



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51408 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗШИВАННЯ ЛОЖА ЖОВЧНОГО МІХУРА

1

2

(21) u201001809

(22) 19.02.2010

(24) 12.07.2010

(46) 12.07.2010, Бюл.№ 13, 2010 р.

(72) МАЛИК СЕРГІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, ЛИСЕНКО БОРИС ПИЛИПОВИЧ, ЛИСЕНКО РУСЛАН БОРИСОВИЧ, КУЧЕРЕНКО ДАНИЛО ОЛЕКСАНДРОВИЧ
(73) МАЛИК СЕРГІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, ЛИСЕНКО БОРИС ПИЛИПОВИЧ, ЛИСЕНКО РУСЛАН БОРИСОВИЧ, КУЧЕРЕНКО ДАНИЛО ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(57) Спосіб зшивання ложа жовчного міхура, що включає накладання внизу ложа довгої кетгутової нитки на атравматичній голці з захватом лише

капсули печінки, постановкою в ложе колагенової пластини, після чого нитку зав'язують, один з кінців якої беруть на затискач, другий вставляють в голку і накладають спіралевидний шов з захватом паренхіми печінки і виолом голки в верхній частині ложа, після чого нитку затилюють, який **відрізняється** тим, що з другої частини нитки знімають затискач, її також вставляють в голку і накладають ще один спіралевидний шов, але вже на саму капсулу печінки, і також з виолом в верхній частині ложа, підтягують, після чого обидва кінці зав'язують.

Запропонований спосіб належить до галузі медицини, а саме до хірургії га може бути використаний при лікуванні хворих на гострий чи хронічний холецистит.

Відомі способи зшивання ложа жовчного міхура виконуються накладанням безперервних однорядних кетгутових швів від верхньої або нижньої частини чи вузловатих від середньої частини з захватом паренхіми печінки (Б.А.Королев, Д.Л.Пиковский. Экстренная хирургия желчных путей. - М.: Медицина, 1990. -240с. - 150с.).

Недоліками цих способів є недостатня герметизація ложа жовчного міхура, а саме кровотечі чи підтікання жовчі, які інколи вимушують іти на реллапаротомію.

Найбільш близьким до запропонованого являється спосіб постановки колагенової пластини в ложе жовчного міхура (Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. Руководство по хирургии желчных путей. - М.: Издательский дом Видар-М, 2006. -586с.-с.158).

Ключовим недоліком цього способу являється підтікання жовчі з ложа в післяопераційному періоді, що призводить до формування підпечінкових абсцесів або жовчних перетонітів.

В основу корисної моделі поставлено завдання розробити спосіб зшивання ложа жовчного міхура, шляхом удосконалення відомого, який за-

бе'шечоть адекватний гемостаз та відсутність підтікання жовчі в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується створенням способу зшивання ложа жовчного міхура, що включає в себе накладання в нижній частині ложа кетгутової нитки на атравматичній голці з підхватом самої капсули печінки, під який підводять частину колагенової пластини та притискають тупфером до ложа, після чого зав'язують накладений шов, один з кінців нитки беруть на затискач, інший заряджають в голку, накладають спіралеподібний шов від нижньої частини ложа з захватом паренхіми та капсули печінки та виолом в верхній частині ложа, затилюють та беруть на затискач. Другий кінець нитки заряджають в голку, накладають спіралевидний шов в тому ж напрямку, але з захватом самої капсули печінки і виололюють рядом першою ниткою, підтягують після чого обидві нитки зав'язують.

Накладання шву в нижній частині ложа з захватом лише капсули печінки запобігає пораненню правого печінкового протоку і судин, поставлена в ложе колагенова пластина забезпечує адекватний гемостаз, накладені по спіралі шви запобігають підтіканню жовчі.

Спосіб виконують наступним чином:

Лапаротомія - верхньосерединним або розрізом по правому підребер'ю. Відкривають доступ до

UA (19) 51408 (13) U

печінки, жовчного міхура та магістральних жовчовивідних проток, створюють адекватну експозицію операційного поля, виділяють елементи трикутника Кало. Виконують основний оперативний прийом - холецистектомію. Виконують зшивання ложа жовчного міхура: в нижній частині ложа накладання кетгутової нитки на атравматичній голці з підхватом самої капсули печінки, під які підводять частину колагенової пластини та притискають тупфером до ложа, після чого зав'язують накладений шов, один з кінців нитки береться на затискач інший заряджається в голку, накладається спіралеподібний шов від нижньої частини ложа з захватом паренхіми та капсули печінки та виколом в верхній частині ложа, затягується та береться на затискач, другий кінець нитки заряджається в голку, накладається спіралеподібний шов в тому ж напрямку але з захватом самої капсули печінки і виклюється рядом з першою ниткою, підтягується, після чого обидві нитки зав'язуються. В підпечінковий простір підводять дренажі через контрапертуру в правому підребер'ї. Пошарове зашивають операційну рану. (див. "Додаток", 0-5)

Приклад.

