



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA**

(11) **99427**

(13) **U**

(51) МПК

**A61B 17/32** (2006.01)

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2014 10582**

(22) Дата подання заявки: **26.09.2014**

(24) Дата, з якої є чинними  
права на корисну  
модель: **10.06.2015**

(46) Публікація відомостей **10.06.2015, Бюл.№ 11**  
про видачу патенту:

(72) Винахідник(и):

**Гриченко Сергій Геннадійович (UA),  
Маханта Абхїджїт (UA)**

(73) Власник(и):

**Гриченко Сергій Геннадійович,  
вул. Бережанська, 55, кв. 22, м. Тернопіль,  
46027 (UA),  
Маханта Абхїджїт,  
вул. 60 років Жовтня, 2/97, кв. 60, м.  
Сімферополь, АР Крим, 95006 (UA)**

## (54) СПОСІБ МАРКУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ПЕРЕДНІЙ ЧЕРЕВНІЙ СТІНЦІ

(57) Реферат:

Спосіб маркування хірургічного доступу при реконструктивних оперативних втручаннях на передній черевній стінці полягає у визначенні та розмітці передбачуваних границь висічення тканин передньої черевної стінки пацієнта. Маркування проводять шляхом використання натягнутої лігатури між протилежними ділянками живота, за якою маркером розмічають лінії майбутнього хірургічного доступу.

**UA 99427 U**



Корисна модель належить до області медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для маркування хірургічного доступу при реконструктивних оперативних втручаннях на передній черевній стінці.

Як прототип вибрано спосіб маркування хірургічного доступу при реконструктивних оперативних втручаннях на передній черевній стінці [Іванов В.В. Хирургические методы повышения безопасности и эффективности выполнения липоабдоминопластики у пациентов с вентральными грыжами / В.В. Иванов, В.А. Юдин // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова - 2011. - Т. 6, № 3. - С. 32-37], який полягає у визначенні та розмітці передбачуваних границь висічення тканин передньої черевної стінки пацієнта, з подальшим визначенням симетричності нанесених ліній.

Недоліком відомого способу є недостатній рівень технологічності, пов'язаний з визначенням та розміткою "на око" передбачуваних границь висічення тканин передньої черевної стінки пацієнта. Зазначений методичний підхід не дозволяє досягнути ідеальної симетричності нанесених ліній. Все це значно погіршує косметичні характеристики майбутнього післяопераційного рубця, а в подальшому у естетичні наслідки оперативного втручання.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення способу маркування хірургічного доступу при реконструктивних оперативних втручаннях на передній черевній стінці, в якому шляхом використання для маркування натягнутої між протилежними ділянками живота лігатури досягають ідеальної симетричності розмітки країв майбутньої рани, чим значно покращують косметичні характеристики післяопераційного рубця та естетичні наслідки оперативного втручання.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який полягає у визначенні та розмітці передбачуваних границь висічення тканин передньої черевної стінки пацієнта, згідно з корисною моделлю, маркування проводять шляхом використання натягнутої лігатури між протилежними ділянками живота, за якою маркером розмічають лінії майбутнього хірургічного доступу.

Ознаками, які співпадають з істотними ознаками моделі, що заявляється, є визначення та розмітка передбачуваних границь висічення тканин.

Між сукупністю істотних ознак запропонованого способу і очікуваним технічним результатом простежується наступний причинно-наслідковий зв'язок: ідеальне симетричне маркування хірургічного доступу для передбачуваних границь висічення тканин дозволяє сформувати косметично привабливий симетричний післяопераційний рубець, що сприяє покращенню естетичних наслідків виконаних оперативних втручань.

Спосіб маркування хірургічного доступу при реконструктивних оперативних втручаннях на передній черевній стінці здійснюють наступним чином.

