



МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **117104** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2017 00914**
(22) Дата подання заявки: **01.02.2017**
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **12.06.2017**
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: **12.06.2017, Бюл.№ 11**

(72) Винахідник(и):
Галей Микола Михайлович (UA),
Дзюбановський Ігор Якович (UA),
Дзюбановський Олег Ігорович (UA),
Галей Катерина Миколаївна (UA),
Дудар Олександр Валерійович (UA),
Шаваров Іван Юрійович (UA),
Гнатюк Олег Ігорович (UA),
Жиленко Владислав Адольфович (UA)
(73) Власник(и):
Галей Микола Михайлович,
просп. Перемоги, 10, кв. 72, м. Луцьк, 43005 (UA),
Дзюбановський Ігор Якович,
вул. Стефаника, 20, м. Тернопіль, 46011 (UA),
Дзюбановський Олег Ігорович,
вул. Стефаника, 20, м. Тернопіль, 46011 (UA),
Галей Катерина Миколаївна,
просп. Перемоги, 10, кв. 72, м. Луцьк, 43005 (UA),
Дудар Олександр Валерійович,
вул. Прилуцька, 12, м. Луцьк, 43010 (UA),
Шаваров Іван Юрійович,
просп. Грушевського, 27, кв. 9, м. Луцьк, 43005 (UA),
Гнатюк Олег Ігорович,
вул. Арцеулова, 16, кв. 91, м. Луцьк, 43005 (UA),
Жиленко Владислав Адольфович,
просп. Перемоги, 10, кв. 115, м. Луцьк, 43005 (UA)

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА СУПУТНОЇ ГРИЖІ СТРАВХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

(57) Реферат:

Спосіб лікування калькульозного холециститу та супутньої грижі стравохідного отвору діафрагми, який включає проведення лапароскопічної холецистектомії та лапароскопічної крурорафії з фундоплікацією, причому при виконанні лапароскопічної холецистектомії 5-мм епігастральний порт з відомого місця введення - по серединній лінії під мечоподібним відростком - ротують під кутом 45 градусів латерально та каудально, а в точці перерізу передньоаксиллярної лінії та правої реберної дуги зі зміщенням на 2 см каудально вводять додатковий 5-мм порт.

UA 117104 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до малоінвазивної хірургії, і може бути використана при проведенні симультанних лапароскопічних оперативних втручань з приводу жовчокам'яної хвороби та грижі стовхідного отвору діафрагми в практиці роботи лікувально-профілактичних закладів практичної охорони здоров'я хірургічного профілю.

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є однією з найпоширеніших хірургічних хвороб серед дорослого населення з частотою виникнення 10-16 %, причому жінок частота даної патології в 4-6 разів вища, ніж у чоловіків. Крім того, у хворих на ЖКХ нерідко зустрічається інша супутня хірургічна патологія. В багатьох пацієнтів поряд з основним захворюванням виявляють супутні хірургічні хвороби (діагностовані паралельно з ЖКХ), вибір хірургічної тактики у таких хворих щодо основного та супутнього захворювання визначаємо як лапароскопічний відповідно до стандартів та протоколів.

Технічна зручність виконання симультанних лапароскопічних операцій залежить від правильного вибору точок введення лапаропортів. Інтраопераційні ускладнення, що виникають внаслідок інтраопераційної технічної незручності є результатом неправильної позиції введених троакарів.

Найближчим аналогом вибраний відомий спосіб вибору точок введення троакарів при виконанні поєднаних лапароскопічних операцій ["Симультанні лапароскопічні оперативні втручання при поєднаних захворюваннях органів черевної порожнини і малого тазу". Методичні рекомендації курсу ендохірургії кафедри ФПДО і загально лікувальної підготовки. Рязанський державний медичний інститут імені академіка Павлова 1.П., Рязань, 2000, с.7-73]. При виконанні поєднаних операцій на органах верхньої частини черевної порожнини, наприклад на шлунку, доступ включає зазвичай 5 точок введення інструментів: перша точка - для введення лапароскопа на 3-4 см вище пупка, друга точка - ретрактор для відведення круглої зв'язки печінки вправо, третя точка - для введення м'якого затискача, четверта точка - основний робочий порт для введення ножиць, дисектора, кліп-аплікатора, голкотримача, інструмента "EndoStitch", п'ята точка - додатковий порт для введення інструменту "бебкок" і фіксації шлунка.

Недоліком відомого способу є те що, виникає перехрест інструментів при тракції дна шлунка та незручності у виконанні холецистектомії. Іншим недоліком є перетин лівої руки другого асистента з правою рукою хірурга, що викликає швидшу втомлюваність останнього.

В основу корисної моделі поставлена задача створити такий спосіб лікування калькульозного холециститу та супутньої грижі стовхідного отвору діафрагми, який сприяв би мінімальній затраті енергоресурсу хірургів, швидкому та якісному виконанні даних оперативних втручань, завдяки вирішенню проблеми правильного вибору точок введення лапаропортів, що сприяє швидкому та якісному проведенню та правильному завершенню симультанних оперативних лапароскопічних втручань.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування калькульозного холециститу та супутньої грижі стовхідного отвору діафрагми, який включає проведення лапароскопічної холецистектомії та лапароскопічної круорографії з фундоплікацією, згідно з корисною моделлю, при виконанні лапароскопічної холецистектомії 5-мм епігастральний порт з відомого місця введення - по серединній лінії під мечоподібним відростком - ротують під кутом 45 градусів латерально та каудально, а в точці перетину передньоаксиллярної лінії та правої реберної дуги зі зміщенням на 2 см каудально вводять додатковий 5-мм порт.

