



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **30069** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ЦІЛІСНОСТІ ПРОСВІТУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

1

2

(21) u200711383

(22) 15.10.2007

(24) 11.02.2008

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
ЄВТУШЕНКО ДЕНИС ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA,
КРИВОРІТЬКО ІГОР ВАДИМОВИЧ, UA, ГРОМА
ВАСИЛІЙ ГРИГОРОВИЧ, UA(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, UA(57) Спосіб відновлення цілісності просвіту шлунково-кишкового тракту, який включає висічення виразки та накладання однорядного прецизійного екстрамукозного інвертованого шва, який **відрізняється** тим, що в шов підхоплюють серозну, м'язову та підслизову оболонки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії і може бути використана для відновлення цілісності шлунково-кишкового тракту. Надійність відновлення цілісності шлунково-кишкового тракту залежить в тому числі від якості швів, якими зшивають зону пластики чи анастомозу.

Відсоток неспроможності швів при оперативних втручаннях на шлунково-кишковому тракті сягає 30%, головними причинами якої є: тісний зв'язок швів з порожниною органу та як результат їх інфікованість; сторонність шовного матеріалу по відношенню до тканин організму; ушкодження структури стінок які зшивають; порушення крово- та лімфовідтоку в зоні шва та в сусідніх ділянках за рахунок передаточної компресії з прогресуванням процесів набряку, ішемії, запалення та некробіозу в цій зоні.

Відомий спосіб відновлення цілісності просвіту шлунково-кишкового тракту, що включає використання двошрядного шва Черні, який накладається наступним чином: після висічення виразки відступивши на 4мм в глибину від краю рани проводять укол голки таким чином, що у шов підхоплюються всі шари вузликами всередину, а другий ряд серо-серозний шов накладається на відстані 3мм від першого ряду швів. [Оперативная хирургия, под редакцией И.Литтмана. //

Недоліком цього виду шва є зайва травматизація слизової оболонки, груба дерфомация та травматизація тканин в зоні шва.

Відомий також спосіб відновлення цілісності просвіту шлунково-кишкового тракту, що включає використання шва по Туле, при якому після висічення виразки укол хірургічної голки виконується

відступивши на 4-5мм від краю рани з виколом на серозній оболонці на 4-5мм від її краю з наскрізним прошиванням усіх шарів та зав'язуванням вузликами у просвіт кишки [Зайцев В.Т., Бойко В.В., Григоров Ю.Б. Комбинированные инвертированные с прецизионной техникой швы в хирургии остроосложненных пилородуоденальных язв. // Харьков. - 1995.].

При зав'язуванні цього виду шва відмічається недостатнє зіставлення країв рани пилородуоденальної зони, інколи з випинанням на поверхню серозної оболонки, травматизація слизової оболонки.

В зв'язку з вище викладеним в основу корисної моделі покладено задачу підвищення надійності відновлення просвіту шлунково-кишкового тракту шляхом використання ефективних швів.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі вирішають таким чином: у відомому способі відновлення цілісності просвіту шлунково-кишкового тракту, який включає висічення виразки та накладання однорядного прецизійного інвертованого шва, згідно з корисною моделлю в шов підхоплюють серозну, м'язову та підслизову оболонки.

Позитивний ефект корисної моделі обумовлений тим, що при накладанні однорядного інвертованого прецизійного шва зіставляють однорідні шари та додатково підхоплюють підслизовий шар, що підсилює міцність шва.

Спосіб виконують наступним чином: виконують верхньо-серединну лапаротомію, виділяють пилородуоденальну зону, беруть на держалки періульцерозну зону, висікають виразку та за допомогою пінцету виводимо край рани так, що видна будова

(19) **UA** (11) **30069** (13) **U**

стілки, голкою з ниттю «Вікріл» 2/0 через підслизову, не травмуючи слизову оболонку, виконують вкл в товщу на 2-3мм із підхопленням м'язової та серозної оболонок. Після чого зав'язують шов трьома вузликами в просвіт кишки, залишок нитки зрізують ножицями. Далі виконується селективно-проксимальна ваготомія.

