



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **79227** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2012 13359	(72) Винахідник(и):	Василенко Леонід Іванович (UA), Борота Олександр Васильович (UA), Луценко Юрій Григорович (UA)
(22) Дата подання заявки:	23.11.2012	(73) Власник(и):	ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	10.04.2013		
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	10.04.2013, Бюл.№ 7		

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ РУЧНОГО КИШКОВОГО ШВА

(57) Реферат:

Спосіб формування ручного кишкового шва включає проколювання стінок порожнього органа однією безперервною ниткою у вигляді восьмиподібного шва при зшиванні країв розрізу. Накладення першого стібка здійснюють шляхом проколювання стінок порожнього органа через серозно-м'язовий і підслизові шари, а другий стібок формують з наступним вколом лігатур в підслизовий і слизовий шари стінок анастомозних органів з боку підслизового шару.

UA 79227 U

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

Відомий спосіб накладання 8-подібного кишкового шва за Ю.М. Лопухиним, М.Н. Молоденковим, вибраний як прототип [1].

Спосіб полягає в тому, що початковий стібок 8-подібного шва накладають безперервною ниткою, починаючи зі вколу голки з боку серозної поверхні однієї зі стінок анастомозного органа через серозно-м'язовий, підслизовий і слизовий шари, проникаючи усередину просвіту кишки, тобто формуючи наскрізний шов з наступним аналогічним проведенням голки через протилежну стінку анастомозного порожнього органа на відстані 0,5-0,7 см від країв рани. Далі нитки перехрещуються з подальшим вколом лігатур на відстані 0,4-0,5 см вище точок вколу і вколу з боку серозної поверхні через усі шари, після чого поперечно над раною їх перехрещують вузлом і натягають краї ниток до повного зближення протилежних країв.

Недоліками відомого способу шва є: недостатня міцність і герметичність шва через надмірне натягнення стінок зшиваних тканин, деформація лінії шва з формуванням значного заглибленого валика в просвіт кишки, що викликає порушення прохідності формованого співустя анастомозних органів. Щільне зв'язування стібка 8-подібного шва спричиняє ішемію і некроз зшивних шарів тканини, що в свою чергу порушує правильну адаптацію шарів стінок анастомозних органів. Не забезпечується надійний гемостаз і герметизм стібка шва через прорізування шовною ниткою стінок анастомозних органів з подальшим розвитком неспроможності лінії шва, підтіканням крові і кишкового вмісту в черевну порожнину, в кращому випадку з формуванням зовнішньої нориці або в гіршому випадку - перитоніту. При усуненні набряку можливе роз'єднання країв рани через послаблення лігатур, що призводить до подальшого прорізування з розвитком лігатурної нориці або неспроможності швів.

В основу корисної моделі поставлено задачу - створення способу формування ручного кишкового шва, в якому забезпечується надійний гемостаз, міцність шва, прецизійне і герметичне зіставлення країв стінок анастомозних органів, що виключає ризик залишкових порожнин в глибині рани, де можуть формуватися гематоми, сіроми під швом, що ускладнюються нагноєнням і утворенням кіст.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі формування ручного кишкового шва, що включає проколювання стінок порожнього органа однією безперервною ниткою у вигляді 8-подібного шва при зшиванні країв розрізу, згідно з корисною моделлю, накладення першого стібка здійснюють шляхом проколювання стінок порожнього органа через серозно-м'язовий і підслизові шари, а другий стібок формують з подальшим вколом лігатур в підслизовий і слизовий шари стінок анастомозних органів з боку підслизового шару.

Спосіб пояснюється рисунком.

Восьмиподібний шов накладають на задню губу анастомозу двома стібками однією безперервною ниткою.

Спосіб здійснюють таким чином: перший (початковий) стібок 8-подібного шва 1 накладають безперервною ниткою, починаючи зі вколу голки в напрямку за годинниковою стрілкою з боку серозної поверхні 2 однієї зі стінок анастомозного органа через серозно-м'язовий і підслизові шари, не проникаючи в просвіт порожнього органа на відстані 0,5-0,7 см від країв рани з вколом на протилежний бік 3 у напрямку від слизової 4 до серози на відстані 0,5-0,7 см від країв рани. Далі нитки перехрещуються 5 і здійснюють накладення другого (заключного) стібка з подальшим вколом лігатур на відстані 0,4-0,5 см в підслизовий 6 і слизовий шари стінок анастомозних органів з боку підслизового шару, проксимальніше (вище) точок вколу і вколу першого стібка. Після чого поперечно над раною їх перехрещують 7, завершуючи вузлом і стягають краї лігатур до повного зближення протилежних країв.

Аналогічним способом накладають і наступні шви на задню губу формованого гастродуоденального або гастроєюнального співустя. Після кожного шва нитки перехрещують стягаючи до купи вузлом і стягають до повного зближення країв рани. На останньому витку стібка, видаливши голку, здійснюють перехрест ниток, стягаючи до купи вузлом, а потім над ним зав'язували фіксуєний вузол.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу.

Пацієнтка П., 55 років, історія хвороби N 124, була прийнята до хірургічного відділення міської лікарні № 4 м. Макіївки (Донецька область) 03.01.2012р. для планового оперативного лікування з приводу виразкової хвороби шлунка, ускладненої пенетрацією в головку підшлункової залози, субкомпенсованим стенозом пілоруса шлунка, вторинним панкреатитом.

Після передопераційної підготовки 12.01.12р. виконано операцію: дистальна трубчаста резекція 1/2 шлунка за способом Більрота-II - В.В.Сумина. На операції: шлунок розтягнутий, в

пілоричному відділі визначається рубцево-виразковий інфільтрат задньої стінки розміром 4×5см, стенозуючий вихід зі шлунка з явищами перигастриту й перидуоденіту.

