

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**
(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **4529**
(13) **С1**
(51)⁷ **А 61В 17/32,**
А 61В 17/00

(54) **СПОСОБ СУБСЕРОЗНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

(21) Номер заявки: а 19980641
(22) 1998.07.10
(46) 2002.06.30

(71) Заявитель: Гомельский государственный
медицинский институт (ВУ)
(72) Автор: Бугаков В.А. (ВУ)
(73) Патентообладатель: Гомельский государственный
медицинский институт (ВУ)

(57)

Способ субсерозной лапароскопической холецистэктомии, включающий определение точек для введения троакаров, после тракции желчного пузыря за дно и карман Гартмана мобилизацию шейки пузыря, клипирование центральных концов пузырного протока и артерии, отделение желчного пузыря от ложа, санацию и дренирование брюшной полости, **отличающийся** тем, что после наложения пневмоперитонеума в брюшную полость вводят троакары, один из которых помещают выше пупка, а остальные - в стандартные точки под визуальным контролем, освобождают желчный пузырь от имеющихся спаек, выполняют субсерозную его мобилизацию по всему периметру, отступают от печени и начиная с задней стенки желчного пузыря, доходят до передней стенки шейки, а пузырный проток пересекают между двумя клипсами.

(56)

Емельянов С.И. и др. Эндоскопическая хирургия. - 1997. - № 1. - С. 62-63.
RU 2086186 С1, 1997.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано при оперативном лечении больных осложненной и неосложненной формой калькулезного холецистита.

Известны способы лапароскопической холецистэктомии, согласно которым выделяют четыре точки для введения троакаров, после тракции желчного пузыря за дно и карман Гартмана производят мобилизацию его шейки, центральные концы пузырного протока и артерии клипируют двумя скобками, отделяют желчный пузырь от ложа, производят санацию и дренирование брюшной полости, затем извлекают желчный пузырь [1, 2].

Недостатками этих способов являются:

- опасность травматизации печени при тракции желчного пузыря и отделении его от ложа;
- необходимость клипирования пузырной артерии;
- необходимость дренирования подпеченочного пространства.

Задача, на решение которой направлен предлагаемый способ, заключается в производстве лапароскопической холецистэктомии после субсерозной его мобилизации по всему периметру.

Задача решается за счет того, что способ субсерозной лапароскопической холецистэктомии включает определение точек для введения троакаров, после тракции желчного пузыря за дно и карман Гартмана мобилизацию шейки пузыря, клипирование центральных концов пузырного протока и артерии, отделение желчного пузыря от ложа, санацию и дренирование брюшной полости, причем после наложения пневмоперитонеума в брюшную полость вводят троакары, один из которых помещают выше пупка, а остальные - в стандартные точки под визуальным контролем, освобождают желчный пузырь от имеющихся спаек, выполняют субсерозную его мобилизацию по всему периметру, отступают от печени и начиная с задней стенки желчного пузыря, доходят до передней стенки шейки, а пузырный проток пересекают между двумя клипсами.

BY 4529 C1

Пример 1.

Больная Р., 45 лет (ист. болезни № 2823), страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом в течение 7 лет. При дооперационном УЗИ-обследовании в желчном пузыре множественные конкременты до 1 см в диаметре, общий желчный проток до 0,7 см.

Произведена субсерозная лапароскопическая холецистэктомия. Длительность операции 40 мин, послеоперационный период протекал без осложнений. В течение первых двух дней после операции больной назначались ненаркотические анальгетики, профилактическая антибиотикотерапия не проводилась. Больная выписана из стационара на 4-е сутки, длительность временной нетрудоспособность составила после операции 15 дней.

Пример 2.

Больная Ч., 42 лет (ист. болезни № 4693), страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом в течение 5 лет. При дооперационном УЗИ-обследовании в желчном пузыре 2 конкремента до 2 см в диаметре, стенка желчного пузыря толщиной 3 мм, общий желчный проток до 0,6 см.

Произведена субсерозная лапароскопическая холецистэктомия. Длительность операции 25 мин, послеоперационный период протекал без осложнений, назначения анальгетиков не потребовалось, антибиотикотерапия не проводилась. Больная выписана из стационара на 5-е сутки, длительность временной нетрудоспособность составила после операции 8 дней.

Пример 3.

Больной Н., 25 лет (ист. болезни № 4924), страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом в течение 4 лет. При дооперационном УЗИ-обследовании в желчном пузыре множественные конкременты от 0,5 до 1,2 см в диаметре, общий желчный проток до 0,7 см.

Произведена субсерозная лапароскопическая холецистэктомия. Длительность операции 35 мин, послеоперационный период протекал без осложнений. В течение первых суток после операции больному назначались ненаркотические анальгетики, профилактическая антибиотикотерапия не проводилась. Больной выписан из стационара на 4-е сутки, длительность временной нетрудоспособность составила после операции 13 дней.

Данный метод позволяет избежать травматизации паренхимы печени при тракции желчного пузыря и отделении его от ложа, отсутствует вероятность вскрытия просвета желчного пузыря, достигается стойкий гемостаз, не требующий дополнительных мероприятий, сокращается время производства оперативного вмешательства.

Использованная литература:

1. Емельянов С.И. и др. Эндоскопическая хирургия. - 1997. - № 1. - С. 62-63.
2. RU 2086186 C1, 1997 (прототип).