



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **79488** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

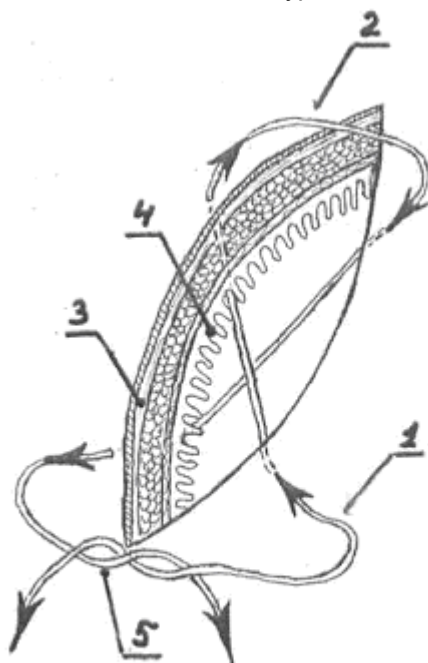
(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 11874	(72) Винахідник(и): Василенко Лєонід Іванович (UA), Борота Олександр Васильович (UA), Єнгенов Никос Михайлович (UA), Луценко Юрій Григорович (UA)
(22) Дата подання заявки: 15.10.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.04.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2013, Бюл.№ 8	(73) Власник(и): ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA)

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ РУЧНОГО КИШКОВОГО ШВА

(57) Реферат:

Спосіб формування ручного кишкового шва, котрий включає наскрізне проколювання стінок порожнистого органа через всі шари стінок при зшиванні розітнутих країв стінок, причому шов формують однією безперервною ниткою у вигляді двох послідовних перехресних, Х-подібних, косо розташованих наскрізних стібків однією лігатурою.



Фіг.1

UA 79488 U

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

Відомий спосіб накладення Z-подібного кишкового шва за методикою J. Zoltan взято нами як прототип [1].

Спосіб полягає в тому, що даний вид шва накладають безперервною ниткою у вигляді двох послідовних паралельно зміщених стібків, а саме: верхній стібок шва формують за методикою J. Zoltan на одному боці анастомозної стінки вколом голки на відстані 0,3-0,4 см від країв стінок з боку серозної поверхні праворуч - ліворуч, затим "перекидають" нитку і виконують нижній стібок Z-подібного кишкового шва на протилежній стінці анастомозного органа, паралельно верхньому стібку шва.

Недоліками відомого способу є: недостатня міцність і герметичність шва через надмірне натягнення стінок, які зшиваються, деформація лінії шва з неправильною адаптацією шарів стінок органів, що підлягають анастомозу. При зшиванні країв стінок анастомозних органів не забезпечується правильне зіставлення шарів кишкових стінок, і при затягуванні лігатури відбувається зміщення стінок одна відносно іншої, що спричиняє подовження процесу регенерації тканин у місці накладення шва. Імовірно прорізування шовної нитки крізь тканини внаслідок надмірного натягнення тканин при затягуванні шва з розвитком недостатності швів формованого співустя та перитоніту. При усуненні набряку можливе роз'єднання країв рани, що призводить до подальшого прорізування, ішемії або некрозу тканини, і відтак, перешкоджає правильній адаптації шарів стінок.

В основу корисної моделі поставлено задачу - створити спосіб формування ручного кишкового шва, який би забезпечував покращення регенерації за рахунок більш правильного зіставлення однорідних шарів кишкової стінки; покращення прохідності просвіту кишки за рахунок зменшення заглибного валика шва; підвищення фізичної герметичності, міцності і надійності шва за рахунок більш правильного зіставлення шарів стінок і виключав зміщення шарів стінок органів відносно один одного.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі формування ручного кишкового шва, що включає наскрізне проколювання стінок порожнистого органа, згідно з корисною моделлю, шов формують однією безперервною ниткою у вигляді двох перехресних послідовних, X-подібних, косо розташованих наскрізних стібків однією лігатурою через всі шари на відстані 0,3-0,4 см від країв стінок анастомозних органів.

Спосіб пояснюється кресленнями. На Фіг. 1 зображено етапи формування шва. Фіг. 2 передає вигляд сформованого шва.

Спосіб здійснюють таким чином: перший (початковий) стібок 1 (Фіг. 1) наскрізного шва накладають зі вколу голки з боку серозної поверхні однієї зі стінок анастомозного органа крізь всі шари стінок на відстані 0,3-0,4 см від країв стінок з вколом з боку слизової оболонки 3 (Фіг. 1) на відстані 0,3-0,4 см від країв стінок з подальшим проведенням лігатури 5 (Фіг. 1) навскоси праворуч - ліворуч і знизу - вгору на 0,6-0,8 см вище початкового вколу першого стібка швів і подальшим вколом голки з боку серозної поверхні 4 (Фіг. 1) протилежної стінки анастомозних органів на відстані 0,3-0,4 см від країв.

Другий (заклучний) стібок 2 (Фіг. 1) наскрізного X-подібного шва здійснюють безперервною ниткою після першого стібка з вколом голки з боку серозної поверхні на відстані 0,3-0,4 см від країв первинної стінки на відстані 0,6-0,8 см вище початкового вколу першого стібка швів з вколом з боку слизової первинної стінки на відстані 0,3-0,4 см від країв стінки з подальшим проведенням лігатури навскоси (по діагоналі) до протилежної стінки зліва - направо і зверху - вниз на відстані 0,6-0,8 см зі вколом голки з боку слизової протилежної стінки анастомозного органа на відстані 0,3-0,4 см від краю з подальшим проведенням лігатури через всі шари і вколом з боку серозної поверхні на відстані 0,3-0,4 см від краю.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу.

