

СПОИВ ФОНДУВАННЯ ОДНОРЯДНОГО СШШОСТАВЛЯЮЧОГО
КИШКОВОГО ШВА

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

Одним з небезпечних ускладнень після формування кишкових швів на порожнистих органах черевної порожнини є їх неспроможність, яка зустрічається в 25% випадків /Милонов О.Б.» Тоскин К.Д., Жебровский В.В. "Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии" - Москва, "Медицина"» 1990. -С.53Д Причому, виникнення неспроможності кишкового шва в певній мірі залежить від виду і техніки його накладання.

Відомий спосіб формування однорядного кишкового шва /А.С.№1076096 А 61 В 17/00. Бюл.ШД984/, де герметичність анастомозу підвищують за рахунок більш ретельного зіставлення шарів стінок порожнистих органів, які зшивають, м'язово-підслизові шари анастомозуючих кишкових відрізків адаптують прийомами шва. При цьому нитку послідовно проводять, починаючи з серозної поверхні кишкового відрізка, який бере участь в формуванні співустя через серозно-м'язеві шари, потім через підслизово-м'язовий шар другого кишкового відрізка, потім, але в зворотньому напрямку, проводять через м'язово-підслизовий шар першого кишкового відрізка і виколють через м'язово-серозний шар другого кишкового відрізка. Після його завізують вузли з серозної поверхні анастомозуючих кишкових відрізків з тісним зближенням країв серозних шарів в стик. Недоліком цього способу є те, що порушується кровопостачання в зоні шва, а саме м'язово-слизових частин шарів» за рахунок затягування двох окремих петель, травмується тканина кишки, використовується велика кількість шовного матеріалу, розміщеного в зоні етикетки м'язово-підслизових шарів. Формувати анастомоз за допомогою такого шва незручі

В основу винаходу поставлене завдання забезпечити ефективну герметичність кишкового шва за рахунок суворого пошарового з'єднання тканин, утворення умов, сприяючих попередженню їх защемлення, зменшення кількості шовного матеріалу, розміщеного між шарами кишкових стінок, що зшиваються.

Це досягається тим, що нитку проводять через серозно-язовий шар? одного відрізка з виолом по і?редині м'язового шару і м'язово-підслизового шару того ж відрізка з утворенням петлі по середині перерізу м'язів. Потім через підслизово-м'язовий шар другого відрізка з виолом нитки по середині перерізу його м'язового шару, проведенням нитки через петлю і далі н^о^вс м'язово-серозний шаритого ж відрізка. Кінці ниток зав'язують.

Спосіб здійснюється слідуєчим чином.

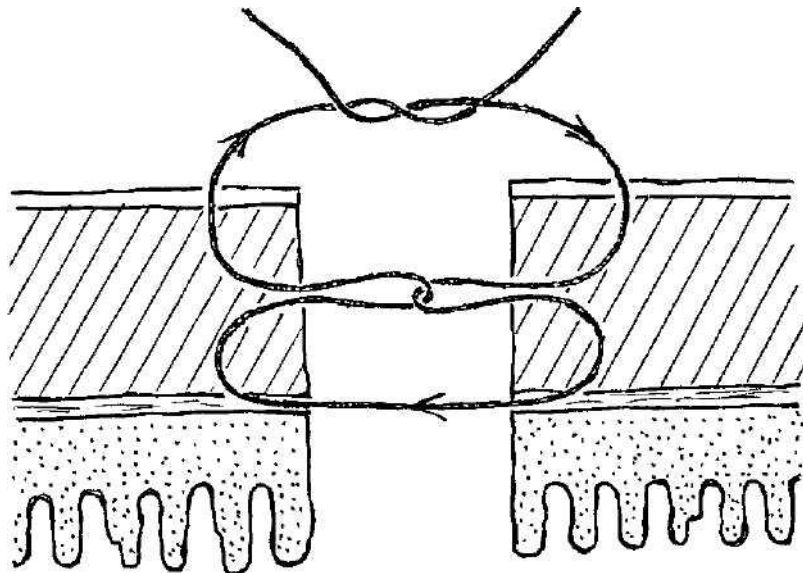
Внол нитки /фіг, / проводиться через серозний шар першого відрізка на відстані 0,3-0,4 см від края кишки, проводять нитку чррез частину м'язового шару, а виол здійснюють по середині його перерізу. Після цього роблять вкол поряд з виолом по середині перерізу того ж м'язового шару, а виюл - в підслизовому шарі. Підтягують нитку так, щоб по середині м'язового шару першого відрізка кишки, залишалась петля. Далі, тою ж ниткою прошивають підслизовий і частину м'язового шару другого відрізка кишки з виолом по його середині, проводять нитку через петлю і роблять вкол поряд з виолом по середині того ж м'язового шару по середині його перерізу з послідуєдчим виолом з боку серозного шару другого відрізка кишки на 0,3-0,4 см від края. Після чоо нитку затуягуїють і завіують.

Приклад. Хвора 0., 57 років, проднвець, госпіталізована в -ірургічне відділення з діагнозом гостра кишкова непровідніс?ь, через 14 годин після захворювання. Операція - середньосерединна лапаротомія. Під час ревізії органів черевної порожнини виявлено до 450 мл гемора-

гічнофібринозної рідини, тонкий кишковик на протязі 120 см темно-бурого кольору, пульсації судин немає, розширена, тьмяна, набрякла. Брижа такого ж кольору. Враховуючи те, що у хворої виник тромбоз мезентеріальних судин, проведена резекція ураженої частини тонкої кишки, причому, в оральному напрямку відступили від некротичної частини кишки на 40 см, в аборальному - на 20 см. Сформований ентеро-ентеро анастомоз "кінець-в-кінець". Анастомоз формували капроновими співпоставляючими однорядними кишковими швами, які накладались слідуючим чином: вкол проводили через серозний шар першого відрізка на відстані 0,3-0,4 см від краю кишки, а вкол робили по середині м'язового шару з боку перерізу. Потім, роред з виколом робили вкол по середині того ж м'язового шару, а вкол-в підслизовому шарі. Підтягували нитку таким чином, щоб по середині перерізу м'язового шару залишалась петля. Потім тією ж ниткою прошивали підслизовий шар другого відрізка кишки, а вкол здійснювали по середині переріза м'язового шару, підхвачували петлю з протилежного боку і робили вкол поряд з виколом, проходили другу частину м'язового шару, а вкол - з боку серозного шару на відстані 0,3-0,4 см від краю другого відрізка кишки і брали цей шов на затискач. Накладали другий шов і такс ж брали його на затискач, а потім третій, а завізували другий і т.д. Накладаючи останній шов, завізували його і перший шов, зрізали кінці ниток. Після санації та дренажу черевну порожнину пошарово зашивали наглухо. Дренаж виводили через окремий розріз. Післяопераційний період протікав задовільно. Хвора видужала.

Спосіб пройшов експериментальне вивчення та клінічне випробування і рекомендований для практичного використання. Він забезпечує ефективну герметичність анастомозу. ___" __ . __ *— "— ____ --

СІБ ФОРМУВАННЯ ОДНОРЯДНОГО СПІЗПОСТАШЮЧОГО
КИШКОВОГО ШВА



ФІГ.

АВТОРУ:

С.П.
БІЛЬЦАНКЖ О.О.
БГКТИМІРОБ О.В.
САМАРСЬКИМ І.КІ.
ЖУЧЕ.НКОП.С.