



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **49984** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИЖОУТВОРЮВАННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ**

1

2

(21) u200909695

(22) 22.09.2009

(24) 25.05.2010

(46) 25.05.2010, Бюл.№ 10, 2010 р.

(72) СТЕПЧЕНКОВ РОМАН ПЕТРОВИЧ, БОНДАРЕНКО СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ, БРЕЖНЄВ ВОЛОДИМИР ПЕТРОВИЧ

(73) СТЕПЧЕНКОВ РОМАН ПЕТРОВИЧ, БОНДАРЕНКО СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ, БРЕЖНЄВ ВОЛОДИМИР ПЕТРОВИЧ

(57) Спосіб профілактики грижоутворювання при лапароскопічній холецистектомії, який включає розтин шкіри і підшкірної клітковини до апоневрозу під мечоподібним відростком і введення в черевну порожнину троакара для маніпулятора, який **відрізняється** тим, що троакар вводиться під кутом 45° латеральніше від круглої зв'язки, яка при ушиванні апоневрозу захоплюється в шов.

Корисна модель відноситься до медицини, а конкретно до хірургії.

Існує спосіб профілактики грижеутворення при лапароскопічній холецистектомії, який полягає в особливостях закриття троакарної рани за допомогою голки (Агапов М.А. Профилактика послеоперационных вентральных грыж после лапароскопической холецистектомии. Автореферат к. м. н. - Москва - 2008 - 24 с.)

Проте використання голки не може виключити пошкодження порожнистих органів, а трудомісткість маніпуляції подовжує час оперативного втручання.

Існує також спосіб профілактики грижеутворення шляхом введення першого троакара по середній лінії на 1см вище за пупок (Мелоштан А.В. с соавт. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию. Харьков - 2005 - С. 205). Недоліком є те, що при використанні техніки ручного шва не відбувається зіставлення заднього листка фасції, внаслідок чого максимальна міцність з'єднання відсутня.

У основу винаходу поставлена мета зменшення кількості троакарних гриж після лапароскопічної холецистектомії. Вона досягається оптимальним вибором троакарного доступу для маніпулятора із зміною геометрії його введення.

Проведеною за джерелами науково-медичної і патентної інформації пошук показав, що сукупність

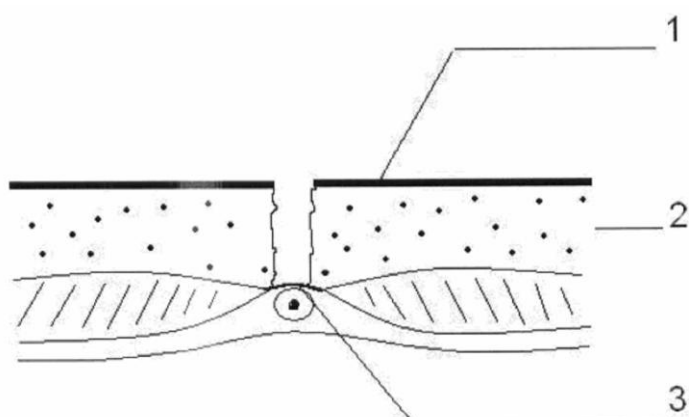
ознак заявленого рішення невідома. Спосіб рішення відповідає вимогам новизни.

Суть корисної моделі пояснюється малюнками. Фіг. 1 - етап доступу до апоневрозу середньої лінії живота. Фіг. 2 - введення троакара в черевну порожнину. Фіг. 3 - заключний вид троакарної рани.

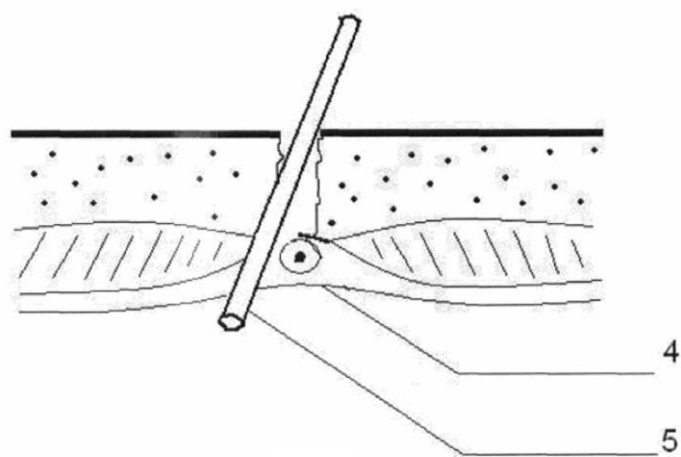
Спосіб здійснюється таким чином. Під мечоподібним відростком розтинаються шкіра 1 і підшкіра 2 до апоневрозу 3 середньої лінії живота (Фіг. 1). Останній розтинається до 2,0см. Під кутом 45° в черевну порожнину латеральніше від круглої зв'язки 4 вводиться троакар 5 для маніпулятора (Фіг. 2). Це здійснюється під контролем оптичної системи з першого троакара, який заздалегідь вводиться під пупком. Після виконання основних етапів лапароскопічної холецистектомії, троакар для маніпулятора видаляють, а рановий канал використовується для видалення жовчного міхура. Для цього вводиться трипелюстковий ранорозширювач або гільза діаметром 20мм. Після видалення інструментів кругла зв'язка зміщується під лінію проколу. На апоневроз під контролем відеосистеми накладаються вузлові шви 6 з підхопленням круглої зв'язки (Фіг. 3).

Таким чином запропонований спосіб профілактики грижеутворення дозволяє зменшити виникнення цього ускладнення.

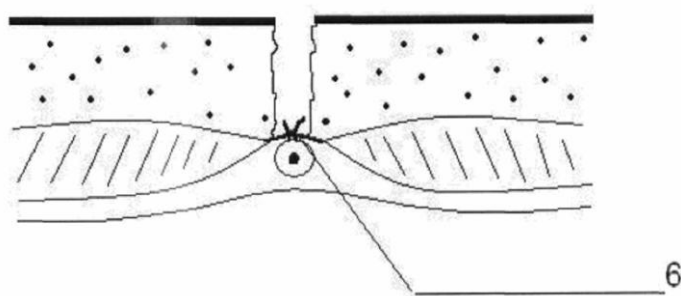
(19) **UA** (11) **49984** (13) **U**



Фіг.1



Фіг.2



Фіг.3