Хворий Н., 65 років, історія хвороби № 2491, госпіталізований до хірургічного відділення міської лікарні № 4 м. Макіївки (Донецька область) 16.08.2011 р. для планового оперативного лікування з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої рубцево-виразковою деформацією цибулини дванадцятипалої кишки, пенетрацією хронічної виразки в голівку підшлункової залози, вторинним панкреатитом, субдекомпенсованим стенозом вихідного відділу шлунка.

Після передопераційної підготовки 16.08.11 р. виконано операцію: дистальна трубчаста резекція 2/3 шлунка за способом Більрота-II з формуванням шлунково-кишкового співустя на "короткій" петлі позадуободовим з навкісним перетином порожньої кишки. Під час операції: шлунок розтягнутий, з вираженим перигастритом, перидуоденітом, з рубцевими змінами в брижі мезоколон. При мобілізації цибулини дванадцятипалої кишки виявлено пенетруючу хронічну

виразку в голівку підшлункової залози. Задня губа шлунково-кишкового співустя сформована дворядним швом за способом Альберта-Ревердена, передня губа - дворядним вузловим швом, останній (заклучний) шов передньої губи формували Х-подібним швом відповідно до заявленої методики.

5 Післяопераційний період протікав без ускладнень. Рентгенологічний контроль шлунково-кишкового співустя проведено на 11-у добу: прохідність співустя без перешкод. Перистальтика з'явилася на 3-4-у добу, самостійно оправився на 4-у добу. Шви зі шкірної рани знято на 9-у добу. Хворого виписано додому на 12-у добу в задовільному стані. Пацієнта оглянуто через 1, 3, 6 міс. після операції. Скарг не пред'являє.

10 Спосіб пройшов успішну апробацію в клініці під час формування передньої губи гастродуоденального, гастро-єюнального співусть і міжкишкових анастомозів у 18 пацієнтів. Неспроможності швів, явищ анастомозиту, порушень евакуації, інших ускладнень, пов'язаних із застосуванням пропонованого шва, не спостерігали.

Переваги способу, що заявляється.

15 Пропонований спосіб забезпечує найбільш правильне зіставлення при зшиванні однорідних шарів органів, що забезпечує краще загоєння рани. Спосіб сприяє: підвищенню якості лікування за рахунок більш вдалого зіставлення всіх шарів стінок анастомозних органів, створює найкращу герметичність, надійність і міцність шва, запобігає випадінню слизової оболонки через шви та сприяє зниженню натягання тканин по лінії шва.

20 Спосіб забезпечує підвищення фізичної герметичності формованого співустя. Завдяки сукупності описаних вище ознак корисної моделі досягається підвищення якості хірургічного лікування, створення оптимальної герметичності, надійності та міцності шва. Спосіб гарантує якнайкраще зіставлення всіх шарів стінок кишки, зниження натягнення тканин по лінії шва, ймовірність неспроможності кишкового шва та скорочує термін стаціонарного й амбулаторного лікування.

25 При затягуванні країв шва за способом, що заявляється (фіг. 2), забезпечується не лише щільне поздовжнє (герметичне) з'єднання країв стінок анастомозних органів (включаючи слизовий шар), але й підвищення герметичності формованого шва за рахунок додаткового поперечного зближення накладених стібків шва, що додатково сприяє підвищенню герметичності і надійності шва сформованого співустя.

30 Розроблений спосіб Х-подібного ручного кишкового шва доцільно накладати як (завершальний) останній шов при формуванні передньої губи співустя трубчастих порожнистих анастомозних органів як внутрішньої поверхні швів.

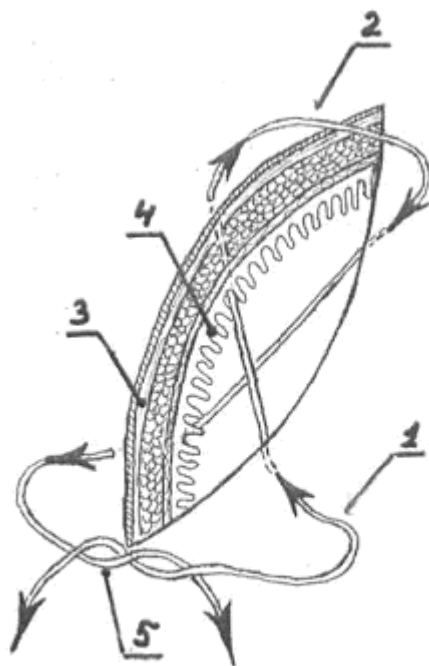
35 Спосіб, що заявляється, дозволяє позитивно оцінити попередні результати застосування нового кишкового шва.

Джерела інформації:

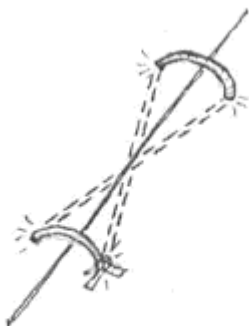
1. Литтманн И. Оперативная хирургия. - Будапешт, 1981. - С. 448.

40 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування ручного кишкового шва, котрий включає наскрізне проколювання стінок порожнистого органа через всі шари стінок при зшиванні розітнутих країв стінок, який **відрізняється** тим, що шов формують однією безперервною ниткою у вигляді двох послідовних перехресних, Х-подібних, косо розташованих наскрізних стібків однією лігатурою.



Фіг.1



Фіг. 2

Комп'ютерна верстка М. Мацело

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