



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45459 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ОДНОРЯДНОГО КИШКОВОГО ШВА

1

2

(21) u200905853

(22) 09.06.2009

(24) 10.11.2009

(46) 10.11.2009, Бюл.№ 21, 2009 р.

(72) КАПШИТАР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, КА-
ПШИТАР ОЛЕКСІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ(73) КАПШИТАР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, КА-
ПШИТАР ОЛЕКСІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ(57) Спосіб накладання однорядного кишкового
шва шляхом проведення голки з ниткою через
протилежні стінки розтину кишки, починаючи з
серозної оболонки, зведення країв розтину кишки
ниткою та зав'язування вузла зі сторони серозної
оболонки кишки, який **відрізняється** тим, що вко-

люють голку з ниткою, відступивши 6 мм від краю
розтину, і проколюють м'язову та підслизову обо-
лонку на межі розтину кишки і виконують за межі
розтину кишки, голку повертають зовні та вколю-
ють у внутрішню частину серозної оболонки роз-
тину кишки та виконують на її зовнішню поверхню
з відступом 1 мм від розтину кишки, далі цією ж
голкою проколюють серозну оболонку протилежної
стілки розтину кишки з зовнішньої сторони, відсту-
пивши 1 мм від краю розтину, виконують за межі
розтину кишки, голку повертають та вколюють у
підслизову оболонку на межі розтину кишки, про-
колюють м'язову та серозну оболонку, відступив-
ши 6 мм від краю розтину.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до хірургії - розділу хірургічної гастроентеро-
логії і може бути використана при хірургічному
лікуванні хворих з ранами шлунково-кишкового
тракту.

Перше місце серед усіх оперативних втручань
в хірургічній клініці належить операціям на органах
травлення. Втім, результати хірургічного лікування
пацієнтів з захворюваннями та пошкодженнями
шлунково-кишкового тракту продовжують залиша-
тися незадовільними у зв'язку з високим відсотком
післяопераційних ускладнень та летальністю. Од-
нією з головних причин незадовільних випадків є
неспроможність кишкового шва з наступним роз-
витком гнійних внутрішньоочеревинних усклад-
нень.

Використання оптимального варіанту техніки
кишкового шва є однією з основних умов, що за-
безпечують сприятливий наслідок. На сьогодні
відомо багато видів кишкових швів, але їх розроб-
ки продовжуються. Це свідчить про відсутність
ідеального шва, тому що в повній мірі не ліквідо-
вані негативні наслідки шва, і в першу чергу його
неспроможність. У зв'язку з цим пошук шляхів, що
оптимізують техніку кишкового шва, є не тільки
медичною, але й соціальною проблемою. Це обу-
мовляє необхідність розробки нових більш ефек-
тивних видів кишкового шва.

Найбільш близьким за технічною сутністю та

результатом, що досягається, є спосіб М.І. Пиро-
гова - напрямок руху голки з ниткою починається з
серозної оболонки, а потім м'язової та підслизової
основи з однієї сторони розтину, підслизової осно-
ви, м'язової, серозної оболонки з другої. Краї роз-
тину зводять ниткою і зав'язують зі сторони сероз-
ної оболонки (Томашук І.П., Томашук І.І.
Руководство по оперативной технике для начина-
ющих хирургов: Практ. пособие. - К.: Изд-во Европ.
Унта. 2001. - С.145-147).

Спільними суттєвими ознаками прототипу і
способу, що заявляється, є такі:

- проведення голки з ниткою через протилежні
стілки розтину кишки, починаючи з серозної обо-
лонки;

- зведення країв розтину ниткою та зав'язу-
вання вузла зі сторони серозної оболонки.

Однак, цей спосіб недостатньо ефективний,
тому що можлива кровотеча з судин по лінії між
лігатурами, що призводить до крововиливу у шлу-
нково-кишковий тракт, черевну порожнину з пода-
льшим її інфікуванням, розвитком абсцесу черев-
ної порожнини, розлитого перитоніту. Вказане
вимагає релапаротомії, (повторної операції) з ко-
рекцією ускладнень.

Недостатня біологічна герметичність може
призвести до розвитку нагноєння стінки кишки,
неспроможності швів, абсцесу черевної порожни-
ни, розлитого перитоніту, що також потребує ре-

(13) U

(11) 45459

(19) UA

лапаротомії.

Відсутнє ідеальне співставлення серозних оболонок кишки.

Погане ввертання країв розтину кишки, випадіння зовні слизової оболонки інфікує черевну порожнину, що ускладнюється утворенням нагноєння рани кишки, абсцесу черевної порожнини, розлитого перитоніту. Необхідна знову ж таки релапаротомія.

Виконання релапаротомії різко збільшує хірургічну та анестезіологічну агресію, питому вагу нових більш тяжких післяопераційних ускладнень, летальність.

