



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **99862** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/00**  
**A61B 1/313** (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

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

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2015 00442</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Мішалов Володимир Григорович (UA),</b> <b>Маркулан Леонід Юрійович (UA),</b> <b>Балабан Олег Валерійович (UA),</b> <b>Кондакова Олена Юріївна (UA),</b> <b>Іванцок Володимир Михайлович (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>21.01.2015</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.06.2015</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.06.2015, Бюл.№ 12</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ</b> <b>УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ,</b> бул. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)

**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ЇЇ ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ II-III СТУПЕНЯ**

**(57) Реферат:**

Спосіб хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини та її передньої стінки у хворих з ожирінням II-III ступеня, що включає лапароскопічне втручання, причому проводять відсепаровку шкіри та підшкірно-жирової клітковини до реберних дуг за Грейзером та встановлення троакарів через апоневротично-м'язовий шар, після чого накладають шви на дефекти апоневрозу, операція закінчується виконанням абдомінопластики за Грейзером.

**UA 99862 U**

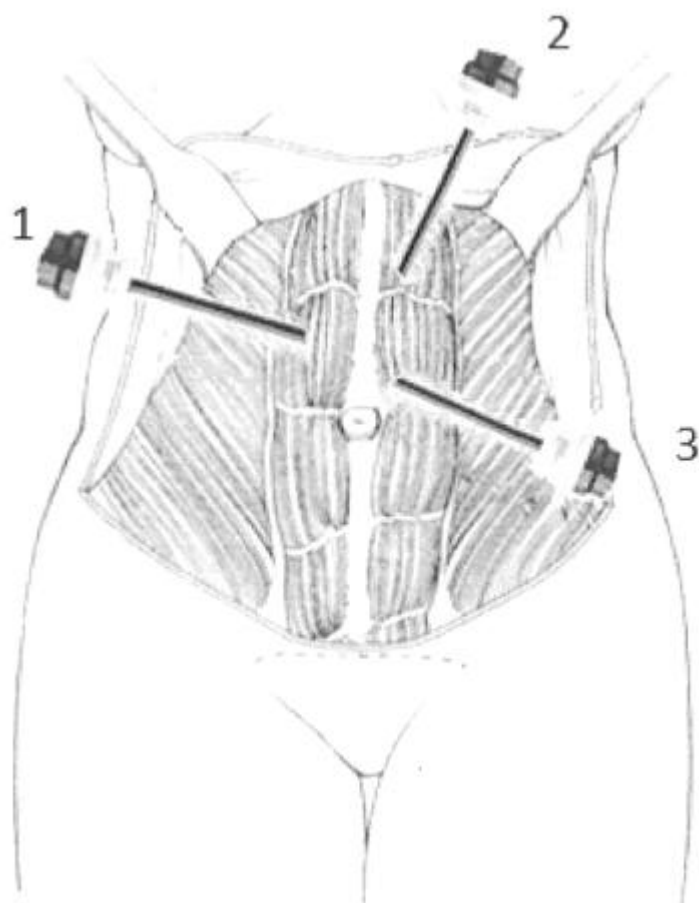


Fig. 1

Корисна модель, що заявляється, стосується медицини, а саме хірургії і такого її розділу, як пластична та загальна хірургія, і призначена для вдосконалення хірургічної тактики при поєднанні захворювань органів черевної порожнини та її передньої стінки у хворих з ожирінням II-III ступеня із застосуванням лапароскопічних технологій.

Хоча запропоновано багато способів хірургічного лікування при поєднанні захворювань органів черевної порожнини та її передньої стінки із застосуванням лапароскопічних технологій, результати таких оперативних втручань не можна вважати задовільними. Кожен з видів запропонованих оперативних втручань може бути застосований тільки в окремих випадках і виконується через шкірно-підшкірно-жирове встановлення троакарів (2).

