



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **85638** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2013 06980</b>	(72) Винахідник(и): <b>Василенко Леонід Іванович (UA), Луценко Юрій Григорович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>03.06.2013</b>	(73) Власник(и): <b>ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA)</b>
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.11.2013</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.11.2013, Бюл.№ 22</b>	

## (54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ РУЧНОГО КИШКОВОГО ШВА

### (57) Реферат:

Спосіб формування ручного кишкового шва здійснюють шляхом накладення дворядного шва при формуванні передньої губи співюстя двох порожнистих органів. Накладення першого ряду шва здійснюють крізь прокол стінок порожнистого органа через серозно-м'язовий і підслизовий шари одного боку розрізу. Далі тією ж голкою з ниткою прошивають підслизово-м'язово-серозний шари іншого боку стінок анастомозних порожнистих органів.

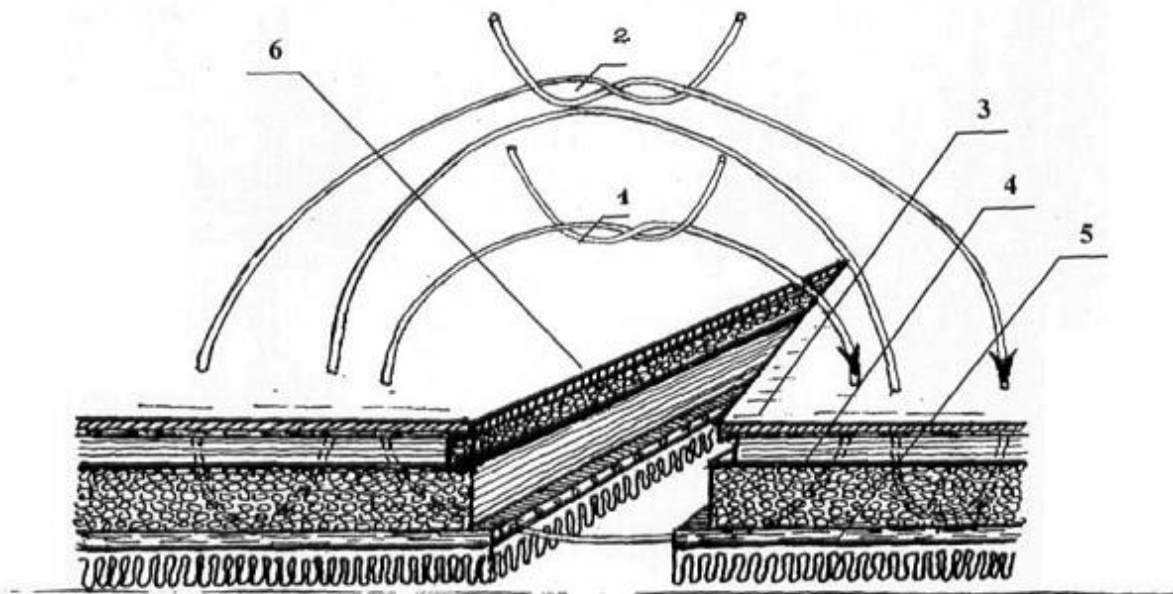


Рис.

U  
UA 85638



Спосіб належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаний при накладенні анастомозів на органах шлунково-кишкового тракту.

Відомий спосіб накладення дворядного кишкового шва за Albert (1881) в комбінації зі швом A.Lembert (1826), взято нами як прототип [1].

Спосіб полягає в тому, що спочатку виконують дворядний шов: прошивають серозно-м'язовий, підслизовий і слизовий шари одного боку розрізу, проникаючи всередину просвіту кишки, відступивши на 0,4-0,6 см від краю рани кишки, тобто формують "наскрізний" шов через усі шари кишкової стінки, далі тією ж голкою з ниткою прошивають слизово-підслизово-м'язово-серозний шари іншого боку розрізу, з виолом на відстані 0,4-0,6 см від краю рани (шов Albert, 1881). Вузол зав'язують з боку серозної оболонки.