Таким чином, шов шлунково-кишкового тракту за М.І.Пироговим має певні вади.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу накладання шва на розтин шлунково-кишкового тракту шляхом створення ідеальної адаптації серозних оболонок, що забезпечить підвищення надійності герметичності зашитої рани шлунково-кишкового тракту.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає проведення голки з ниткою через протилежні стінки розтину кишки, починаючи з серозної оболонки, зведення країв розтину кишки ниткою та зав'язування вузла зі сторони серозної оболонки кишки новим є те, що вколюють голку з ниткою, відступивши 6мм від краю розтину і проколюють м'язову та підслизову оболонку на межі розтину кишки і виколують за межі розтину кишки, голку повертають зовні та вколюють у внутрішню частину серозної оболонки розтину кишки та виколують на її зовнішню поверхню з відступом 1мм від розтину кишки, далі цією ж голкою проколюють серозну оболонку протилежної стінки розтину кишки з зовнішньої сторони, відступивши 1мм від краю розтину, виколують за межі розтину кишки, голку повертають та вколюють у підслизову оболонку на межі розтину кишки, проколюють м'язову та серозну оболонку, відступивши 6мм від краю розтину.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у наступному. Наприклад, у хворого є розтин тонкої кишки, що вимагає її зашивання. Після накладання швів на розтин тонкої кишки розробленим способом ідеально співставляються серозні оболонки стінок розтину, що є однорідною тканиною, а це створює біологічну герметичність, чим ліквідує можливість нагноєння розтину кишки з подальшою її неспроможністю, проникненням мікроорганізмів з порожнини кишки у черевну порожнину з розвитком абсцесу, розлитого перитоніту, вірогідність кровотечі як у порожнини кишки, так і в черевну порожнину. Загалом це є профілактика травматичної невідкладної релапаротомії, що веде часто до нових ускладнень, подовження ліжко-дня, грошових витрат на лікування, збільшення летальності. Розтин загоюється первинним натягом, що є ідеальним перебігом ранового процесу.

Спосіб здійснюється таким чином. Наприклад, після лапаротомії діагностуємо наявність розтину

тонкої кишки, який потребує накладання швів. Вколюють голку з ниткою, відступивши 6мм від краю розтину і проколюють м'язову та підслизову оболонку на межі розтину кишки і виколують за межі розтину кишки, голку повертають зовні та вколюють у внутрішню частину серозної оболонки розтину кишки та виколують на її зовнішню поверхню з відступом 1мм від розтину кишки, далі цією ж голкою проколюють серозну оболонку протилежної стінки розтину кишки з зовнішньої сторони, відступивши 1мм від краю розтину, виколують за межі розтину кишки, голку повертають та вколюють у підслизову оболонку на межі розтину кишки, проколюють м'язову та серозну оболонку, відступивши 6мм від краю розтину. Ниткою зводимо краї рани кишки та зав'язуємо вузол. Подібні шви накладаємо з відступом 3мм один від одного у кількості, необхідній для зашивання усього розтину по довжині.

Приклад. Х-й С., 28 років, отримав колоту-різану рану у мезогастральній ділянці живота, проникаючи у черевну порожнину від невідомого. Госпіталізований в екстреному порядку у клініку загальної хірургії. Невідкладна серединна лапаротомія під ендотрахеальним наркозом з штучною вентиляцією легенів та міорелаксантами. Під час ревізії органів черевної порожнини діагностований розтин тонкої кишки 1,5х0,5см, проникний в порожнину кишки з локалізацією на протилежному краю від брижі та на відстані 70см від ілеоцекального кута, гемоперитонеум 200,0мл. На розтин тонкої кишки накладені шви за розробленим способом. Вколюють голку з ниткою, відступивши 6мм від краю розтину і проколюють м'язову та підслизову оболонку на межі розтину кишки і виколують за межі розтину кишки, голку повертають зовні та вколюють у внутрішню частину серозної оболонки розтину кишки та виколують на її зовнішню поверхню з відступом 1мм від розтину кишки, далі цією ж голкою проколюють серозну оболонку протилежної стінки розтину кишки з зовнішньої сторони, відступивши 1мм від краю розтину, виколують за межі розтину кишки, голку повертають та вколюють у підслизову оболонку на межі розтину кишки, проколюють м'язову та серозну оболонку, відступивши 6мм від краю розтину. Ниткою зводимо краї рани кишки та зав'язуємо вузол. Подібні шви накладаємо з відступом 3мм один від одного у кількості, необхідній для зашивання усього розтину по довжині.

Видалена кров з черевної порожнини. Через контрапертуру у лівій здухвинній ділянці у порожнину малого тазу встановлені 2 поліхлорвінілові дренажі. Передня черевна стінка зашита. Асептична пов'язка.

Перебіг післяопераційного періоду задовільний. Функція шлунково-кишкового тракту відновлена на 3 добу. Дренажі з порожнини малого тазу видалені на 4 добу. Шви зняті на 10 добу. Виписаний у задовільному стані на 11 добу після операції для закінчення лікування у хірурга поліклініки.