Клінічний ефект цього способу показують наступні приклади.

1. Хворий Б. 33 року госпіталізований в ургентному порядку через 20 годин з моменту початку захворювання з калом типу "мелени", загальною слабкістю. При огляді звертала на себе увагу блідість шкіри, тахікардія, низький артеріальний тиск. При дослідженні прямої кишки виявлен кал по типу "мелени". В анамнезі виразкова хвороба дванадцятипалої кишки на протязі 3 років. В клінічному аналізі крові: гемоглобін - 63г/л, еритроцити - $1,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити - 8×10^9 /л, палочкоядерні - 14%, сегментоядерні - 54%, лімфоцити - 24%, моноцити - 10%, еозинофіли - 2%, ШОЕ - 12мм/год.

Фіброгастроскопія: в шлунку темна кров зі згустками. В цибуліні дванадцятипалої кишки на передній стінці з кровоточивою судиною в центрі до 1,4см в діаметрі.

Таким чином встановлено діагноз: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею.

Спосіб операції виконується наступним чином.

Виконується верхньо-серединна лапаротомія, виділяється пілородуоденальна зона, висікається виразка та накладався шов по Тупе: вкол хірургічної голки виконувався відступивши на 4-5мм від краю рани з виколом на серозній оболонці на 4-5мм від її краю зі сквозним прошиванням усіх шарів та зав'язуванням вузликами у просвіт кишки. Далі виконується селективно-проксимальна ваготомія. Трансназально вводиться зонд №18 за зону пластики. Дренування рукавично-трубчатими дренажами підпечінкового простору.

Післяопераційний період: хворий скаржився на відчуття важкості в епігастрії, тошноту. Ендоскопічна картина (7, 14 післяопераційні доби): зона пластики деформована, має місце виразна запа-

льна реакція з виразною інфільтрацією зони шва. Хворому проведена комплексна терапія, після якої стан його поліпшився. На 15 добу хворий в задовільному стані виписаний з клініки.

2. Хворий Д. 31 року госпіталізований в ургентному порядку через 1 добу з моменту початку захворювання з блювотою типу "кавової гущі", калом типу "мелени", загальною слабкістю. При огляді звертала на себе увагу блідість шкіри, тахікардія, низький артеріальний тиск. При дослідженні прямої кишки виявлений кал по типу "мелени". В анамнезі виразкова хвороба дванадцятипалої кишки на протязі 5 років. В клінічному аналізі крові: гемоглобін - 68г/л, еритроцити - $2,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити - 9×10^9 /л, палочкоядерні - 12%, сегментоядерні - 53%, лімфоцити - 2%, моноцити - 10%, еозинофіли - 2%, ШОЕ - 10мм/год.

Фіброгастроскопія: в шлунку темна кров зі згустками. В цибуліні дванадцятипалої кишки на задньо-верхній стінці з кровоточивою судиною в центрі до 1,2см в діаметрі.

Таким чином встановлено діагноз: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею.

Спосіб операції виконується наступним чином.

Виконується верхньо-серединна лапаротомія, виділяється пілородуоденальна зона, висікається виразка та накладається однорядний екстрамукозний інвертований прецизійний шов таким чином, що укол голки виконується в товщу на 2-3мм зі сторони підслизової оболонки з підхопленням м'язової та серозної оболонок, але без захоплення слизової. Після чого зав'язують шов вузликами в просвіт кишки. Далі виконується селективно-проксимальна ваготомія. Трансназально вводиться зонд №18 за зону пластики. Дренування рукавично-трубчатими дренажами підпечінкового простору. Післяопераційний період без ускладнень. Ендоскопічна картина (7, 14 післяопераційні доби): зона пластики з незначною запальною реакцією та інфільтрацією зони шва, зона пластики не має значущої деформації. На 11 добу хворий в задовільному стані виписаний з клініки.