

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний для профілактики неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки.

Відомий спосіб обробки кукси дванадцятипалої кишки включає накладення безперервного обвивного кетгутового шва та послідовного S-подібного шовкового з метою перитонізації першого ряду швів [1].

Недоліком цього способу є складність або неможливість її виконання при умові короткої кукси кишки, а при спробі її виділення пошкодження загальної жовчної протоки та підшлункової залози.

Найближчим аналогом є спосіб обробки кукси дванадцятипалої кишки по К.П. Сапожкову в основі якого лежить поширене закриття кукси двома кисетними швами з перитонізацією лоскутом великого сальника на судинній ніжці або очеревині що покриває підшлункову залозу [2].

Недоліком є велика кількість післяопераційних ускладнень пов'язаних з неспроможністю швів кукси та післяопераційних панкреатитів.

Задачею винаходу є розробка такого способу обробки кукси дванадцятипалої кишки який за рахунок перитонізації лоскутом серпоподібної зв'язки печінки яку фіксують покриваючи лінію шва за допомогою n-2-бутилцианакрилатного клею забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб обробки кукси дванадцятипалої кишки, який включає поширене закриття кукси швами з перитонізацією аутолоскутом, згідно з винаходом в якості лоскута використовують серпоподібну зв'язку печінки який фіксують за допомогою n-2-бутилцианакрилатного клею укриваючи лінію швів.

Використання в якості лоскута серпоподібної зв'язки печінки дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень, так як за допомогою фіксації його n-2-бутилцианакрилатним клеєм забезпечується герметизм лінії швів.

Спосіб здійснюють наступним чином. Після основних етапів операції пов'язаних з патологічним процесом переходять до формування кукси дванадцятипалої кишки однорядним вузловим шовковим швом. Круглу зв'язку печінки передкають між двома затискачами та перев'язують, таким чином виділяють серпоподібну зв'язку печінки. З серпоподібної зв'язки ножицями вирізають вільний лоскут розмірами що на 0,5см більші від ширини та довжини лінії накладеного ряду швів кукси дванадцятипалої кишки. На серозну оболонку кукси кишки за допомогою робочої канюлі стерильного контейнеру краплями наносять n-2-бутилцианакрилатний клей по всій довжині лінії швів, відступивши від краю її на 2-3мм по обидві сторони. З початком фази полімеризації (4-5 секунда) оператор, утримуючи лоскут в розправленому стані за допомогою анатомічних пінцетів прикладає його на поверхню кукси з нанесеним клеєм. Через 8-10сек. проходить надійна фіксація лоскута. Завершують наступні етапи операції. Черевну порожнину дрениують та зашивають.

Приклад. Хворий Р., 71 рік (медична карта стаціонарного хворого №3339) госпіталізований 28.02.2002р. о 13 годині 20 хвилин в хірургічне відділення №1 з діагнозом: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, стадія загострення, перфорація виразки, перитоніт. Оперований по швидкій допомозі 28.02.2002р. о 15.30. На операції виявлена хронічна кальлозна виразка передньо-латеральної стінки цибулини дванадцятипалої кишки діаметром 2см з вираженим периульцерозним інфільтратом 4см в діаметрі. В центрі виразки перфоративний отвір діаметром до 1см. Просвіт кишки на рівні виразки звужений до 3мм. Виконана резекція 2/3 шлунку по Більрот II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера. Кукса дванадцятипалої кишки зшита однорядним серозно-підслизовим швом. Герметизація лінії швів виконана за запропонованим способом з використанням n-2-бутилцианакрилатного клею нанесеного краплями на серозну оболонку дванадцятипалої кишки навколо лінії швів та фіксованого за його допомогою вільного лоскута серпоподібної зв'язки печінки. Післяопераційний перебіг без ускладнень. 8.03.2002р. (8 післяопераційна доба) виписаний в задовільному стані із стаціонару.

Запропонований спосіб обробки кукси дванадцятипалої кишки застосовано у 7 хворих, післяопераційних ускладнень не було.

З використанням найближчого аналогу прооперовано 7 хворих, з них у 1 виникла недостатність швів дванадцятипалої кишки, що призвело до розвитку перитоніту та потребувало в послідовному оперативного втручання.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показує, що запропонований спосіб дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень, що виникають внаслідок неспроможності швів.

Література:

1. Навроцкий И.Н. Ушивание культи двенадцатиперстной кишки: Атлас. - М.: Медицина, 1972. - 250с.
2. Никитин Н.А. Недостаточность швов дуоденальной культи в ургентной хирургии язвенной болезни. - Киров, 2002. - 216с.- найближчий аналог.