

Винахід, що заявляється, стосується медицини, зокрема хірургії і може бути використаний для герметизації ліній біліодигестивних анастомозів.

Цианакрилати були вперше синтезовані у 1949 році. У 1959 році їх почали використовувати для склеювання ран шкіри. У медицині використовували метил-2-цианакрилат та етил-2-цианакрилат. Вони були достатньо ефективні, але короткі алкільні з'єднання швидко розпадались на цианцетати та формальдегіди. Ці речовини виявились токсичними для тканин та спричиняли гостре та хронічне їх запалення. За наявності більш довгих алкільних з'єднань токсичність препарату значно зменшується завдяки повільній біодеградації. У Європі та Америці п-2-бутилцианакрилат використовується для закриття ран шкіри близько 20 років. За цей час не було відмічено негативних ефектів. У доступній нам вітчизняній та зарубіжній літературі немає повідомлень про використання п-2-бутилцианакрилатного клею для герметизації біліодигестивних анастомозів.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраним нами в якості прототипу є спосіб герметизації ліній біліодигестивних анастомозів часткою великого сальника на судинній ніжці, яка фіксується по лінії швів шовковими лігатурами /1/.

Однак, спосіб прототип має суттєві недоліки, зокрема складність процедури фіксування сальника, підтягання жовчі у післяопераційному періоді при неспроможності швів анастомозу, стимуляція звукового процесу.

Задача, що вирішується винаходом, полягає у забезпеченні герметизації ліній швів біліодигестивних анастомозів.

Технічний результат полягає у забезпеченні надійної герметичності ліній швів біліодигестивних анастомозів з метою запобігання розвитку ускладнень, які притаманні способу-прототипу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі герметизації ліній біліодигестивних анастомозів, що передбачає формування анастомоза, згідно винаходу перед накладанням слизово-підслизових швів другого ряду задньої губи анастомозу та серозно-м'язевих швів передньої губи анастомозу краплями наносять п-2-бутилцианакрилатний клей.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є застосування п-2-бутилцианакрилатного клею, що виключає необхідність використання в якості пластичного матеріалу будь-яких органів черевної порожнини.

Спосіб герметизації біліодигестивних анастомозів, що заявляється виконується наступним чином: Після виконання основних етапів операції пов'язаних з патологічним процесом переходять до формування біліодигестивного анастомозу. Після накладання серозно-м'язевого /першого/ ряду швів задньої губи анастомозу, перед накладанням слизово-підслизових швів /другий ряд/ на серозні оболонки зшиваючихся поверхней за допомогою робочої канюлі стерильного контейнеру краплями наносять п-2-бутилцианакрилатний клей по всій лінії швів на відстані 2мм. З початком фази полімеризації /через 4-5 секунд/ накладають слизово-підслизові шви по загальній методиці до переходу на передню губу анастомозу. Формування першого ряду швів передньої губи анастомозу виконують за загальними методиками. Перед накладанням кожного серозно-м'язевого шва другого ряду на серозні оболонки зшиваючихся поверхней за допомогою робочої канюлі стерильного контейнеру краплями наносять п-2-бутилцианакрилатний клей по всій лінії швів на відстані 2мм до закінчення формування другого ряду передньої губи анастомозу. Черевну порожнину дренують та зашивають.

Приклад конкретного застосування.

Хвора Г. ,1917 року народження поступила до клініки 15.10.01 /історія хвороби №15004/ зі скаргами на біль у правому підребер'ї, нудоту, блювоту до 3-х разів на добу, шлунковим вмістом, без полегшення, підвищення температури тіла до 37,4°C, жовтушність шкіри та слизових оболонок. Хворів на протязі 2-х тижнів. Початок хвороби пов'язує з порушенням режиму харчування. При УЗД органів черевної порожнини діагностовано наявність мілких конкрементів в просвіті жовчного міхура, стінка його з ознаками хронічного запалення. Загальна жовчева протока розширена до 2,2мм. Загальний білірубін 224мкм/л. Під час операції виявлено хронічне запалення стінки жовчного міхура, просвіт його на 2/3 вмістить конкременти діаметром від 2-х до 5-ти мм. Міхурова протока діаметром близько 7-ми мм. Міхурова протока діаметром близько 7-ми мм. Загальна жовчева протока діаметром 2,2см. Виконана холецистектомія, ревізія загальної жовчевої протоки через куску міхурової протоки. Діагностовано множинний мікий холедохолітиаз. Сформовано супрадуоденальний холедоходуоденоанастомоз за Роулінгом-Міріці з використанням п-2-бутилцианакрилатного клею. Підпечінковий простір дреновано трубчастим дренажем, черевну порожнину зашито. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом, дренаж видалено на 5 добу. На 10 добу хвора виписана з стаціонару.

Запропонований спосіб герметизації біліодигестивних анастомозів було застосовано у 4 хворих, післяопераційних ускладнень не було.

Таким чином при порівнянні запропонованого способу зі способом прототипом видно, що спосіб, який заявляється дозволяє значно знизити кількість післяопераційних ускладнень.

Спосіб було апробовано на кафедрі хірургічних захворювань медичного інституту Української Асоціації народної медицини, що дозволяє рекомендувати його для широкого впровадження в практику медицини.

Література:

1. Кочіашвілі В.І, Атлас хірургічних втручань на жовчних шляхах. Москва.-"Медицина"-1971.