



УКРАЇНА

(19) UA (11) 57970 (13) A

(51) 7 A61B17/00

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

(54) КОМБІНОВАНИЙ ПОПЕРЕЧНО-ВЕРТИКАЛЬНИЙ ВУЗЛОВИЙ ШОВ

1

2

(21) 2002043374

(22) 23 04 2002

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. № 7, 2003 р.

(72) Зюбрицький Микола Михайлович, Арсенюк
Валерій Вікторович(73) Зюбрицький Микола Михайлович, Арсенюк
Валерій Вікторович

(57) Комбінований поперечно-вертикальний вузловий шов для забезпечення оптимальної адаптації країв складних ран м'яких тканин та ліквідації залишкових порожнин ("мертвих просторів"), який відрізняється тим, що використовуються окремі лігатури в різних площинах, поперечні лігатури забезпечують адаптацію країв рани, а вертикальні лігатури - компресію м'яких тканин до дна рани, ліквідовуючи залишкові порожнини (мал. 6)

Винахід відноситься до медицини, власне до загальної хірургії, і може бути використаний при зашиванні складних ран м'яких тканин, коли неможливо одним стібком захопити стінки рани і тим самим ліквідувати залишкову порожнину.

Основними вимогами до швів, які накладають на рани м'яких тканин є

1) Шов повинен забезпечити дотик країв рани, не утворюючи при цьому залишкових порожнин ("мертвого простору"),

2) Шов повинен забезпечити адаптацію однорідних тканин. Недопускається заворот країв епітеліального шару всередину. Щоб цього не відбувалось, в шов потрібно захватувати підшкірної та сполучної тканини більше, чим епітеліального шару й дерми. Вузлові шви накладають на відстані 1 – 2 см один від одного. Вузол затягують до дотику країв рани.

При лоскутних ранах шкіри і підшкірної клітковини, коли неможливо одним стібком захопити всі стінки рани, в процесі її зашивання нерідко утворюються залишкові порожнини ("мертві простори"), в яких збирається кров, лімфа, що призводить до утворення гематом, сером та нагноєння ран. Вказані ускладнення рани призводять до збільшення термінів перебування в стаціонарі, повторних операцій, косметичних дефектів, психологічної травми пацієнтів.

Використовуються різноманітні види швів при складних формах ран, для ліквідації залишкових порожнин ("мертвих просторів") та оптимального зближення країв рани.

Аналогами запропонованого шва є 8-подібний шов Спасокукоцького, вертикальний П-подібний шов Мак-Мілана-Донатті, та інші [1].

Недоліками існуючих видів швів є їх технічна

складність та травматичність м'яких тканин в процесі накладання шва, а також неможливість ліквідувати "мертві простори" при широкополюснутих ранах.

З винаходом, що пропонується співпадають ознаки

1) ліквідація залишкових порожнин тільки у глибини рани,

2) оптимальне зіставлення країв рани, Недоліками аналогів є їх

1) технічна складність виконання,

2) можливість прорізання лігатури в глибини рани при зав'язуванні вузла.

Прототипом винаходу може бути багатостібковий шов Стручкова.

Голку вколюють на відстані 2 – 3 см від краю рани і голка проводиться декілька разів в порожнину рани і назад в підшкірну основу в залежності від глибини рани.

Досягнувши основи рани, голку повертають до середньої лінії рани. Симетрично прошивається протилежний край рани. Місця вколу та виколу голки повинні бути на однаковій відстані від країв рани. Потім на краю виколу голки в декількох міліметрах від краю рани голку знову вколюють так, щоб вона вийшла посередині шару дерми. На протилежному боці краю рани голку проводять в зворотньому напрямку. Вузол зав'язується ближче до місця першого вколу голки, при цьому краї рани дещо припіднімають, що покращує їх зіставлення. Таким чином її краї прошиваються декількома стібками, кількість їх залежить від глибини рани.

Недоліками його є

1. Технічна складність накладання

а) необхідно чотири рази прокалювати шкіру та підшкірну клітковину, що підвищує ймовірність

(13) A
(11) 57970
(19) UA

інфікування та нагноєння рани,

б) для накладання шва Стручкова слід використовувати велику голку та довгу лігатуру, що приводить до травматизації рани, збільшення часу її зашивання

2 При накладанні шва Стручкова захватується великий масив шкіри та підшкірної клітковини, що приводить до їх ішемії, підвищеної місцевої запальної реакції

3 винаходом, що пропонується, співпадає принцип ліквідації залишкової порожнини ("мертвого простору") при глибоких ранах у пацієнтів з товстим шаром підшкірної клітковини

Задача, на вирішення якої спрямований винахід, полягає в тому, що для ліквідації залишкових порожнин та оптимального зіставлення шкіри країв рани, пропонується накладання поперечних швів на краї рани, і вертикальних, які проходять через дно рани і зав'язуються на поверхні шкіри (комбінований поперечно-вертикальний вузловий шов)

