

Invenția se referă la medicină, în special la chirurgia laparoscopică, și poate fi utilizată pentru tratamentul colecistitelor acute sau cronice cu un proces aderențial pronunțat.

Este cunoscută metoda colecistectomiei laparoscopice, prin care punctele de abord pentru introducerea trocarelor și a instrumentelor chirurgicale în cavitatea abdominală sunt selectate după ZucKer. Primul trocar de 10 mm (abordul 1) pentru telescop este introdus în regiunea infra- sau supraombilicală. Celelalte trei trocare pentru instrumentele chirurgicale sunt introduse sub control vizual: al doilea trocar pe linia axilară anterioară la 2 cm sub rebordul costal drept (punctul de abord 2), al treilea pe linia medioclaviculară la 2 cm sub rebordul costal (punctul de abord 3), al patrulea este plasat sub apendicele xifoid (punctul de abord 4). Este expusă vezica biliară, se prepară ductul și artera cistică, după care ambele elemente se clampează și se secționează. Vezica biliară se decelează de patul biliar cu efectuarea hemostazei, se sanează și se drenează spațiul subhepatic, iar colicistul este extraabdominalizat prin abordul ombilical care este lărgit până la 2,0...2,5 cm (uneori și mai mult) în dependență de volumul piesei operatorii [1].

Dezavantajul acestei metode clasice constă în faptul că la bolnavii cu laparatomie mediană superioară sau medio-mediană în antecedente, introducerea primului trocar pentru dispozitivul optic în zona ombilicală este contraindicată din cauza procesului aderențial și iminența lezării organelor abdominale, de aceea această categorie de bolnavi sunt operați prin metode tradiționale ce implică traumatism sporit și risc operator înalt.

Problema pe care o rezolvă invenția constă în posibilitatea efectuării colecistectomiei miniinvazive laparoscopice la bolnavii cu proces aderențial masiv după operații laborioase în antecedente pentru a evita traumatismul organelor cavitate intraabdominale.

Esența invenției constă în aceea că se efectuează o incizie oblică cu o lungime de 2,0...2,5 cm a pielii și țesutului subcutanat mai jos cu 2 cm de rebordul costal drept pe linia medio-claviculară, iar pe aponeuroză se efectuează o incizie de 1,5 cm, apoi cu un instrument bont se pătrunde în cavitatea abdominală și se introduce canula trocarului, după care se etanșează cu ajutorul unei suturi „în bursă”, temporar se introduce dispozitivul optic pentru vizualizarea procesului aderențial și stabilirea locului abordului definitiv al dispozitivului optic pe flancul drept la 6...10 cm de linia mediană, în primul abord se introduce primul instrument de lucru și se efectuează adezioliza la necesitate în dependență de răspândirea procesului aderențial cu pregătirea acceselor către colecist pentru instrumentele de lucru 2 și 4, se mobilizează vezica biliară, se ligaturează și se secționează ductul cistic și artera cistică, se efectuează colecistectomia, după care sutura „în bursă”, se slăbește și se înlătură colecistul, apoi trocarul, se închide plaga prin strângerea suturii „în bursă”, se înlătură celelalte instrumente și plăgile se suturează pe straturi.

Rezultatul invenției este simplitatea introducerii primului trocar și profilaxia lezării organelor cavității abdominale.

Avantajul invenției constă în aceea că metoda este simplă în aplicare și nu necesită aparataj suplimentar. Avantajul metodei mărește șansele de a indica colecistectomia laparoscopică și exclude lezarea organelor abdominale din cauza procesului aderențial.

Metoda se realizează în felul următor: se efectuează o incizie oblică cu o lungime de 2,0...2,5 cm a pielii și țesutului subcutanat mai jos cu 2 cm de rebordul costal drept pe linia medio-claviculară, iar pe aponeuroză se efectuează o incizie de 1,5 cm, apoi cu un instrument bont se pătrunde în cavitatea abdominală și se introduce canula trocarului, după care se etanșează cu ajutorul unei suturi „în bursă”, temporar se introduce dispozitivul optic pentru vizualizarea procesului aderențial și stabilirea locului abordului definitiv al dispozitivului optic pe flancul drept la 6...10 cm de linia mediană, în primul abord se introduce primul instrument de lucru și se efectuează adezioliza la necesitate în dependență de răspândirea procesului aderențial cu pregătirea acceselor către colecist pentru instrumentele de lucru 2 și 4, se mobilizează vezica biliară, se ligaturează și se secționează ductul cistic și artera cistică, se efectuează colecistectomia, după care sutura „în bursă”, se slăbește și se înlătură colecistul, apoi trocarul, se închide plaga prin strângerea suturii „în bursă”, se înlătură celelalte instrumente și plăgile se suturează pe straturi.

Exemplu

Pacientul C., vârsta 71 ani, diagnosticul - colecistită acută litiazică. În anamneză rezeecția 2/3 a stomacului după Bilrot-II, apendectomie din cauza apendicitei gangrenoase cu peritonită locală. S-a decis de a efectua o colecistectomie laparoscopică. La introducerea telescopului prin abordul atipic s-a depistat un proces aderențial răspândit în aria abdominală. Colecistectomia s-a efectuat după metoda propusă. Evoluția postoperatorie favorabilă, fără complicații.

Metoda a fost efectuată la 10 bolnavi cu succes. Complicații intra- și postoperatorii nu au fost înregistrate.