическая сварка. - 2004.- № 9.- С. 7-11.

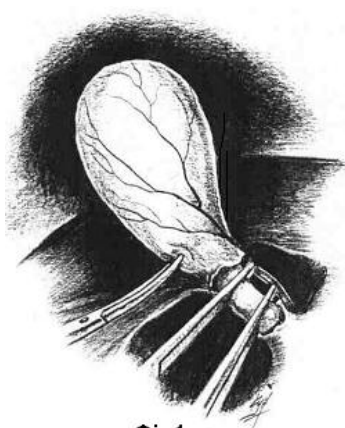


Fig. 1

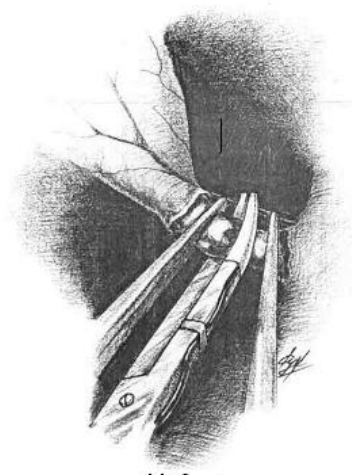


Fig. 2

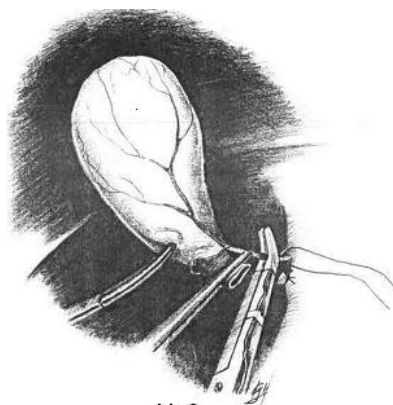


Fig. 3