Корисна модель, що заявляється, стосується пацієнтів з фоновим захворюванням - ожиріння II-III ступеня, частота якого з роками зростає. Усі запропоновані методики лапароскопічних оперативних втручань виконуються за допомогою введення троакарів через шкірно-підшкірно-жирову клітковину, що суттєво збільшує ризик виникнення післяопераційних ускладнень, таких як сероми, нагноєння післяопераційних ран, виникнення післяопераційних гриж у місцях встановлення троакарів. Часте виникнення зазначених післяопераційних ускладнень пояснюється відсутністю "зорового контролю" під час ушивання дефектів апоневрозу передньої черевної стінки в місцях введення троакарів. Частота виконання лапароскопічних операцій у пацієнтів з ожирінням II-III ступеня з роками зростає, але і досі, не описано операції, яка б дала можливість виконувати лапароскопічні операції оминаючи встановлення троакарів через шкірно-підшкірно-жирову клітковину, тим самим зменшуючи кількість післяопераційних ускладнень.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є спосіб хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини та її передньої стінки із застосуванням лапароскопічних технологій (1).

Разом з тим цей спосіб має недоліки:

- виникнення післяопераційних ускладнень, таких як сероми, нагноєння післяопераційних ран, виникнення післяопераційних гриж у місцях встановлення троакарів

- відсутність "зорового контролю" під час ушивання дефектів апоневрозу передньої черевної стінки в місцях введення троакарів приводить до виникнення післяопераційних ускладнень і несприятливого результату у пацієнтів з ожирінням II-III ступеня

Задачею корисної моделі є створення способу операції хворих з поєднаними захворюваннями органів черевної порожнини та її передньої стінки на фоні ожиріння II-III ступеня, який би знизив ризик виникнення післяопераційних ускладнень шляхом встановлення портів безпосередньо через апоневротично-м'язовий шар, після попередньої відсепаровки шкірно-підшкірно-жирового клаптя за Грейзером та ушиванням дефектів апоневрозу передньої черевної стінки в місцях встановлення троакарів під "контролем зору".

Технічний результат, що досягається, буде полягати у значному зменшенні частоти післяопераційних ускладнень таких як: сером, нагноєння ран, виникнення післяопераційних гриж, а також матиме кращий косметичний ефект.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, який включає лапароскопічне втручання, згідно з корисною моделлю, проводять відсепаровку шкіри та підшкірно-жирової клітковини до реберних дуг за Грейзером з подальшим введенням троакарів через апоневротично-м'язовий шар, після виконання лапароскопічного етапу, ушивають дефекти апоневрозу в місцях встановлення троакарів П-подібними швами під "контролем зору", операція закінчується виконанням абдомінопластики за Грейзером, підшкірно-жирову клітковину дренують двома дренажами, які виводять в надлобковій ділянці.

Сутність корисної моделі, що заявляється полягає в тому, що оперативне втручання починають з відсепаровки шкірно-підшкірно-жирового клаптя до реберних дуг за Грейзером з подальшим введенням троакарів безпосередньо через апоневротично-м'язовий шар у типових місцях для подальшого виконання лапароскопічної операції. Підшкірно-жирова клітковина дренується двома дренажами, які виводять в надлобковій ділянці, що дозволяє досягти кращого косметичного ефекту.

Наявність відмінних ознак способу, що заявляється, у порівнянні з прототипом, робить їх істотними і є підставою для того, щоб заявити його на корисну модель.

Спосіб пояснюється графічно на

Фіг. 1 зображені місця введення троакарів, де 1, 2, 3 - троакари

фіг. 2, зображена абдомінопластика, де 4 - шви на троакарні отвори, 5 - шви на апоневроз.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Операцію починають після попередньої розмітки операційного поля у вертикальному положенні пацієнта.

