



УКРАЇНА

(19) UA (11) 22353 (13) A
(51) A 61 B 17/00ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДБез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23 XII 1993 рПублікується
в редакції заявника

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КИШКОВОГО ШВА

1

(21) 97020542
(22) 10.02.97
(24) 03.03.98
(46) 30.06 98. Бюл. № 3
(47) 03.03.98
(72) Гончаренко Олег Володимирович, Шап-
ринський Володимир Олександрович
(73) Гончаренко Олег Володимирович, Шап-
ринський Володимир Олександрович

2

(57) Спосіб формування кишкового шва з
захватом підслизового, м'язевого, серозно-
го шарів який відрізняється тим, що
нитку проводять через субмукозний, м'язе-
вий, серозний шари з вколком і додатково
виконують серозно-м'язеві стежки на цьому
ж кінці кишки, а потім на другому кінці киш-
ки і нитку проводять через серозний, м'язе-
вий, субмукозний шари.

Вінахід належить до медицини, а саме
до хірургії, і стосується способу формування
кишкового шва.

Найбільш частою причиною виникнен-
ня післяопераційного перитоніту ава-
жається неспроможність швів порожнинних
органів, яка зустрічається в 25% [Милонов
О.Б., Тоскин К.Д. Жебровский В.В. После-
операционные осложнения и опасности в аб-
доминальной хирургии. М., "Медицина",
1990, с. 53]. В умовах перитоніту неспро-
можність кишкових швів значно зростає.

Відомий спосіб накладання однорядно-
го кишкового шва [Авт. св. SU 1602479, кл. А
61 В 17/00.], де герметичність анастомозу
підвищують за рахунок більш точнішого
зіставлення шарів зшиваємих органів. Ни-
тку шва проводять через серозний, м'язе-
вий, підслизовий шари одного кінця кишки,
підслизовий, м'язевий, серозний шари на
протилежній стороні з вколком біля краю
розрізу кишки, потім через серозний, м'язе-
вий, підслизовий шари першого кінця киш-

ки з вколком в середину від раніш накладе-
ного стежка, а далі - через підслизовий,
м'язевий, серозний шари на протилежній
стороні з зовнішнім вколком від раніш зро-
бленого стежка. Недоліком його є те, що по-
рушується кровопостачання в зоні шва,
травмується тканина кишки, використо-
вується велика кількість шовного матеріалу,
вузли ниток розташовані на серозній поверхні,
що сприяє фіксації фібрину і утворенню злук.
Формувати анастомоз за допомогою такого
шва незручно.

В основу винаходу поставлена задача
забезпечити ефективну герметичність киш-
кового шва за рахунок збереження кровопо-
стачання в зоні шва, мінімального
травмування тканини, не залишати закритих
порожнин між стінками кишкової рани, де
утворюються в послідовному мікроабсцеси,
зменшити кількість шовного матеріалу, зве-
сти до мінімуму кількість вузлів ниток на
серозній поверхні і цим самим зменшити
кількість точок фіксації фібрину, запобігти

(19) UA (11) 22353 (13) A

прорізання швів накладених на запально-зміненій стінці кишки, зробити спосіб простим та зручним. Мета досягається тим, що нитку проводять через субмукозний, м'язевий, серозний шари, далі виконують серозно-м'язевий стежок на цьому ж кінці кишки, а потім на другому кінці кишки і нитку далі проводять через серозний, м'язевий, субмукозний шари. Кінці нитки зав'язують

Спосіб здійснюється слідуєчим чином.

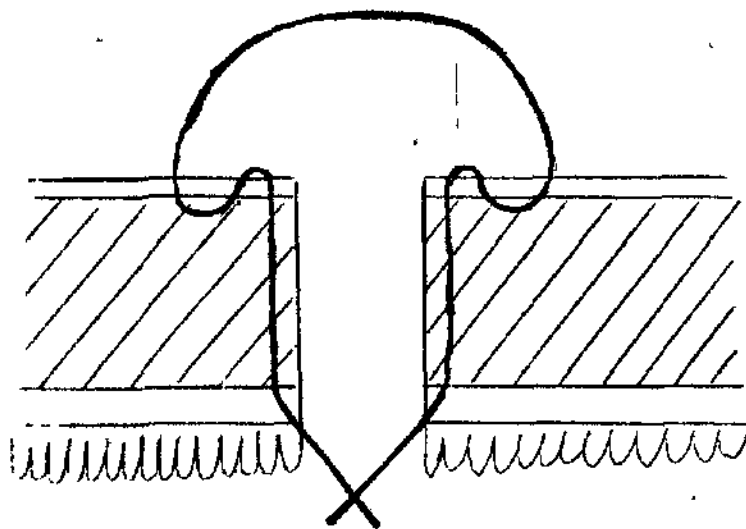
Вкол нитки (фігура) проводиться в субмукозний шар і пройшовши крізь м'язевий виколується на серозні поверхні на відстані 2 мм від краю рани кишки. Далі проводиться серозно-м'язевий стежок на цьому ж кінці на відстані 1 мм від виколу на протязі 3 мм. Потім на іншому кінці кишки проводиться ще один серозно-м'язевий стежок на відстані 6 мм від краю кишкової рани на протязі 3 мм в напрямку до рани і далі на відстані 2 мм від края кишки нитка проводиться в серозному, м'язевому, підслизовому шарах. Кінці нитки затягують і зав'язують. Вузол розташовується з боку порожнини кишки. Послідуючі шви накладаються таким же чином.

П р и к л а д Хворий С. 65 років госпіталізований у клініку з діагнозом: тромбоз мезентеріальних судин, перитоніт, через 24 години після початку захворювання. Операція – середньосерединна лапаротомія. Під час ревізії органів черевної по-

рожнини виявлено до 1 літра геморагічнофібринозної рідини, тонкий кишечник некротично змінений на протязі 80 см на відстані 60 см, від зв'язки Трейца. Проведена резекція некротично зміненого відрізка тонкої кишки. Оральна межа місця резекції кишки була на 40 см від зони некроза, а аборальна – на 20 см. Сформований ентеро-ентеро анастомоз кінець в кінець: Анастомоз формували капроновими субмукозно-м'язево-серозними швами, які накладались слідуєчим чином – вкол нитки проводили в субмукозний шар і пройшовши крізь м'язевий виколували на серозні поверхні на відстані 2 мм від краю рани кишки. Потім накладали додаткові серозно-м'язеві стежки на цьому ж кінці кишки, а далі на другому, і на відстані 2 мм від края рани кишки нитка проводилась в серозному, м'язевому, підслизовому шарах. Кінці ниток зав'язували. Послідуючі шви накладали такимож чином. Провели інтубацію тонкого кишечника за методикою Зайцева, санацію та дренування черевної порожнини. Післяопераційний період протікав задовільно. Хворий видужав.

Спосіб поєднує позитивні якості однорядного і двохраного швів і забезпечує ефективну герметичність анастомозу.

Спосіб рекомендовано для практичного використання.



Упорядник

Техред М.Келемеш

Коректор М. Куль

Замовлення 4483

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент". м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101