Суттєві ознаки винаходу

Техніка накладання комбінованого поперечно-вертикального вузлового шва полягає в наступному (фіг 1, фіг 2)

а) Вертикальні шви накладаються із захватом дна рани, кількість яких залежить від розмірів та конфігурації рани (фіг 1),

б) Поперечні адаптуючі шкірні шви накладаються на відстані 1 – 2см один від одного і зав'язуються (фіг 2),

в) Знімаються шви за загальноприйнятими принципами

Суттєвими ознаками винаходу є

1 Накладання на рану лігатур у різних площинах без додаткової травматизації стінок ран

2 Ліквідація залишкових порожнин завдяки компресії м'яких тканин до дна рани вертикальними швами

3 Задовільна адаптація країв рани поперечними швами

4 Після зашивання рани і зняття швів в м'яких тканинах рани не залишаються лігатури

5 При використанні комбінованого поперечно-вертикального вузлового шва зникає потреба в накладанні додаткових внутрішніх швів та дрениванні рани

Відмінна ознака винаходу - це використання двох окремих лігатур у різних площинах, для ліквідації залишкових порожнин на дні рани та оптимального зіставлення її країв

Комбінований поперечно-вертикальний вузловий

вий шов використали у 12 хворих, (герніотомія з приводу післяопераційних гриж та різного ступеню ожиріння - 7 пацієнтів, зашивання травматичних скальпованих ран у 3-х пацієнтів, висічення епітеліальних куприкових ходів - у 2-х пацієнтів Післяопераційний період перебігав без ускладнень Особливостей у веденні його не було Ускладнень зі сторони післяопераційної рани не відмічалось При огляді хворих у різні терміни після операції відмічалось формування звичайного післяопераційного рубця, без ознак деформації, та гнійних ускладнень

Наводимо клінічний приклад

Хворий Г 50 років, поступив у відділення для оперативного лікування з приводу післяопераційної вентральної грижі, ожиріння II ст Із анамнезу відомо, що в минулому після серединної лапаротомії з приводу травми печінки довго не заживала серединна рана, відмічались лігатурні абсцеси та норії

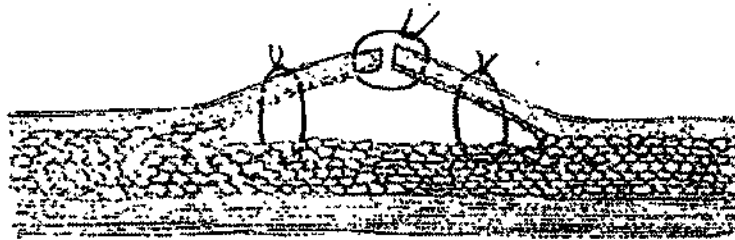
Об'єктивно Загальний стан задовільний Правильної статури, підвищеного вжитку Пульс 88, АТ 140/90 мм рт ст В легенях везикулярне дихання Органи черевної та сечостатевої систем без особливостей

Місцевий статус На передній черевній стінці грубий, деформований післяопераційний рубець після верхнесередньої лапаротомії В нижньому відділі рубця відмічається пухлиноподібне утворення до 10см в діаметрі, м'яко-еластичної консистенції, частково запроваджується в черевну порожнину Значно виражена підшкірно-жирова основа Лабораторні показники в межах норми

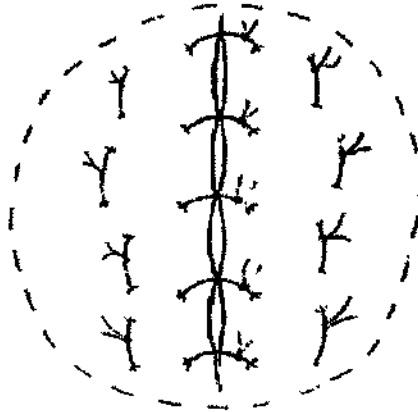
Під ендотрахеальним наркозом виконана операція - герніотомія з висіченням старого післяопераційного рубця, пластика грижових воріт за Сапежко Після пластики грижових воріт утворилась рана великих розмірів, з неправильною формою (12 х 4см, глибина 7см) На рану накладено комбінований поперечно-вертикальний вузловий шов Поперечних лігатур накладено 9 шт, вертикальних - 4 Післяопераційний період перебігав без особливостей Вертикальні шви знято на 5 добу після операції, поперечні на 7 добу Післяопераційна рана зажила первинним натягом

Література

1 Мильков Б О, Шамрей Г П, Полянский И Ю и др Соединение тканей в хирургии — Черновцы Редакционно-издательский отдел облполиграфиздата, 1991 — 112с, 297ил



Фіг.1

**Fig.2**