



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **639**

(51) **МПК(2014)**

A 61 B 17/00

A 61 M 25/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1400851
(22) 10.04.2014
(46) Бюл.99, 2014
(71) Махмадов Ф.И.(ТJ); Рафигов С.Р. (ТJ);
Кузратов Ф.Х.(ТJ); Собиров А.Дж.(ТJ);
Султонов Б.Дж.(ТJ); Сайфудинов Ш.Ш. (ТJ).
(72) Махмадов Ф.И.(ТJ); Рафигов С.Р. (ТJ);
Кузратов Ф.Х.(ТJ); Собиров А.Дж.(ТJ);
Султонов Б.Дж.(ТJ); Сайфудинов Ш.Ш. (ТJ).
(73) Махмадов Ф.И.(ТJ); Рафигов С.Р. (ТJ);
Кузратов Ф.Х.(ТJ); Собиров А.Дж.(ТJ);
Султонов Б.Дж.(ТJ); Сайфудинов Ш.Ш. (ТJ).
(54) **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЯТРОГЕН-
НЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ «ТРУДНЫХ»
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭК-
ТОМИИ.**
(56) 1 Панченков Д.Н. Хирургическая коррекция
интраоперационных повреждений внепеченочных
желчных протоков при холецистэктомии / Д.Н.

2

Панченков [и др.] // Сборник трудов международ-
ного симпозиума «Лапароскопия в современной
клинике». Москва, 2003. - С 78-79.

(57) Изобретение относится к медицине, а точнее
к хирургической гепатологии, и может быть ис-
пользовано для профилактики ятрогенных повре-
ждений внепеченочных желчных протоков при
«трудных» лапароскопических холецистэктомиях.

Одновременная тракция гепатодуоденальной
связки и желчного пузыря при «трудной» лапаро-
скопической холецистэктомии, позволяет произве-
сти тщательную мобилизацию структур шейки
желчного пузыря с идентификацией стенки общего
желчного протока, мест впадения пузырного про-
тока и пузырной артерии в пузырь и тем самым
произвести безопасную холецистэктомию, во из-
бежание ятрогенных повреждений гепатикохоле-
доха.

Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургической гепатологии, и может быть использовано для профилактики ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков при «трудных» лапароскопических холецистэктомиях.

Прототипом является способ профилактики ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков адекватным дооперационным обследованием внепеченочных желчных протоков при открытых оперативных вмешательствах, применении ультразвукового исследования и рентгенографии, зачастую с недостаточной визуализацией состояния желчного пузыря и желчевыводящих путей [1].

Недостатками известного способа, в основном, неэффективное применение рентгенологических и ультразвуковых методов исследований в дооперационном периоде у экстренных больных, а также невозможности оценки состояния идентификации стенки общего желчного протока, зачастую вариантов, сложенных в дубликатуру пузырного протока и холедоха, визуализация мест впадения последнего в холедох.

Цель изобретения – Профилактика ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков при «трудных» лапароскопических холецистэктомиях.

Поставленная цель достигается охватом на турникет гепатодуоденальной связки с тракцией влево во время «трудной» лапароскопической холецистэктомии.

Способ осуществляется следующим образом: Во время оперативного вмешательства при выявлении атипичных расположений желчного пузыря, атипичного впадения пузырного протока и невозможности дифференциации пузырного протока (длинная культя пузырного протока, перегиб пузырного протока), с помощью инструментов II-го и III-го троакара турникет, в виде салфетки или резиновой трубки под визуальным контролем ведется через безсосудистой части гепатодуоденальной связки, которая позволяет латеральной тракцией* последнего для тщательной мобилизации структур шейки желчного пузыря с идентификацией стенки общего желчного протока, мест впадения пузырного протока и пузырной артерии в пузырь и тем самым избежать ятрогенных повреждений гепатохоледоха.