Передопераційну розмітку доступу проводять при вертикальному положенні пацієнта, коли м'які тканини передньої черевної стінки опущені під дією сили тяжіння. Розмічають серединну лінію від мечоподібного відростка через пупок до лобкового симфізу, та поперечну лінію, що з'єднує між собою передньо-верхній вертлог крила клубової кістки з обох сторін. З урахуванням індивідуальної мобільності шкірно-жирового шару хірург з асистентом натягує лігатуру через серединну лінію між протилежними симетричними частинами живота над шкірно-жировим клаптем та розмічає верхню лінію доступу маркером по лігатурі. Аналогічно проводиться маркування нижньої лінії доступу під шкірно-жировим клаптем. На закінчення розмітки хірург ще раз визначає симетричність нанесених ліній та, створюючи своїми пальцями шкірно-жирову складку на передній черевній стінці, визначає співпадіння верхньої та нижньої ліній хірургічного доступу. При цьому необхідно переконатись, що краї майбутньої рани будуть "без натягу".

Відомості, що підтверджують застосування способу

Запропонований спосіб ілюструється наступним клінічним прикладом. Хвора Г., 52 роки (медична карта № 8693) госпіталізована у хірургічне відділення Сімферопольської ЦКРЛ у плановому порядку 12.10.2009 р. зі скаргами на наявність грубого післяопераційного рубця на передній черевній стінці, що її деформує, та біль у лівій половині рубця, який посилюється під час фізичного навантаження. Хворіє 7 місяців, коли перенесла операцію ліподермектомії з абдоминопластикою в одній з косметологічних клінік м. Сімферополя. Післяопераційний період ускладнився нагноєнням рани, в зв'язку з чим протягом майже трьох місяців лікувалась амбулаторно. Протягом останнього місяця відмітила підсилення больового синдрому в ділянці післяопераційного рубця, в зв'язку з чим і звернулась за медичною допомогою. При об'єктивному дослідженні: живіт округлої форми, збільшений у розмірах за рахунок надмірного розвитку підшкірно-жирової клітковини. У гіпогастрії відмічається грубий гіпертрофований післяопераційний рубець неправильної форми, довжиною 60 см та шириною до 2-3 см. Шкіра навколо рубця гіперпигментована. Пальпація рубця болюча, особливо зліва. Останній грубо деформує передню черевну стінку, спаяний з навколишніми тканинами. Відмічається

асиметричне розташування відносно білої лінії живота сформованого під час першої операції пупка та нерівномірний розподіл підшкірної клітковини навколо рубця. Після проведення передопераційної підготовки 15.10.09 р. хворій проведено реконструктивне оперативне втручання: висічення гіпертрофованого післяопераційного рубця, абдомінопластику, дренажування рани (тривалість - 2 год. 5 хв.). Втручання проведено під загальним знеболюванням (ендотрахеальний наркоз) після попередньо проведеного маркування хірургічного доступу за запропонованим способом. У підшкірній клітковині на всьому протязі були встановлені гумові випускачі, а на шкірі з двох сторін (від периферії до центру) двома нитками сформовано внутрішньошкірний косметичний шов із залишенням випускачів. У післяопераційному періоді застосовували знеболювальні, антибактеріальну терапію профілактично, фізіопроцедури. Післяопераційний період перебігав гладко, без ускладнень. Гумові випускачі видалені на 2-3-тю добу, а внутрішньошкірний косметичний шов - на 8-му добу, рана загоюється первинним натягом. 29.10.2009 р. у задовільному стані виписана на амбулаторне лікування з рекомендаціями для профілактики утворення келоїдних та гіпертрофованих рубців тривалим застосуванням у реабілітаційному періоді силіконових пластин із компресійною білизною. Хвора оглянута через 1 та 2 місяці, скарг не висуває, естетичним результатом операції задоволена.

Запропонований спосіб є простим, надійним і виключає недоліки прототипу. Його застосування підвищує рівень естетичності та ефективності оперативних втручань за рахунок покращення косметичних характеристик рубця після загоєння ран.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб маркування хірургічного доступу при реконструктивних оперативних втручаннях на передній черевній стінці, який полягає у визначенні та розмітці передбачуваних границь висічення тканин передньої черевної стінки пацієнта, який **відрізняється** тим, що маркування проводять шляхом використання натягнутої лігатури між протилежними ділянками живота, за якою маркером розмічають лінії майбутнього хірургічного доступу.

---

Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

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