Розсічення шкіри та підшкірно-жирової клітковини проводять на 1-2 см вище від лінії росту волосся над лобком, дугою огинаючи його в напрямку до остей тазових кісток. Гемостаз - сухо. Шкірно-підшкірно-жировий клапоть відсепаровують за Грейзером до реберних дуг, через апоневротично-м'язовий шар, за допомогою голки Вереша накладають пневмоперитонеум р15 mm Hg CO<sub>2</sub>. В типових місцях вводять троакари (1, 2, 3). Таким чином, виключаємо додаткову травматизацію шкіри та підшкірно-жирової клітковини, запобігаємо виникненню післяопераційних ускладнень у хворих з ожирінням II-III ступеня та покращуємо косметичний ефект після операції. Виконують об'єм запланованого лапароскопічного втручання. Гемостаз. Накладають шви на дефекти апоневрозу під "контролем зору" в місцях встановлення троакарів (фіг. 2, де 4 - шви на троакарні отвори, 5 - шви на апоневроз). Виконують абдомінопластику за Грейзером. Дренують підшкірно-жирову клітковину двома поліхлорвініловими дренажами, які виводять у надлобковій ділянці. Шви на рану, асептична пов'язка.

Конкретний приклад застосування

Хвора Л. 47 років, історія хвороби № 7206917, госпіталізована в хірургічне відділення ЦМКЛ 08.12.2014 зі скаргами на біль у правому підребер'ї, гіркоту у роті, нудоту, двократне блювання, яке не принесло полегшення, грижоподібні випинання в обох пахових ділянках, деформовану передню черевну стінку. Симптоми посилюються після прийому смаженої, жирної або жареної їжі. Вважає себе хворою протягом останніх 3 місяців. В анамнезі: без особливостей.

УЗД органів черевної порожнини. Печінка не збільшена. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Холедох діаметром 5 мм. Жовчний міхур розмірами 2,6 × 1,5 см, містить конкременти. Підшлункова залоза не збільшена, контури залози рівні, ехогенність збережена. Нирки та селезінка без патологічних змін.

В загальному аналізі крові відмічається незначний лейкоцитоз ( $10,1 \times 10^9/\text{л}$ ) без зсуву вліво, в біохімічному аналізі - незначне підвищення загального білірубіну, інші показники - без відхилень. ЗАС - б/о. ЕКГ - ритм синусовий, правильний. Гемодинаміка стабільна. ЕФГДС - поверхневий гастрит, бульбіт.

Ехокардіоскопія, визначення функції зовнішнього дихання, дуплексне сканування передньої черевної стінки з ультразвуковою доплерографією - без особливостей. Розмітка операційного поля.

Після передопераційного обстеження та підготовки 09.12.2014 хворій виконана операція.

Розсічено шкіру та підшкірно-жирову клітковину на 2 см вище від лінії росту волосся над лобком, дугою огинаючи його в напрямку до остей тазових кісток. Гемостаз - сухо. Шкірно-підшкірно-жировий клапоть відсепарували за Грейзером до реберних дуг. Безпосередньо через апоневротично-м'язовий шар, за допомогою голки Вереша накладено пневмоперитонеум р15 mm Hg CO<sub>2</sub>. В типових місцях введені троакари. Ревізія: duodenum, pancreas, gaster, lien тонка і товста кишки, органи малої миски - б/о. В правому підребер'ї інфільтрат, утворений великим сальником, нижнім краєм печінки, жовчним міхуром. З технічними складнощами виділено жовчний міхур, останній, розмірами 11\*7\*6 см, стінка гіперемована, набрякла, містить конкременти. Холедох не розширений. Окремо виділено, кліповано та відсічено a. et ductus cysticus. Жовчний міхур видалено субсерозно. Гемостаз по ходу операції - сухо.

Крововтрата склала - 7 мл. Шви на рани в місцях встановлення троакарів під "контролем зору".

Виконана операція по типу Стоппа. Абдомінопластика за Грейзером.

ПЖК дренована двома ПХВ трубками із виведенням дренажів у надлобковій ділянці. Шви на рану. А/с пов'язка.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Хвора отримувала антибактеріальну, інфузійно-спазмолітичну терапію. В задовільному стані на 5 добу після операції виписана із стаціонару.

Спосіб розроблено та апробовано на кафедрі хірургії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та Національним інститутом хірургії та трансплантології ім. Шалімова з позитивними результатами і рекомендовано до широкого впровадження.

