



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38261 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ІНВЕРТОВАНОГО КИШКОВОГО ШВА

(21) 2000063460

(22) 13.06.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Пойда Олександр Іванович, Мельник Володимир Михайлович, Ковальський Михайло Павлович, Дорошенко Станислав Володимирович, Хлопецький Анатолій Іванович

(73) Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (НМУ)

(57) Спосіб виконання інвертованого кишкового шва, що передбачає проведення лігатури через товщу серозної, м'язової та підслизової оболонок привідного і відвідного відрізків кишки, наступне зав'язування лігатури, який **відрізняється** тим, що кінці лігатури додатково проводять через товщу серозної та м'язової оболонок кишки, відступивши на 2-3 мм латеральніше від краю попереднього вколу в напрямку поздовжньої осі кишки і знову зав'язують.

Винахід відноситься до медицини, зокрема - до хірургії, і може бути використаний для зшивання стінок органів травного каналу.

Відомий спосіб однорядного інвертованого кишкового шва з зав'язуванням лігатури зі сторони слизової (внутрішньої) оболонки кишки [1]. Відповідно до способу, вкол виконують зі сторони слизової оболонки, але без захоплення слизової та підслизової оболонок, нитку проводять через товщу м'язової та серозної (зовнішньої) оболонок. Через стінку протилежного відрізка кишки нитку проводять в зворотному напрямку, тобто від серозної до слизової оболонок, знову ж таки без захоплення в шов підслизової та слизової оболонок. Лігатуру зав'язують зі сторони слизової оболонки.

Спосіб має недоліки:

1) недостатня міцність шва, внаслідок того, що лігатура не проходить через підслизову оболонку кишки яка є найміцнішою від усіх оболонок кишки;

2) недостатній гемостаз в зоні зшивання відрізків кишок, тому що спосіб не передбачає захоплення в шов підслизової оболонки кишки, найбільш багатой кровоносними судинами;

3) значна мікробна контамінація черевної порожнини, внаслідок проникнення мікрофлори через шовні канали.

Найближчим аналогом (прототипом) способу за винаходом за технічною суттю та результатом, що досягається, є спосіб однорядного інвертованого кишкового шва з зав'язуванням лігатури зі сторони серозної (зовнішньої) оболонки [1]. Згідно зі способом, вкол виконують зі сторони серозної оболонки, потім нитку проводять в напрямку до краю слизової (внутрішньої) через товщу м'язової та підслизової оболонок, слизову оболонку в шов

не захоплюють. Через товщу стінки протилежного відрізка кишки голку з ниткою проводять в протилежному напрямку через товщу підслизової, м'язової та серозної оболонок. Після чого лігатуру зав'язують зі сторони серозної оболонки.

Способу властиві недоліки: значна контамінація черевної порожнини мікрофлорою кишечника внаслідок її проникнення через лігатурні канали при відсутності додаткової перитонізації лінії кишкового шва.

Поставлена задача у відомому способі виконання інвертованого кишкового шва досягається тим, що лігатуру проводять через серозну, м'язову та підслизову оболонки (без захоплення в шов слизової оболонки) з наступним зав'язуванням лігатури. Відповідно до винаходу, після проведення лігатури через товщу відрізків кишки і її зав'язування, кінці цієї ж лігатури проводять через товщу серозної та частково м'язової оболонок кишки, відступивши на 2-3 мм латеральніше від краю попереднього вколу і вколу зі сторони серозної оболонки в напрямку поздовжньої осі кишки, з наступним повторним зав'язуванням лігатури, яке забезпечує додаткову перитонізацію лінії кишкового шва утвореним таким чином серозно-м'язовим валиком.

Суть винаходу пояснена графічно. На фіг. 1 показано етап проведення лігатури через серозну, м'язову та підслизову оболонки кишки, де 1 - лігатура, 2 - серозна оболонка кишки, 3 - м'язова оболонка кишки, 4 - підслизова оболонка кишки, 5 - слизова оболонка кишки, 6 - проведення лігатури через стінку протилежного відрізка кишки в зворотному напрямку. На фіг. 2 зображено зав'язування лігатури і додаткове проведення її країв через то-

вщу серозної та м'язової оболонок кишки, де 7 - вузол, утворений внаслідок зав'язування лігатури 1, 8 - місце вколу та входу лігатури, 9 - місце вколу та виходу лігатури із стінки кишки при додатковому її проведенні і через серозну 2 та м'язову 3 оболонки кишки. На фіг. 3 ілюстровані загальний вигляд сформованого міжкишкового з'єднання, де 10 - вузол, що виник внаслідок повторного зав'язування лігатури, 11 - зона пошарового зіставлення раневих поверхонь відрізків кишки, 12 - валик, що додатково перитонізує лінію кишкового шва, утворений серозною 2 та м'язовою 3 оболонками кишки.

