



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 2502093

(22) 28.04.2025

(46) Бюл. 220, 2025

(71) Хамроев Бахтиёр Муродуллоевич (TJ)

(72) Курбанов И.К. (TJ); Хамроев Б.М. (TJ);
Боймурадов О.С. (TJ); Кобилов И.И. (TJ); Расулов
А.Г. (TJ); Даминова Н.М. (TJ); Аннаев М.Б. (TJ)

(73) Курбанов Исмоилджон Каримхонович (TJ);
Хамроев Бахтиёр Муродуллоевич (TJ)

(54) **ИГЛА ДЛЯ УШИВАНИЯ ТРОАКАРНЫХ
РАН**

(56)

1. Седов В.М. и пр. Профилактика осложнений при лапароскопической холецистэктомии. Хирургия.- 19.- № 2.- С. 72-75;
2. Патент РФ на полезную модель RU 15268 U1 от 10.10.2000.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно, к лапароскопической хирургии.

Технической задачей заявленного изобретения является улучшение качества ушивания троакарных

2

ран передней брюшной стенки; осуществление хорошего гемостаза; уменьшение травмируемости тканей при хирургическом вмешательстве; сокращение времени заживления раны и уменьшение вероятности интра- и послеоперационных осложнений.

Поставленная техническая задача достигается иглой для ушивания троакарных ран, представляющая собой иглу-крючок, имеющую рукоятку с заостренным концом, причем рукоятка выполнена в виде плоской грушевидной формы длиной 10 см, сужающейся по направлению к соединительному стержню длиной 20 см и шириной 0,3 мм, с заостренным концом, снабженным двумя выемками, расположенными под углом 45° , при этом одна выемка ориентирована вверх, а другая - вниз, расстояни от заостренного конца стержня до ближайшей выемки составляет 1,5 см, а расстояние между выемками -1 см.

Изобретение относится к медицине, а именно, к лапароскопической хирургии.

Нередко при ушивании троакарных ран брюшной и грудной стенки, в частности после лапароскопических операций и торакоцентеза, особенно у лиц с повышенной толщиной подкожной жировой клетчатки, возникают технические затруднения [1].

Использование традиционных хирургических игл на иглодержателе для ушивания ран малого диаметра имеет ряд существенных недостатков. Конструкция фиксации иглы (любой кривизны и размера) в иглодержателе подразумевает необходимость перехвата иглы, что в глубоких ранах малых размеров затруднительно. В результате хирурги вынуждены либо расширять края раны, что безусловно ухудшает косметический результат вмешательства, либо сужать без достаточного визуального и -тактильного контроля, что на практике приводит к различного рода осложнениям (кровотечение из раны, нагноения, вентральные грыжи).

Прототипом к заявленному изобретению относится игла для ушивания троакарных ран, представляющая собой иглу-крючок, имеющую рифленую рукоятку и изогнутый в перпендикулярной плоскости к рукоятке заостренный конец, в 3 мм от которого располагается ушко для проводимой нити, а концевая заостренная часть иглы имеет режущую заточку [2]. Ушивание ран при помощи предлагаемой иглы осуществляется следующим образом. По окончании лапароскопических операций, требующих ушивания ран, максимально разводят кожно-подкожные края раны крючками Фарабефа. Иглы-крючком с проведенной через ушко нитью прокалывают мышечно-апоневротический слой на расстоянии не менее 0,5 см от края последовательно с обеих сторон. Затем нить протягивают, после чего обратным движением иглу извлекают, нить связывают. Таким образом накладывают 1-2 шва.

К недостаткам данного устройства можно отнести невозможность его применения для ушивания ран менее 3 см, что вынуждает расширять доступ, тем самым увеличивая травматичность и продолжительность операции.

Технической задачей заявленного изобретения является улучшение качества ушивания троакарных ран передней брюшной стенки; осуществление хорошего гемостаза; уменьшение травмируемости тканей при хирургическом вмешательстве; сокращение времени заживления раны и уменьшение вероятности интра- и послеоперационных осложнений.

Поставленная техническая задача достигается иглой для ушивания троакарных ран, представляющая собой иглу-крючок, имеющую рукоятку с заостренным концом, причем рукоятка выполнена в виде плоской грушевидной формы длиной 10 см, сужающейся по направлению к соединительному стержню длиной 20 см и шириной 0,3 мм, с заостренным концом, снабженным двумя

выемками, расположенными под углом 45° , при этом одна выемка ориентирована вверх, а другая - вниз, расстояния от заостренного конца стержня до ближайшей выемки составляет 1,5 см, а расстояние между выемками - 1 см.

Заявленное устройство поясняется фигурой, где:

- 1-рукоятка;
- 2- стержень;
- 3- заостренный конец стержня;
- 4- верхняя выемка;
- 5- нижняя выемка.

Во время операции держась за рукоятку 1, стержень 2 с заостренным концом стержня 3 вводят в брюшную полость через раны, затем с помощью верхней выемки 4 на стержне 2 вводят нитку (капрон №4, примерно 40-50 см в виде петли) через мышечно-апоневротический слой брюшной стенки. Затем с видеоассистенцией, нитку на верхней выемке 4 придерживают с помощью диссектора, а обратно вынимают её из брюшной полости посредством нижней выемки 5, после чего, концы нитки завязывают.

В отделении общей хирургии ГУ ГМЦ им. академика К. Тоджиев, с 2022 по настоящему времени 34 пациентам с ЖКБ, 2 больным с острым аппендицитом и 7 пациентам с кистой яичника нами использовался изобретенный инструмент для ушивания троакарных ран брюшной стенки с видеоассистенцией.

Клинический пример. Больная М.Х. 1967 года рождения из г. Душанбе с диагнозом ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит. Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия II степени. Ожирение II степени.

Во время операции из-за большого размера камни в желчном пузыре пришлось увеличить длину троакарной раны в эпигастрии до 3 см с целью вытаскивания наружу желчного пузыря с камнем. Расстояние от края раны до апоневроза составило примерно 7-8 см, что было невозможно ушивание дефекта апоневроза в глубине раны с обычной хирургической иглой. Для профилактики образования послеоперационной грыжи для восстановления апоневроза в глубине этой раны брюшной стенки использовалась заявленная игла, то есть посредством верхней выемки 4 на игле, нитка - капрон №4 с длиной 50 см в виде петли вводилась в брюшную полость через раны, через мышечно-апоневротический слой брюшной стенки. Затем с видеоассистенцией, нитку держали с помощью диссектора и эту нитку обратно вытягивали наружу из брюшной полости с помощью нижней выемки 5 иглы, после чего концы нитки завязали. Таким образом, для закрытия дефекта в апоневротическом слое брюшной стенки в области троакарной раны у данной больной с ожирением II степени было достаточно наложение двух швов.

Необходимо отметить, что на осуществление одного шва с помощью заявленной иглы была потрачена минута, что сократило время для проведения операции.

Формула изобретения

Игла для ушивания троакарных ран, представляющая собой иглу-крючок, имеющую рукоятку с заостренным концом, отличающаяся тем, что рукоятка выполнена в виде плоской грушевидной формы длиной 10 см, сужающейся по направлению к соединительному стержню длиной 20 см и шириной 0,3 мм, с заостренным концом,

снабженным двумя выемками, расположенными под углом 45^0 , при этом одна выемка ориентирована вверх, а другая - вниз, расстояние от заостренного конца стержня до ближайшей выемки составляет 1,5 см, а расстояние между выемками - 1 см.

Компьютерный набор: Газиев М.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		