



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **90804** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 00221	(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Леонов Андрій Васильович (UA), Леонов Василь Васильович (UA), Толстанов Олександр Костянтинович (UA), Тарабан Ігор Анатолійович (UA), Логачов Віталій Клавдійович (UA), Грома Василь Григорович (UA)
(22) Дата подання заявки: 13.01.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.06.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.06.2014, Бюл.№ 11	(73) Власник(и): ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176 (UA)

(54) СПОСІБ УШИВАННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПІСЛЯ РЕЛАПАРОТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб ушивання передньої черевної стінки після релапаротомії, який здійснюють шляхом накладання швів, причому беруть три не менше 30 см в довжину нитки, першу накладають посередині рани, попередньо мобілізують шкіру і гіподерму, відступивши від країв рани на 10 см накладають вертикальні адаптаційні шви, беруть нитки на затискувач і використовують як утримувач при накладанні ще двох аналогічних швів посередині верхньої і нижньої ділянки рани, зав'язують шви, подальше ушивання лапаротомної рани виконують 8-подібними швами, при цьому постійно підтягують за нитки адаптаційні шви до гори по напрямку до грудини.

UA 90804 U

Корисна модель належить до хірургії і може бути застосована для ушивання релапаротомної рани.

В даний час основними способами ушивання релапаротомних ран передньої черевної стінки є способи закриття ран після санації шляхом накладення різних швів. Ушивають краї очеревини, м'язів, апоневрозу і підшкірно-жирової клітковини одиночним вузлуватим швом із застосуванням зміцнюючих релапаротомну рану 3 швів-утримувачів, накладених спеціальним способом (Бурых М.П. Технологии хирургических операций. - Ростов-на-Дону. Издательство "Феникс"; 1999 г. - 567 с.).

Відомі способи накладення швів на післяопераційну рану: вузлові, матрачні U- і П- подібні, одно- і дворядні, амортизаційні. При ушиванні краї рани проколюють голкою з ниткою і стягують їх, виконуючи таким чином накладення швів з різними модифікаціями: проведення нитки через марлеві серветки, гудзики, гумові трубочки та інші (Врублевский Н.М. Хирургическая тактика завершения лапаротомии и релапаротомии по поводу разлитого гнойного перитонита: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.27 / ВМА им. С.М. Кирова. СПб., 2008. - 23 с.).

Найбільш широке застосування в практичній хірургії знайшов спосіб ушивання лапаротомних ран з використанням вузлового шва для з'єднання країв рани, що полягає в проведенні голки з окремою ниткою через краї рани з подальшим зведенням країв рани шляхом натягнення нитки і зав'язуванням вузла (Оперативная хирургия под ред. проф. И.Литтманна. Будапешт, 1982 г., с.333-334), вибраний за прототип.

Ушивання окремо очеревини і апоневрозу не забезпечує герметичності шва, що є прямим шляхом проникнення інфекції в рану з черевної порожнини, крім того, це травматично і практично неможливо, тому очеревину окремо не ушивають - або ушивають разом з апоневрозом.

Одночасне стягування вісімкоподібним швом в єдиний блок шкіри, підшкірножирової клітковини і апоневрозу різко підвищує силу натягнення нитки, оскільки зіставлення країв апоневрозу в порівнянні зі шкірою вимагає більших зусиль, при цьому наголошується різко виражений розпилюючий ефект нитки з пошкодженням стінок шовного каналу.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу ушивання передньої черевної стінки після релапаротомії, в якому за рахунок спеціальної технічної профілактики під візуальним контролем у поєднанні з пластикою передньої черевної стінки трьома розвантажувальними вертикальними адаптаційними швами у поєднанні з 8-подібними швами по ходу рани, досягається попередження ятрогенного пошкодження порожнистих органів черевної порожнини.

Поставлена задача вирішується в способі ушивання передньої черевної стінки після релапаротомії, який здійснюють шляхом накладання швів, згідно з корисною моделлю, беруть три не менше 30 см в довжину нитки, першу накладають посередині рани, попередньо мобілізують шкіру і гіподерму, відступивши від країв рани на 10 см накладають вертикальні адаптаційні шви, беруть нитки на затискувач і використовують як утримувач при накладанні ще двох аналогічних швів посередині верхньої і нижньої ділянки рани, зав'язують шви, подальше ушивання лапаротомної рани виконують 8-подібними швами, при цьому постійно підтягують за нитки адаптаційні шви до гори по напрямку до груднини.

Спосіб дозволяє зменшити ризик евентрації, прискорити загоєння рани, виключити підхоплення в шви органів черевної порожнини. Після виконання релапаротомії органи черевної порожнини унаслідок паралітичної кишкової непрохідності - роздуті газами, що створює додаткові труднощі при ушиванні рани, оскільки роздуті порожнисті органи при зведенні країв рани намагаються вийти за її межі. У даних умовах дуже легко можна підшити порожнистий орган і не помітити цього при накладанні швів на релапаротомну рану. Це ятрогенне ускладнення на тлі важкого стану у ослабленого хворого загрожує виходом кишкового вмісту в черевну порожнину зі всіма витікаючими наслідками, які можуть стати фатальними для хворого.

Спосіб, що заявляється, використовують таким чином.

При ушиванні релапаротомної рани беруть три не менше 30 см в довжину нитки. Першу нитку накладають посередині рани, заздалегідь мобілізавши шкіру і гіподерму, відступивши від країв рани на 10 см накладають вертикальні адаптаційні шви, беруть нитки на затиск і використовують як утримувачі при накладанні ще двох аналогічних швів, але вже посередині верхньої і нижньої ділянок рани. Зав'язують шви. Подальше ушивання релапаротомної рани здійснюють 8-подібними швами при постійному підтягуванні за нитки адаптаційних швів вгору і у напрямку до груднини.

Запропонований нами спосіб застосований на клінічній базі кафедри хірургії і ендоскопії Харківської медичної академії післядипломної освіти - хірургічному відділенні Харківської обласної клінічної травматологічної лікарні.

Аналізу піддалися хворі, яким був використаний розроблений (основна група 17 хворих) і традиційний (контрольна група) способи ушивання релапаротомної рани. Групи оперованих хворих були ідентичні між собою за статтю, характеру анатомічних змін в зоні патологічного процесу, об'єму хірургічних втручань, якості медикаментозної терапії.

5 В жодному випадку при проведенні операції запропонованим способом не було виявлено ятрогенного пошкодження порожнистих органів черевної порожнини при ушиванні релапаротомної рани в складних інтраопераційних умовах.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

10

Спосіб ушивання передньої черевної стінки після релапаротомії, який здійснюють шляхом накладання швів, який **відрізняється** тим, що беруть три не менше 30 см в довжину нитки, першу накладають посередині рани, попередньо мобілізують шкіру і гіподерму, відступивши від країв рани на 10 см накладають вертикальні адаптаційні шви, беруть нитки на затискувач і

15

використовують як утримувач при накладанні ще двох аналогічних швів посередині верхньої і нижньої ділянки рани, зав'язують шви, подальше ушивання лапаротомної рани виконують 8-подібними швами, при цьому постійно підтягують за нитки адаптаційні шви до гори по напрямку до грудини.

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601