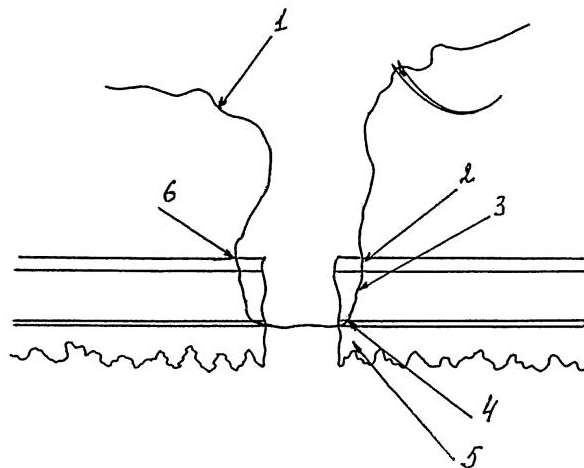
Спосіб виконується наступним чином. Відступають на 4-5 мм від краю відрізка кишки і роблять вкол та проводять лігатуру 1 через товщу серозної 2 та м'язової 3 підслизової 4 оболонок кишки, слизову оболонку 5 в шов не захоплюють, лігатуру 1 проводять через стінку протилежного відрізка кишки в зворотному напрямку 6, краї лігатури 1 зав'язують одним-двома вузлами 7, відступають на 2-3 мм латерально в напрямку продовжної осі кишки від місця попереднього входу лігатури в товщу серозної оболонки 2 і роблять повторний вкол 8 та вкол 9 при цьому проводять лігатуру 1

через товщу серозної 2 та частково м'язової 3 оболонок кишки, краї лігатури повторно зав'язують, внаслідок чого утворюється вузол 10 з пошаровим зіставленням раневих поверхонь відрізків кишки 11 та валик 12 з серозної 2 та м'язової 3 оболонок кишки, який додатково перитонізує лінію шва.

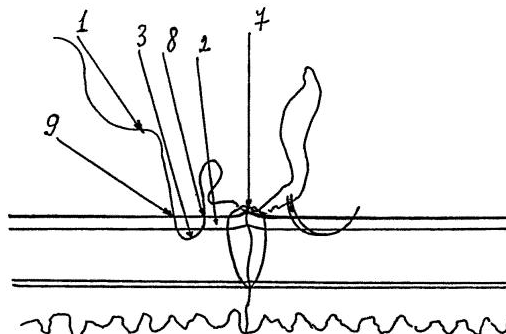
Відмінною ознакою винаходу у порівнянні з прототипом [1] та іншим аналогом є те, що його застосування дозволяє створити пошарову адаптацію раневих поверхонь відрізків кишки і тим забезпечити перебіг репаративних процесів в зоні міжкишкового з'єднання по типу заживлення кишкової рани первинним натягом. Додаткова перитонізація валиком із серозної та частково м'язової оболонок стінки кишки поліпшує фізичну та біологічну герметизацію лінії шва, чим значно зменшує мікробну контамінацію черевної порожнини і як наслідок попереджує виникнення післяопераційного перитоніту та злукового процесу між органами черевної порожнини.

Джерела інформації

1. Матюшин И.Ф. Общие принципы абдоминальной хирургии.

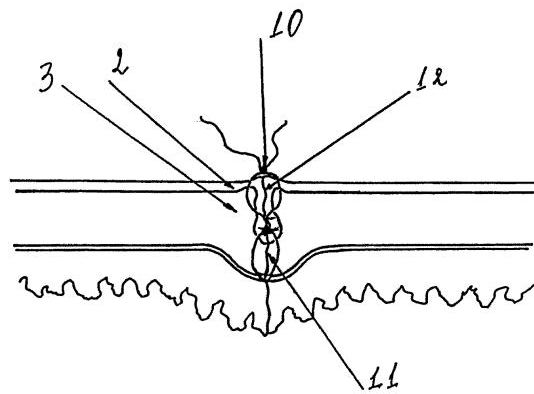


Фіг. 1



Фіг. 2

38261



Фіг. 3

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
