

Винахід належить до медицини, а саме до хірургії, і стосується способу формування міжкишкового анастомозу.

Найбільш частою причиною виникнення післяопераційного перитоніту вважається неспроможність швів порожнинних органів, яка зустрічається в 25% [Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М., "Медицина", 1990, с. 53].

Відомий спосіб накладання однорядного кишкового шва [Авт. св. SU N? 1602479, кл. А 61 В 17/00], де герметичність анастомозу підвищують за рахунок більш точнішого зіставлення шарів зшиваємих органів. Нитку шва проводять через серозний, м'язовий, підслизовий шари одного кінця кишки, підслизовий, м'язовий, серозний шари на протилежній стороні з виколом біля краю розрізу кишки, потім через серозний, м'язовий, підслизовий шари першого кінця кишки з виколом в середину від раніш накладеного стежка, а далі - через підслизовий, м'язовий, серозний шари на протилежній стороні з зовнішнім виколом від раніш зробленого стежка. Недоліком його є те, що в умовах перитоніту при наявності запальної інфільтрації стінки кишки шви прорізаються, не досягається повноцінне стикання серозних оболонок та недостатньо перитонізується кишкова рана.

В основу винаходу поставлена задача забезпечити ефективну герметичність кишкового шва за рахунок запобігання прорізання серозно-м'язових швів накладених на запально-інфільтровану стінку кишки, досягнення повноцінного стикання серозних оболонок та достатньої перитонізації кишкової рани серозно-м'язовими швами. Мета досягається тим, що перший ряд швів виконується окремими субмукозними швами вузлами в порожнину кишки. Другий ряд- серозно-м'язові шви, які у всіх випадках їх накладання проходять з захопленням попередньо накладених циркулярних опорних швів з розсмоктуючого матеріалу.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Перший ряд швів 1 (фігура) виконується окремими капроновими субмукозними швами вузлами в порожнину кишки. Потім відступивши на 3 мм по обидві сторони від лінії швів накладаються 2 циркулярних серозно-м'язових шва 2 з розсмоктуючого матеріалу на атравматичні голці. Другий ряд капронових серозно-м'язових швів 3 накладається таким чином, щоб в вузол попали циркулярні опорні нитки, після чого останні зав'язуються без звуження отвору кишки.

Приклад. Хворий М. 56 років госпіталізований у клініку з діагнозом: Перитоніт, гострий апендицит? Операція нижньосередина лапаротомія. Під час ревізії органів черевної порожнини виявлено пухлину тонкої кишки з перфорацією.

Виконана резекція пухлин тонкої кишки з клиноподібним висіченням брижі. Сформований ентеро-ентеро анастомоз кінець в кінець: перший ряд швів виконаний окремими субмукозними капроновими швами вузлами в порожнину кишки. Потім відступивши на 3 мм по обидві сторони від лінії швів наклали 2 циркулярних опорних серозно-м'язових шва кетгуттом (4-0) на атравматичні голці. Другий ряд капронових серозно-м'язових швів накладали таким чином, щоб в вузол попали циркулярні опорні нитки, після чого останні зав'язали без звуження отвору кишки. Санація та дренивання черевної порожнини. Недостатність кишкових швів в післяопераційному періоді не спостерігалась.

З використанням запропонованого нами способу формування міжкишкового анастомозу за допомогою субмукозного опорного шва серозно-м'язовий футляр придбає механічну міцність, серозно-м'язові шви не прорізаються і підвищується фізична і біологічна герметичність.

