

Винахід належить до медицини і може знайти застосування у разі накладення швів на рану печінки, легень, нирок.

Відомий спосіб зашивання рани печінки [1], котрий включає накладення металевої перфорованої стрічки по краю рани з проведенням металевих гвинтів через тканину печінки та зближуванням країв рани за допомогою гайок.

Основні недоліки цього способу:

- велика травматичність;
- протинання тканин;
- гемо- і холевитікання з розвитком перитоніту;
- кінці гвинтів травмують прилеглий орган;
- металева стрічка не розсмоктується і може травмувати прилеглий орган.

Найбільш близьким за технічною сутністю до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування поранень печінки [2], котрий включає оперативний доступ, ревізію, закриття рани печінки з подальшим накладенням шва і його прикриттям смужкою з широкої фасції стегна. При цьому після ревізії печінки з двох боків кладеться досить широка смужка фасції, котра на кінці зшивається і охоплює ділянку органа, подібну на хомут. Далі прямою або зігнутою голкою з тупим кінцем накладають декілька лігатур за тим чи іншим типом через основу фасції у вигляді безперервного шва, або у вигляді окремих лігатур, що охоплюють усю печінкову тканину, так, аби цілком затягти й відшнурувати ділянку печінки, яка підлягає відтинку. Після цього ділянка печінки відтинається. Оскільки фасція береться широкою пластинкою, то після відтинання ділянки фасція по обох краях виступає, утворюючи дві стулки, котрі зшиваються безперервним швом, і таким чином щільно закривається печінкова кулка.

Основні недоліки цього способу:

- значна травматичність;
- протинання тканин;
- гемо- і холевитікання;
- імовірність розвитку спайкового процесу;
- травма при взятті автотрансплантата.

Відомий пристрій для зашивання рани печінки, котрий складається з пластини та лігатури [3]. Пластинку накладають на один край рани і проводять лігатуру через отвори в пластині, зав'язуючи лігатури.

Основні недоліки:

- протинання тканин краю печінки, що не має другої пластинки;
- гемо- і холевитікання;
- металева пластинка не розсмоктується і може травмувати прилеглі тканини.

В основу винаходу покладено завдання створити спосіб зашивання рани паренхіматозних органів і пристрій для його здійснення, який би забезпечував високу ефективність гемостазу за рахунок застосування розсмоктувальних пластин з біофілу.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі зашивання рани паренхіматозних органів, котрий включає оперативний доступ до органа з подальшою ревізією і зашиванням його рани, відповідно до винаходу шви накладають за допомогою пристрою, до складу якого входять 2 пластики з отворами для проведення лігатури з атравматичними голками на кінцях, причому пластинки й лігатуру виконані з біофілу.

Спосіб здійснюється таким чином. Біофіл - це порівняно новий біологічний розсмоктувальний шовний матеріал [4], котрий виготовляється з твердої мозкової оболонки спинного мозку великої рогатої худоби. На 14 добу відбувається розтарування і фрагментація ниток біофілу. Цілковито повне розсмоктування біофілу відбувається на 30 добу післяопераційного періоду.

На фіг.1 зображено процес зашивання рани печінки. Лігатура - 1 з біофілу має довжину від 20 до 40см з атравматичними голками на кінцях. До комплексу входять також окремі пластини - 2 з біофілу (2шт.) завдовжки від 3 до 5см, завширшки від 5мм до 1см і завтовшки по 0,5-1мм з отворами - 3 на кінцях діаметром по 1-2мм, через які проведено лігатури. Після прошивання рани паренхіматозного органа з кроком шва 1-1,5см лігатуру виводять з протилежного краю органа, і проводять через пластини з біофілу з подальшим зав'язуванням. Після зав'язування швів тканину паренхіматозних органів притискають з двох боків пластинами. При просуванні в тканинах шовний матеріал проходить як лігатура, а далі він випрямляється, набуваючи вигляду смужки, що збільшує площу зіткнення тканин.

Пластини через 2-3 місяці розмотуються, що підтверджується сонографічними і лапароскопічними даними.

Приклад. Хворий Шокуров В.І. 1970р. Історія хвороби №18736.

Надійшов о 21 годині 10 хвилин в ургентному порядку з колото-різаним пораненням у VII мікроберії справа по середньопахвовій лінії. Під час ревізії розкрито проникаючий торако-абдомінальний характер.

Лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, виявлено поранення правої частки печінки, здійснено зашивання рани правої частки печінки із застосуванням вище запропонованого пристрою.

Післяопераційний перебіг без ускладнень. На 14 добу хворого виписано. УЗД - контроль через 30 днів і 60 днів.

Переваги пропонованого способу: зниження травматичності, гемо- і холестатичності, запобігання розвитку спайкових процесів, виключення небезпечних ускладнень.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Б.В. Петровский. Хирургическая гепатология. // Москва: «Медицина», 1972. -Стр.117-119.
2. Ю.М. Дедерер, Н.П. Крылова. Атлас операций на печени. // Москва: «Медицина», 1975. -Стр.27-29.
3. Б.В. Петровский. Хирургическая гепатология. // Москва: «Медицина», 1972. -Стр.117-119.
4. Гринцов А.Г., Семенова Т.В., и др. Хирургический шовный материал. // Киев, 2002. -Стр.15.

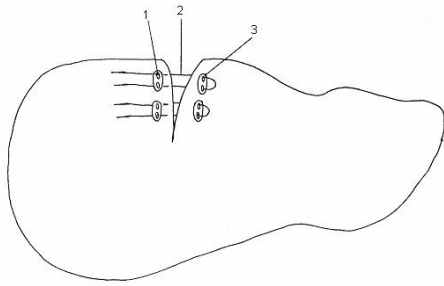


Fig.