



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **119418** (13) **U**  
(51) МПК (2017.01)  
**A61B 17/00**  
**A61B 1/313** (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО  
ЕКОНОМІЧНОГО  
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2017 03250</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Мішалов Володимир Григорович (UA),</b> <b>Кондакова Олена Юрївна (UA),</b> <b>Бондарєв Ростислав Валентинович (UA),</b> <b>Маркулан Леонид Юрійович (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>05.04.2017</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.09.2017</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.09.2017, Бюл.№ 18</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ</b> <b>УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ,</b> бул. Шевченка, 13, м. Київ, 01601 (UA)

**(54) СПОСІБ УШИВАННЯ ТРОАКАРНИХ РАН ПІСЛЯ СИМУЛЬТАННОГО ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ПРИ ЛІКУВАННІ ПТОЗУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ**

**(57) Реферат:**

Спосіб ушивання троакарних ран після симультанного лапароскопічного втручання у хворих з ожирінням при лікуванні птозу передньої черевної стінки включає ушивання апоневротичного дефекту троакарних ран. Ушивання апоневротичного дефекту троакарних ран здійснюють під відсепарованим шкірно-підшкірно-жировим клаптем під візуальним контролем.

**UA 119418 U**



Корисна модель належить до медицини, а точніше до хірургії, і може бути використана при виконанні симультанних лапароскопічних втручань на органах черевної порожнини у хворих з ожирінням при лікуванні птозу передньої черевної стінки, зокрема надійного ушивання троакарних ран з метою зниження кількості післяопераційних троакарних гриж.

Відомий спосіб ушивання троакарної рани ретрактором, який являє собою провідник для голки і саму криву голку. Після введення ретрактора через 12-ти міліметровий порт, порт віддаляється, а ретрактор підтягується нагору, прошиваючи очеревину і апоневроз одночасно по обидва боки. Виведені нитки в рану зв'язуються вручну [1]. Недоліком засобу є відсутність контролю захоплення апоневрозу, тому що ретрактор черевну стінку захоплює через усі шари. У зв'язку із вираженою підшкірною жировою клітковиною у хворих з ожирінням, при прошиванні ретрактором можлива інтерпозиція між листками апоневрозу, що у свою чергу може привести до утворення післяопераційної троакарної грижі.

Найближчим аналогом є засіб ушивання троакарних ран з використанням методу двох затискачів [2]. При цьому способі одним затискачем, розташовуючи його підочеревинно і розсовуючи бранші, піднімають черевну стінку, а другим затискачем розсовують підшкірну жирову клітковину. Голкою прошивають апоневроз з однієї і з іншої сторони апоневротичного троакарного дефекту.

Недоліком найближчого аналога є те, що у хворих з ожирінням I-II ступеня і птозом передньої черевної стінки III-IV ступеня підшкірна жирова клітковина може досягати глибини до 10 см і більше, а шкірний розріз довжиною до 1,5 см, у зв'язку із чим апоневроз ушити технічно важко і часто доводиться ушивати його всліпу. У даних умовах відсутня надійність зшивання країв апоневротичного троакарного дефекту, що є причиною утворення післяопераційної троакарної грижі.

В основу корисної моделі поставлена задача розробки способу ушивання троакарних ран після симультанного лапароскопічного втручання у хворих з ожирінням при лікуванні птозу передньої черевної стінки, який за рахунок візуалізації апоневрозу під відсепарованим шкірно-підшкірно-жировим клаптом дозволить не всліпу чітко прошивати краї троакарного апоневротичного дефекту, знижуючи ймовірність утворення післяопераційної троакарної грижі.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі ушивання троакарних ран після симультанного лапароскопічного втручання у хворих з ожирінням при лікуванні птозу передньої черевної стінки, що включає ушивання апоневротичного дефекту троакарних ран, згідно з корисною моделлю, ушивання апоневротичного дефекту троакарних ран здійснюють під відсепарованим шкірно-підшкірно-жировим клаптом під візуальним контролем.

Безпосереднє ушивання апоневротичного дефекту троакарної рани під відсепарованим шкірно-підшкірно-жировим клаптом під візуальним контролем дозволяє чітко прошити краї апоневротичного дефекту і тим самим знизити ймовірність утворення післяопераційної троакарної грижі.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Із приводу птозу передньої черевної стінки проводять один з методів абдомінопластики, при якому виконують відсепаровку шкірно-підшкірно-жирового клаптя. Відсепарований клапоть не відтинають, фіксують до Т-подібної горизонтальної штанги по всьому периметру, після чого троакари вводять під клаптем безпосередньо через апоневротично-м'язовий шар і проводять симультанний лапароскопічний етап операції з 4-х або 5-і точок. Після видалення троакарів апоневротичний дефект ушивають під відсепарованим підшкірно-жировим клаптом під візуальним контролем з надійним зведенням країв апоневротичного дефекту. Операція завершується відновленням анатомічних пропорцій передньої черевної стінки.

Запропонований спосіб був застосований в 50 хворих з ожирінням I і II ступеня при лікуванні птозу передньої черевної стінки III-IV ступеня. Технічних труднощів при ушиванні апоневротичного дефекту троакарної рани не виникло. Утворення післяопераційних троакарних гриж не спостерігалось. Спосіб-прототип застосований у 52 пацієнтів з ожирінням I і II ступеня при лікуванні птозу передньої черевної стінки III-IV ступеня. Післяопераційні троакарні грижі виникли в 5 (9,6 %) хворих.

Таким чином запропонований спосіб ушивання троакарних ран після симультанних лапароскопічних втручань у хворих з ожирінням при лікуванні птозу передньої черевної стінки дозволяє уникнути утворення післяопераційних троакарних гриж.

Джерела інформації:

1. Горский В.А. Способы ушивания троакарной раны как метод профилактики формирования грыж после лапароскопической холецистэктомии / В.А. Горский, Э.Р. Ованесян, М.А. Агапов // Анналы хирургии. - 2008. - № 6. - С. 48-54.

2. Федоров И.В. Профилактика троакарных осложнений в лапароскопии. Учебное пособие для врачей / И.В. Федоров, И.Н. Валиуллин, А.Ф. Аглиуллин. - Казань: Издательство, 2010. - 54с.

5

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб ушивання троакарних ран після симультанного лапароскопічного втручання у хворих з ожирінням при лікуванні птозу передньої черевної стінки, що включає ушивання апоневротичного дефекту троакарних ран, який **відрізняється** тим, що ушивання апоневротичного дефекту троакарних ран здійснюють під відсепарованим шкірно-підшкірно-жировим клаптом під візуальним контролем.

10

---

Комп'ютерна верстка О. Рябко

---

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601