

Винахід належить до медицини, а саме до хірургії, і стосується способу формування кишкового шва.

Найбільш частою причиною виникнення післяопераційного перитоніту вважається неспроможність швів порожнинних органів, яка зустрічається в 25% [Милонов О.Е., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М., "Медицина", 1990, с. 53]. В умовах перитоніту неспроможність кишкових швів значно зростає.

Відомий спосіб накладання однорядного кишкового шва [Авт. св. SU 1602479, кл. А 61 В 17/00.], де герметичність анастомозу підвищують за рахунок більш точнішого зіставлення шарів зшиваємих органів. Нитку шва проводять через серозний, м'язовий, підслизовий шари одного кінця кишки, підслизовий, м'язовий, серозний шари на протилежній стороні з виколом біля краю розрізу кишки, потім через серозний, м'язовий, підслизовий шари першого кінця кишки з виколом в середину від раніш накладеного стежка, а далі - через підслизовий, м'язовий, серозний шари на протилежній стороні з зовнішнім виколом від раніш зробленого стежка. Недоліком його є те, що порушується кровопостачання в зоні шва, травмується тканина кишки, використовується велика кількість шовного матеріалу, вузли ниток розташовані на серозній поверхні, що сприяє фіксації фібрину і утворенню злук. Формувати анастомоз за допомогою такого шва незручно.

В основу винаходу поставлена задача забезпечити ефективну герметичність кишкового шва за рахунок збереження кровопостачання в зоні шва, мінімального травмування тканини, не залишати закритих порожнин між стінками кишкової рани, де утворюються в послідовному мікроабсцеси, зменшити кількість шовного матеріалу, звести до мінімуму кількість вузлів ниток на серозній поверхні і цим самим зменшити кількість точок фіксації фібрину, запобігти прорізання швів накладених на запально-змінений стінок кишки, зробити спосіб простим та зручним. Мета досягається тим, що нитку проводять через субмукозний, м'язовий, серозний шари, далі виконують серозно-м'язовий стежок на цьому ж кінці кишки, а потім на другому кінці кишки і нитку далі проводять через серозний, м'язовий, субмукозний шари. Кінці нитки зав'язують.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Вкол нитки (фігура) проводиться в субмукозний шар і пройшовши крізь м'язовий виколюється на серозній поверхні на відстані 2 мм від краю рани кишки. Далі проводиться серозно-м'язовий стежок на цьому ж кінці на відстані 1 мм від виколу на протязі 3 мм. Потім на іншому кінці кишки проводиться ще один серозно-м'язовий стежок на відстані 6 мм від краю кишкової рани на протязі 3 мм в напрямку до рани і далі на відстані 2 мм від краю кишки нитка проводиться в серозному, м'язовому, підслизовому шарах. Кінці нитки затягують і зав'язують. Вузол розташовується з боку порожнини кишки. Послідовні шви накладаються таким же чином.

Приклад. Хворий С. 65 років госпіталізований у клініку з діагнозом: тромбоз мезентеріальних судин, перитоніт, через 24 години після початку захворювання. Операція - середньосередина лапаротомія. Під час ревізії органів черевної порожнини виявлено до 1 літра геморагічно-фібринозної рідини, тонкий кишечник некротично змінений на протязі 80 см на відстані 60 см, від зв'язки Трейца. Проведена резекція некротично зміненого відрізка тонкої кишки. Оральна межа місця резекції кишки була на 40 см від зони некроза, а аборальна - на 20 см. Сформований ентероентеро анастомоз кінець в кінець: Анастомоз формували капроновими субму-косно-м'язово-серозними швами, які накладалися наступним чином - вкол нитки проводили в субмукозний шар і пройшовши крізь м'язовий виколювали на серозній поверхні на відстані 2 мм від краю рани кишки. Потім накладали додаткові серозно-м'язові стежки на цьому ж кінці кишки, а далі на другому. І на відстані 2 мм від краю рани кишки нитка проводилась в серозному, м'язовому, підслизовому шарах. Кінці ниток зав'язували. Послідовні шви накладали таким же чином. Провели інтубацію тонкого кишечника за методикою Зайцева, санацію та дренування черевної порожнини. Післяопераційний період протікав задовільно Хворий виживав.

Спосіб поєднує позитивні якості однорядного і двошарного швів і забезпечує ефективну герметичність анастомозу.

Спосіб рекомендовано для практичного використання.