Задня губа шлунково-кишкового (гастродуоденального) співустя сформована 8-подібним швом відповідно заявленої методики, передня губа сформована 2-рядним вузловим швом.

5 Післяопераційний період протікав без ускладнень. Рентгенологічний контроль шлунково-кишкового співустя проведено на 11-у добу: прохідність співустя вільна, заплівів немає. Зонд живлення з тонкої кишки і шлунка видалено на 5-6-у добу. Перистальтика з'явилася на 2-у добу, самостійне випорожнення відбулося на 4-у добу, шви зі шкірної рани знято на 9-10-у добу, виписана додому на 12-у добу в задовільному стані. Хвору оглянуто через 1,3,6 міс. після операції. Скарг не пред'являє.

10 Даний спосіб успішно апробований в клініці при формуванні задньої губи гастродуоденального, гастроєюнального співустя і міжкишкових анастомозів у 14 пацієнтів. Неспроможності швів, явищ анастомозиту, порушень евакуації, інших ускладнень, пов'язаних із застосуванням пропонованого шва не спостерігалось.

15 Пропонований спосіб забезпечує підвищення надійності, міцності шва, прецизійне і герметичне зіставлення країв стінок анастомозних органів, надійний гемостаз, виключає ризик залишкових порожнин у глибині рани, де можуть формуватися центральні гематоми під швом, що ускладнюються нагноєнням і утворенням кіст.

20 Завдяки сукупності описаних вище ознак винаходу досягається підвищення якості хірургічного лікування, створення оптимальної герметичності і міцності шва, забезпечується надійний гемостатичний ефект, знижується ймовірність неспроможності кишкового шва, скорочення термінів стаціонарного та амбулаторного лікування.

25 Пропонований спосіб накладання кишкового шва може бути реалізований у відділеннях абдомінальної хірургії, при оперативних втручаннях на шлунку і кишечнику при формуванні задньої губи (гастродуоденального, гастроєюнального співусть і міжкишкових анастомозів) утвореного співустя анастомозних трубчастих порожнистих органів в якості внутрішньої поверхні швів.

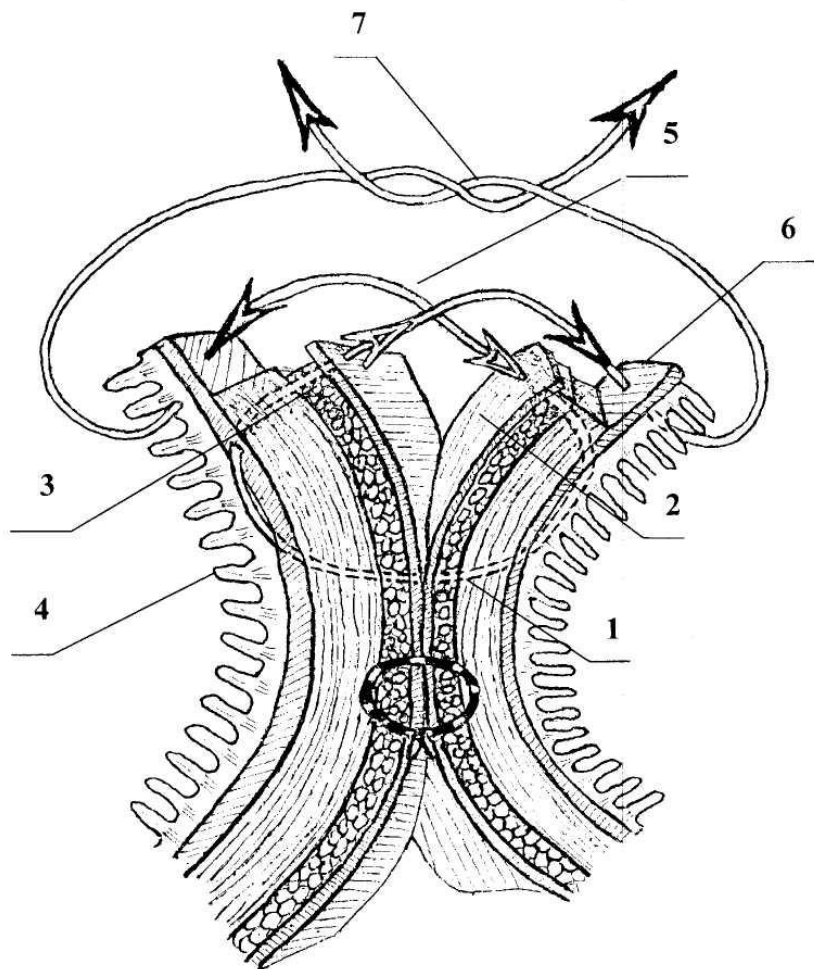
Спосіб, що заявляється, дозволяє позитивно оцінити попередні результати застосування нового кишкового шва.

30 Джерела інформації: взяті до уваги:

1. Лопухин Ю.М., Молоденков М.Н... Практикум по оперативной хирургии. М.: 1960.-С.140. - Рис. 187.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

35 Спосіб формування ручного кишкового шва, який включає проколювання стінок порожнього органа однією безперервною ниткою у вигляді восьмиподібного шва при зшиванні країв розрізу, який **відрізняється** тим, що накладення першого стібка здійснюють шляхом проколювання стінок порожнього органа через серозно-м'язовий і підслизові шари, а другий стібок формують з наступним вколом лігатур в підслизовий і слизовий шари стінок анастомозних органів з боку підслизового шару.



Комп'ютерна верстка І. Скворцова

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