Пацієнт Ш., 76 років, госпіталізований з діагнозом: жовчокам'яна хвороба, гострий калькульозний холецистит. При обстеженні діагноз був підтверджений. Виконана операція - холецистектомія, дренування черевної порожнини. Верхньосерединним розрізом вскрита черевна порожнина. При ревізії органів черевної порожнини виявлено: гангренозозмінений жовчний міхур з конкрементами, загальний жовчний проток нерозширений до 0,6см в діаметрі, пальпаторно конкременти відсутні, під-

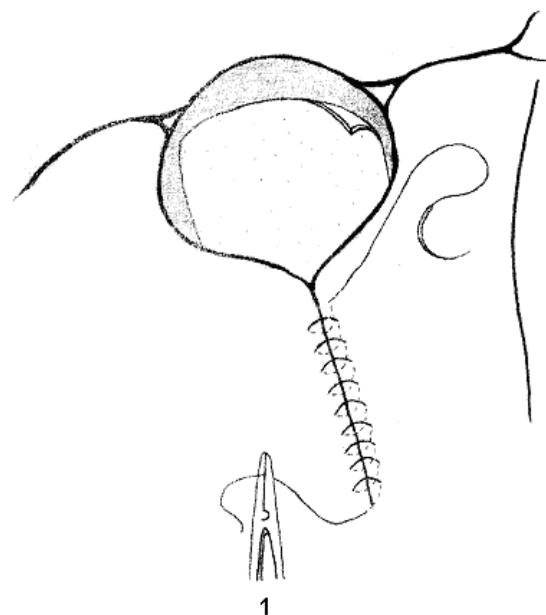
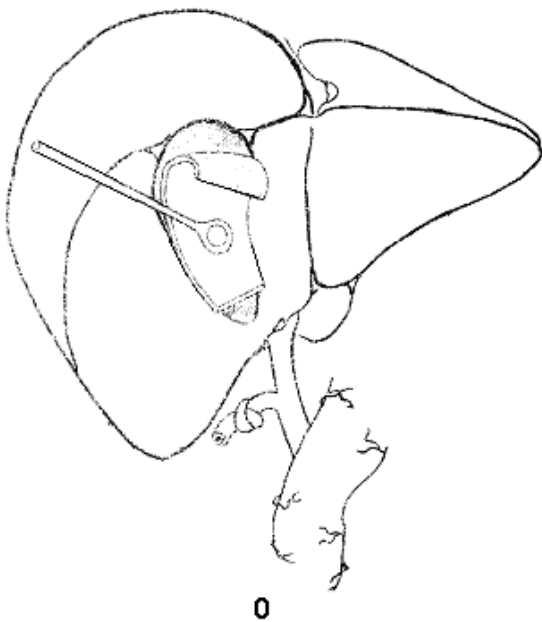
шлункова залоза не збільшена в об'ємі, печінка макроскопічно змінена по типу хронічного гепатита. Проведено холецистектомію. Ложе жовчного міхура зшито по вище описаній методиці. Оперативне втручання закінчено дренуванням черевної порожнини через контрапертуру в правому підребер'ї та пошаровим зашиванням операційної рани.

У післяопераційному періоді на добу після операції скудне серозне виділення в об'ємі 25мл з незначним геморагічним компонентом, підтікання жовчі не відмічалось, пов'язка незначно промокла серозно-геморагічним виділенням в ділянці дренажу. Трубка видалена на 2-у добу, напіврукавичка на третю. Післяопераційний період протікав гладко. Відмічалось незначне підвищення рівня загальних та біохімічних показників: лейкоцитів, ШОЕ, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, які нормалізувались на 7 добу. Хворого виписано з лікарні в задовільному стані на 10 добу.

По запропонованому способу проліковано 12 хворих з гострими формами холециститу. Післяопераційних ускладнень не було. В той же час із 12 хворих, пролікованих по способу найближчому до запропонованого, у 4 хворих в післяопераційному періоді спостерігалися ускладнення: підтікання жовчі по дренажу та у пов'язку - у 1 хворого, 1 виконана релапаротомія, у двох довгий час підтікання жовчі.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

Додаток:



5

51408

6