При формуванні другого ряду шва здійснюють прокол серозно-м'язового шарів, зав'язуючи вузли назовні: голку вводять на відстані 0,5-0,7 см і виводять на відстані 0,2-0,3 см від краю рани кишки, з іншого боку тканини захоплюють у зворотному порядку (шов A.Lembert, 1826).

Недоліками відомого способу є: недостатня фізична герметичність у разі неспроможності першого або другого ряду швів, імовірність вираженого запалення по лінії шва, уповільнення процесу регенерації тканин з утворенням масивного вала в зоні шва, пролабіювання слизової оболонки, ймовірність розвитку спайкового процесу. Імовірне порушення прохідності кишечника через негерметичність стика між першим і другим рядом швів, який внаслідок формування анастомозу занурюється в товщу тканин стінок анастомозних органів, викликаючи при цьому звуження просвіту кишки.

Крім того, у разі неспроможності першого ряду швів відбувається зміщення зіставлених однорідних шарів кишкової стінки, в результаті чого порушується фізична герметичність. До недоліків шва слід віднести і деформацію лінії кишкового шва і можливе поширення запального процесу на інші шари стінок анастомозних органів через високу проникність стінок для кишкової флори в результаті наскрізного прокалювання кишкової стінки. Внаслідок цього збільшується частота післяопераційних ускладнень і розвиток неспроможності швів співустя та мікробного інфікування черевної порожнини з перитонітом.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу формування ручного кишкового шва, в якому забезпечується надійний гемостаз, міцність шва, "прецизійний" і герметичний стік країв стінок анастомозних органів і виключається ризик залишкових порожнин у глибині рани, де можуть формуватися гематоми, сіроми під швом, що ускладнюються нагноєнням і утворенням кіст, а також знижується ризик інфікування кишкової стінки за рахунок не проникнення лігатур у просвіт кишки при формуванні першого ряду швів.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі формування ручного кишкового шва шляхом накладення дворядного кишкового шва при формуванні передньої губи співустя двох порожнистих органів, відповідно до корисної моделі, накладення першого ряду швів здійснюють крізь прокол стінок порожнистого органа через серозно-м'язовий і підслизовий шари одного боку розрізу, а далі тією ж голкою з ниткою прошивають підслизово-м'язово-серозний шари іншого боку стінок анастомозних порожнистих органів.

Спосіб здійснюють таким чином (див. креслення): спочатку прошивають серозно 3 - м'язово 4 - підслизовий 5 шари з одного боку розрізу, відступивши на 0,4-0,6 см від краю рани кишки 6, далі тією ж голкою з ниткою прошивають підслизово-м'язово-серозний шари іншого боку країв розрізу, з виолом на відстані 0,4-0,6 см від краю рани (шов М.І. Пирогова, 1865). Зав'язують лігатуру 1 з боку серозного шару.

При формуванні другого ряду шва виконують прокол серозно-м'язового шару, зав'язуючи вузли назовні: голку вводять на відстані 0,5-0,7 см і виводять, відступивши 0,2-0,3 см від краю рани кишки, з іншого боку тканини захоплюють у зворотному порядку (шов A. Lembert, 1826).

Наводимо конкретний приклад здійснення способу.

Хворий М., 39 років, був прийнятий до хірургічного відділення міської лікарні № 4 м. Макіївки для планового оперативного лікування з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої пенетрацією хронічної виразки в голівку підшлункової залози.

Після передопераційної підготовки 14.02.11. виконано операцію: дистальна трубчаста резекція 1/2 шлунка з формуванням "пластичного" "кінці-кінцевого" гастродуоденального співустя з "пластичною" "екстеріоризацією" кратера пенетруючої дуоденальної виразки за рахунок "пластичного" накриття її кратера вільним краєм "язикоподібного" слизово-підслизового клаптя з розшарованої задньої стінки анастомозної частини шлункової куksi. Задня губа шлунково-кишкового співустя сформована дворядним швом за Альбертом-Реверденом, передня губа сформована дворядним вузловим швом за методикою, що заявляється.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Рентгенологічний контроль анастомозу проведено на 11-у добу: прохідність співустя вільна, заплівів немає. Перистальтика з'явилася

на 3-4-у добу, самостійне випорожнення на 4-у, шви зі шкірної рани знято на 9-у добу. Хворого виписано до дому на 12-у добу в задовільному стані. Пацієнта оглянуто через 1, 3, 6 міс. після операції. Скарг не пред'являє.