Загальними положеннями при виконанні поєднаних (симультанних) операцій є наступні умови: при виконанні кожного етапу операції необхідно, щоб очі хірурга, руки, зона оперативного втручання і монітор знаходилися на одній лінії. З урахуванням цієї вимоги в ході операції розташування монітора може змінюватися в залежності від виконуваного етапу. Використання оптики (30°), робить можливою візуалізацію об'єкта з будь-якого боку. Доступ для введення першого троакара для оптики розташовують на 4-5 см вище пупка по середній лінії.

Спосіб доступу при хірургічному лікуванні калькульозного холециститу та грижі стовхідного отвору діафрагми, що полягає в наступному розташуванні робочих інструментів для симультанних операцій у хворих з жовчокам'яною хворобою та грижею стовхідного отвору діафрагми:

1. 10-мм порт для візуалізації черевної порожнини та операційного поля (розміщення лапароскопа);
2. 5-мм порт для тракції лівої долі печінки, а згодом для маніпуляцій з жовчним міхуром;
3. 5-мм порт для маніпуляцій в ділянці стовхідного отвору діафрагми, а згодом - основний робочий інструмент при холецистектомії;
4. 10-мм порт для маніпуляцій в ділянці стовхідного отвору діафрагми (для EndoStitch), згодом - для кліпування кліпаплікатором міхурової протоки та артерії;

5. 10-мм порт для маніпуляцій в ділянці кардіального відділу шлунка та для візуалізації при вилученні жовчного міхура.

6. 5-мм порт для тракції дна жовчного міхура.

Для симультанного лапароскопічного виконання лапароскопічної крурорафії з фундоплікацією (ЛКФ), а згодом лапароскопічної холецистектомії (ЛХ) встановлюють 10-мм троакар вище пупка на межі нижньої та середньої третини відстані між пупком та мечоподібним відростком, для введення лапароскопа та проведення діагностичної лапароскопії. В точці перетину правої реберної дуги та середньоключичної лінії справа і каудальніше на 2 см встановлюють 5-мм троакар, через який вводять ретрактор для відведення лівої долі печінки. Під мечоподібним відростком більше справа вводять 5-мм троакар для десектора, яким маніпулюють в ділянці стравохідного отвору діафрагми і 10-мм троакар в точці перетину лівої реберної дуги та середньоключичної лінії для затискача, L-подібного електрода, а згодом - для зшиваючого апарата EndoStitch для виконання крурорафії та фундоплікації. Встановлюють 10 мм троакар по середині лінії, що сполучає оптичний троакар та в лівому підребер'ї.

Створюють отвір в безсудинній ділянці малого сальника з виходом на праву ніжку стравохідного отвору діафрагми та оголюють від очеревини стравохід та ліву ніжку діафрагми. Стравохід беремо на трималку з подальшим низведенням останнього. За допомогою зшиваючого апарата проводять крурорафію та фундоплікацію для відтворення кута Гісса. 5-мм троакар під мечевидним відростком перебиваємо в проекції жовчного міхура вправо з вже утвореного розрізу, а в точці перетину передньоаксілярної лінії та дуги правого підребер'я зі зміщенням на 2 см каудально вводять додатковий 5-ти міліметровий порт, що сприяє вільному маніпулюванню з жовчним міхуром. Через даний троакар проводять основну тракцію жовчного міхура при його виділенні. Виділивши та ідентифікувавши міхурову протоку з артерією кліпують останні через 10-мм троакар з лівого підребер'я та подальшим виділенням міхура.

Черевну порожнину дренують через 5-мм порт в правому підребер'ї та 5мм порт в лівому підребер'ї, відповідно - в отвір Вінслова та до правої ніжки діафрагми.

Приклади конкретного виконання способу:

Хворий К., 63 роки, госпіталізований до ОКЛ зі скаргами на біль в епігастрії та правому підребер'ї, печію, відрижку їжею. Зі слів хворого, страждає вказаними вище симптомами протягом півтора року. Лікувався під наглядом гастроентеролога за місцем проживання. Приймав Н2-блокатори, прокінетики, однак консервативне лікування виявилось не результативним. Пацієнт обстежений, встановлено діагноз: Грижа стравохідного отвору діафрагми. Хронічний калькульозний холецистит. Хворому запропоновано лапароскопічну фундоплікацію за вище вказаним методом та лапароскопічну холецистектомію.

Протокол операції: хворому введено ендотрахеальний наркоз. Після відповідної обробки операційного поля в черевну порожнину введено лапароскоп та маніпулятори. Виділені ніжки діафрагми. Пересічені короткі шлункові судини. Виконана крурорафія з наступною фундоплікацією та лапароскопічна холецистектомія. Гемостаз - сухо. Встановлено дренаж в ділянці правої ніжки діафрагми. На рани накладено шви та асептичну пов'язку. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На другу добу пацієнт самостійно харчувався. Протягом перших 6 місяців за даними клініко-лабораторних досліджень стан пацієнта - задовільний. Рецидиву немає. В порівнянні з найближчим аналогом запропонована корисна модель проста і дозволяє швидко провести симультанні оперативні втручання.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування калькульозного холециститу та супутньої грижі стравохідного отвору діафрагми, який включає проведення лапароскопічної холецистектомії та лапароскопічної крурорафії з фундоплікацією, який **відрізняється** тим, що при виконанні лапароскопічної холецистектомії 5-мм епігастральний порт з відомого місця введення - по серединній лінії під мечоподібним відростком - ротують під кутом 45 градусів латерально та каудально, а в точці перерізу передньоаксілярної лінії та правої реберної дуги зі зміщенням на 2 см каудально вводять додатковий 5-мм порт.

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601