

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для ушивання апоневрозу. Вона призначена для використання при хірургічному лікуванні гриж передньої черевної стінки.

Відомий класичний спосіб ушивання тканин грижових воріт, в якому при формуванні вузла рекомендується дотримуватись певної відстані при вколі і вколі голки в тканинах (0,5-1,0см), а також рекомендується дотримуватись певної відстані між стіжками (1,5-2,0см) [В.Н. Егєев, В.М. Буянов, О.А. Удотов. Хирургический шов. Москва, Медпрактика-М, 2001, С.48].

Недоліком відомого способу є неможливість рівномірного суб'єктивного затягнення вузлів вздовж усієї лінії розрізу при ушиванні країв тканин. Надмірне затягнення вузла призводить до перетискування тканин, прорізання ниток, до розвитку недостатнього кровопостачання здавлених тканин, що в результаті може призвести до порушення трофіки з'єднаних швом тканин, розвитку ішемії країв рани, а недостатнє затягнення вузла - до недостатнього співставлення країв рани і виникнення дефекту між ними. Все це знижує репаративні процеси в рані, призводить до її інфікування, що збільшує ризик виникнення рецидиву грижі.

В основу корисної моделі „Спосіб з'єднання країв апоневрозу” поставлено завдання підвищити міцність шва апоневрозу передньої черевної стінки при пластиці гриж живота, попередити прорізання ниток та рецидиви, інфікування рани та запобігти повторним оперативним втручанням шляхом рівномірного затягування вузлів на апоневрозі за допомогою спеціального стержня. Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає накладання швів на рівній відстані від країв апоневрозу і між собою, який відрізняється тим, що після прошивання країв апоневрозу перед затягненням першого вузла в першу петлю шва вводять твердий стержень циліндричної форми, діаметром 1,8-2,2мм, і на ньому затягують перший вузол до повного обхвату ниткою стержня разом з тканинами, а наступні вузли затягують, не розпускаючи перший. Після затягування останнього вузла стержень видаляють.

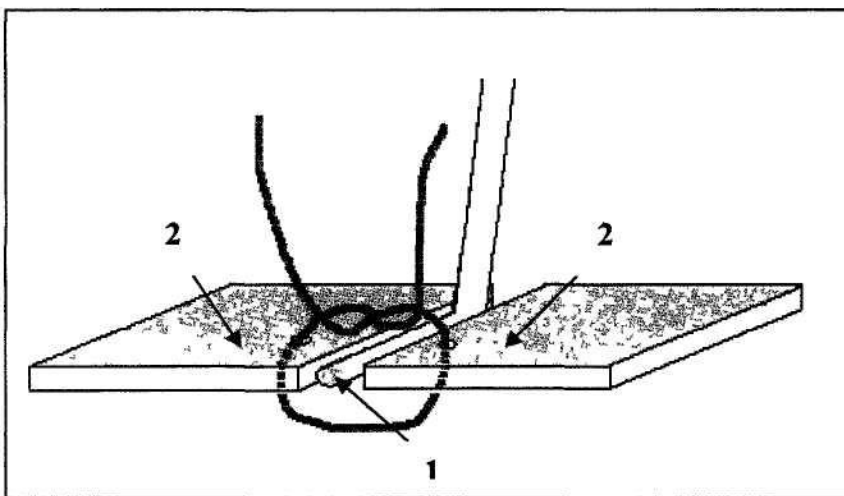
Виконання способу демонструється кресленнями (Фіг.1 - загальний вигляд стержня, Фіг.2 - стержень між тканинами в поперечному зрізі).

Спосіб здійснюється наступним чином: вкол та вкол голки в апоневрозі здійснюють на одній лінії, перпендикулярно до рани на відстані 1см від країв апоневрозу з обох боків та на відстані 1,5см між стіжками. Перед зав'язуванням першого вузла, між краями апоневрозу 2 (Фіг.1, Фіг.2), що зшиваються, паралельно лінії розтину апоневрозу в першу петлю 3 (Фіг.2) вводять ствердий стержень 1 діаметром 1,8-2,2 мм (Фіг.1, Фіг.2). З'являють перший вузол 4 (Фіг.2). Наступні вузли зав'язують, утримуючи у натягові перший вузол. Після зав'язування останнього вузла стержень видаляють. Наступний шов накладають на відстані 1,5 см від попереднього за аналогічною методикою.

Проведено клінічне дослідження даного способу при виконанні операції аутопластики грижі у 3 хворих з діагнозом „післяопераційна вентральна грижа середньої локалізації”. Післяопераційний період в усіх хворих пройшов без ускладнень.

Клінічний приклад.

Хвора С, 68 років, історія хвороби №9026, поступила із діагнозом „післяопераційна вправима вентральна грижа”. Хворій було виконано оперативне втручання - грижесічення, грижелпастика за Сапежко, під час якого між краями апоневрозу, що зшиваються, розміщували твердий стержень циліндричної форми і на ньому затягували вузли. Після цього стержень видаляли. Наступний шов накладали на відстані 1,5 см від попереднього за аналогічною методикою. Цим досягають рівномірного затягнення вузлів апоневрозу вздовж усієї лінії розрізу. В післяопераційному періоді ускладнень з боку рани не спостерігалось. Рана загоїлась первинним натягом. Хвора виписана зі стаціонару в задовільному стані на 8 добу післяопераційного періоду. Оглянута через 3 місяці. Почувається добре, скарг з боку післяопераційної рани немає. Клінічно рецидиву не спостерігається.



Фіг. 1

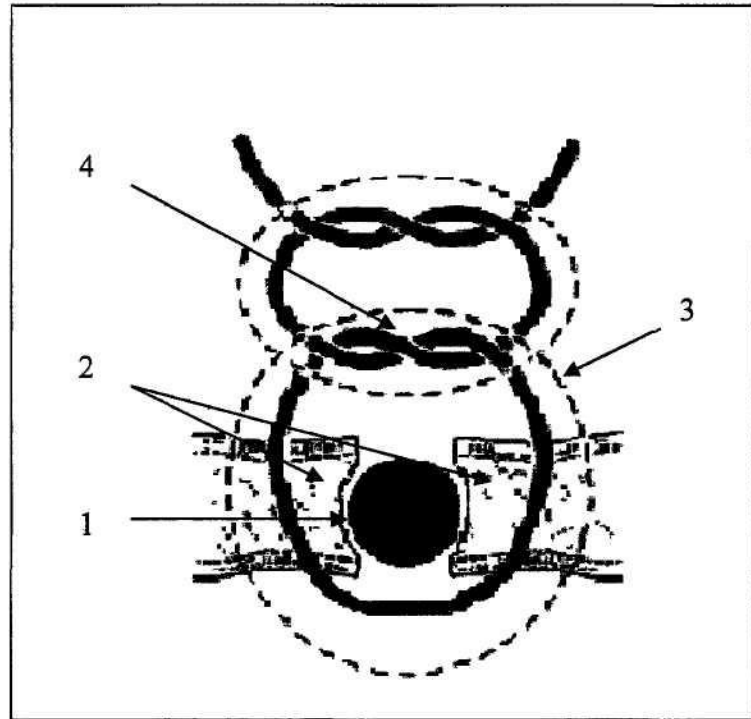


Fig. 2