* - при расслабленном состоянии гепатодуоденальной связки, особенно, в случаях атипичного расположения желчного пузыря, атипичного впадения пузырного протока, нет возможности дифференцировать общий печеночный проток и пузырный проток, т.е. имеется риск возникновения ятрогенных повреждений. А при латеральной тракции гепатодуоденальной связки можно дифференцировать трубчатые структуры печени и желчного пузыря, и тем самым избежать ятрогенных повреждений.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Визуальный контроль области клипирования пузырного протока.

2. Метод позволяет провести любые манипуляции при полной визуализации рабочих концов инструмента и анатомических структур, что является профилактикой ятрогенного повреждения и перевязки холедоха.

3. При аномалиях гепатохоледоха метод позволяет своевременно их корригировать и перейти на конверсию.

Изложенное выше находит подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больной М., 49 лет госпитализирован в эндохирургическое отделение Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе через 32 часа от начала заболевания с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и межлопаточную область, тошнота, многократная рвота, горечь во рту и общую слабость. Со слов больного, в течение 4 лет страдает желчнокаменной болезнью, неоднократно после погрешности в диете имелись приступы печеночной колики, по поводу чего получал консервативное амбулаторное лечение с временным положительным эффектом. За день до поступления в клинику после погрешности в диете (употребление жареной пищи) у больного начались вышеуказанные симптомы. Дома принимал обезболивающие препараты, но улучшения не было. На следующий день больной доставлен в клинику попутным транспортом. На основании ультразвуковой сонографии у больного установлена: Желчнокаменная болезнь. Острый обтурационный калькулезный холецистит.

В отделении больному проведено комплекс консервативной терапии, включая анальгетики, спазмолитики, антиферменты, антибактериальные и противовоспалительные препараты. Учитывая неэффективность проведенных консервативных мероприятий и анамнез заболевания, через 12 часов решено произвести лапароскопическую холецистэктомию в отсроченном порядке. Во время ревизии желчный пузырь увеличен в размере, напряжен, стенки инфильтрированы, местами имеются признаки петехиального кровотечения. Пальпаторно инструментом у шейки имеется вклинившееся конкремент. Учитывая вышеизложенную картину, решено пунктировать желчный пузырь. Добыта 180,0 мл белой желчи. Вклинившееся конкремент с помощью диссектора отодвинут ко дну желчного пузыря. При тракции желчного пузыря из-за перегиба пузырного протока и сложенных в дубликатуру пузырного протока и холедоха, визуализация места впадения последнего в холедох не представляется возможным, т.е. имеет место картина «трудной» лапароскопической холецистэк-

томии. В связи, с чем через 5,0 мм порт в брюшную полость введен турникет и после под визуальным контролем с помощью диссектора обнажена гепатодуоденальная связка с ее взятием на турникет. С помощью зажима введенного через порт-3, произведено одновременная противоположная тракция гепатодуоденальной связки и желчного пузыря, что дало возможность провести клипирование пузырного протока при полной визуализации рабочих концов инструмента и анатомических структур. В последующем отдельно клипирована пузырная артерия и произведено лапароскопическая холецистэктомия. Послеоперационный пери-

од протекал гладко. Больной выписан на 5 сутки в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением ран.

Одновременная тракция гепатодуоденальной связки и желчного пузыря при «трудной» лапароскопической холецистэктомии, позволяет произвести тщательную мобилизацию структур шейки желчного пузыря с идентификацией стенки общего желчного протока, мест впадения пузырного протока и пузырной артерии в пузырь и тем самым произвести безопасную холецистэктомию, во избежание ятрогенных повреждений гепатикохоле-

Формула изобретения

Способ профилактики ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков, включающий применение ультразвукового исследования и рентгенографии, **отличающийся тем, что** с помощью инструментов II-го и

III-го троакара, через безсосудистой части гепатодуоденальной связки под визуальным контролем ведется турникет в виде салфетки или резиновой трубки.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.