5 Пропонований спосіб успішно апробовано в клініці при формуванні передньої губи гастродуоденального, гастроеюнального співустя і міжкишкових анастомозів у 23-х пацієнтів. Неспроможності швів, явищ анастомозиту, порушень евакуації, інших ускладнень, пов'язаних із застосуванням пропонованого шва, не спостерігали.

10 Пропонований спосіб забезпечує зниження ризику інфікування кишкової стінки за рахунок не проникнення лігатури в просвіт кишки при формуванні першого ряду швів, підвищення фізичної герметичності, надійності і міцності шва, більш "прецизійне" зіставлення країв стінок анастомозних порожнистих органів і надійний гемостаз.

Завдяки цьому поліпшується процес загоєння лінії шва формованого співустя, усувається нещільне зіткнення ділянок стінки кишки між першим і другим рядом швів, покращується прохідність просвіту кишки.

15 Все в сукупності сприяє підвищенню якості хірургічного лікування, створенню оптимальної герметичності, міцності шва, надійному гемостатичному ефекту, зниженню ймовірності неспроможності кишкового шва, скороченню термінів стаціонарного та амбулаторного лікування хворих.

20 Розроблений спосіб ручного кишкового шва доцільно застосовувати для накладання шва при формуванні передньої губи співустя анастомозних трубчастих порожнистих органів шлунково-кишкового тракту.

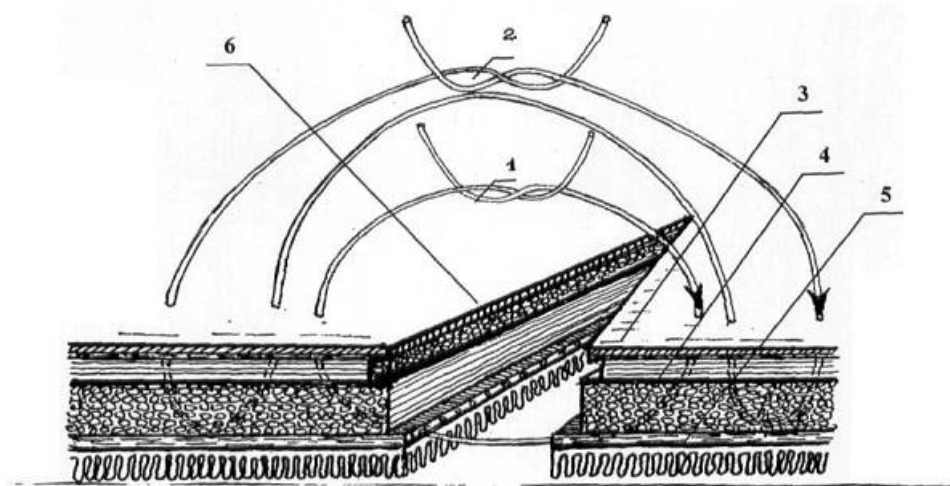
Спосіб, що заявляється, дозволяє позитивно оцінити попередні результати застосування вдосконаленої методики дворядного кишкового шва.

Джерела інформації, взяті до уваги:

25 1. Кишечный шов и его теоретические основы: / И. Д. Кирпатовский. - М.: Медицина, 1964. - С. 14. - Рис.6.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

30 Спосіб формування ручного кишкового шва шляхом накладення дворядного шва при формуванні передньої губи співустя двох порожнистих органів, який **відрізняється** тим, що накладення першого ряду шва здійснюють крізь прокол стінок порожнистого органа через серозно-м'язовий і підслизовий шари одного боку розрізу, а далі тією ж голкою з ниткою прошивають підслизово-м'язово-серозний шари іншого боку стінок анастомозних порожнистих органів.



Комп'ютерна верстка А. Крулевський

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

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