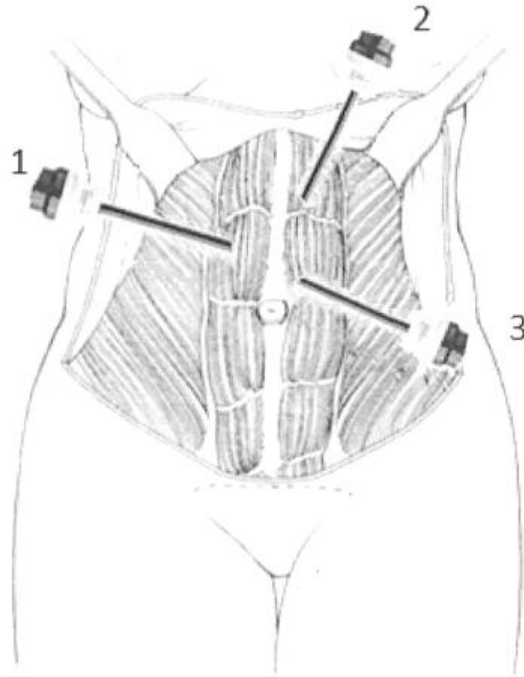
Джерела інформації:

1. В.Г. Мішалов. Хірургічне лікування косметичних дефектів передньої черевної стінки у хворих з ожирінням / В.Г. Мішалов, В.В. Храпач, О.В. Балабан, В.Л. Валецький // Київ, ВІТ-А-ПОЛ, 2003.

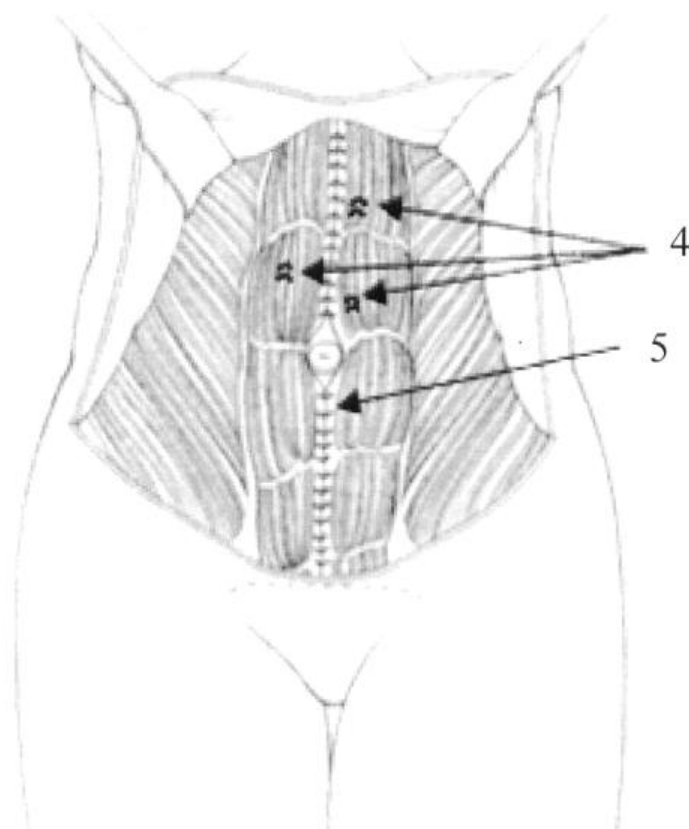
2. К.В. Пучков. Симультанне лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии / К.В. Пучков В.С. Баков, В.В. Иванов / Москва, Медпрактика-М, 2005.

## ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 Спосіб хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини та її передньої стінки у хворих з ожирінням II-III ступеня, що включає лапароскопічне втручання, який **відрізняється** тим, що проводять відсепаровку шкіри та підшкірно-жирової клітковини до реберних дуг за Грейзером та встановлення троакарів через апоневротично-м'язовий шар, після чого накладають шви на дефекти апоневрозу, операція закінчується виконанням абдомінопластики за Грейзером.



Фиг. 1



Фиг. 2

---

Комп'ютерна верстка І. Мироненко

---

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