

Винахід, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути використаний для зупинки кровотечі з паренхіматозних органів.

Цианакрилати були вперше синтезовані у 1949 році. У 1969 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 зупинки кровотечі з паренхіматозних органів.

Найближчим аналогом вибраним нами в якості прототипу є спосіб зупинки кровотечі з селезінки шляхом накладання окремих П-подібних або вузлових швів на капсулу органу з фіксацією до них ділянки великого сальника [1].

Однак, способу-прототипу притаманні суттєві недоліки, зокрема крихкість паренхіми та капсули селезінки приводить до прорізання швів та як наслідок цього посилення кровотечі.

Задача, що вирішується винаходом полягає у забезпеченні зупинки кровотечі з декапсульованої ділянки паренхіматозних органів.

Технічний результат полягає у забезпеченні надійного гемостазу, що виключає необхідність виконання спленектомії при великих ятрогенних декапсуляціях органу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі зупинки кровотечі з селезінки, що передбачає мобілізацію селезінки, оцінку стану ділянок декапсуляції, згідно винаходу з серповидної зв'язки печінки викроюють вільний клапоть, розміри якого на 3-4мм більші за розміри ділянки декапсуляції, клапоть зв'язки розгладжують на металевій поверхні печінкового гачка, висушують і за допомогою робочої канюлі стерильного контейнеру по краях та центру клаптя серповидної зв'язки краплями наносять клей через кожні 2-3мм і через 4-5 секунд (початок фази полімеризації) до ділянки десерозації прикладають викроєний клапоть серповидної зв'язки печінки.

Спосіб, що заявляється, відрізняється від способу-прототипу застосуванням п-2-бутилцианакрилатного клею та клаптя серповидної зв'язки печінки в якості пластичного матеріалу, що забезпечує надійність гемостазу.

Спосіб зупинки кровотечі з паренхіматозних органів, що заявляється, здійснюється наступним чином:

При утворенні великих ділянок декапсуляції селезінки, яка може виникнути під час її мобілізації, за наявності зрощень між нею та сусідніми органами (парієнтальна очеревина, великий сальник, товста кишка, велика кривина шлунку), як правило не вдається зупинити кровотечу консервативним шляхом. Селезінку ретельно мобілізують, в лівий піддіафрагмальний простір закладають лапаротомну серветку. Операцію продовжують згідно плану. Після виконання наміченого обсягу втручання селезінку "виводять" у операційну рану, та оцінюють стан ділянок декапсуляції. За наявності кровотечі або не стабільного гемостазу оцінюють розміри ділянки десерозації та прикривають їх серветкою з фізіологічним розчином NaCl-0,9%. Круглу зв'язку печінки пересікають та перев'язують між двома затискачами, оголюючи таким чином серповидну зв'язку печінки. З серповидної зв'язки ножицями викроюють вільний клапоть, або клапті на 3-4мм більші ніж ділянки декапсуляції. Клапоть зв'язки розгладжують на металевій поверхні печінкового гачка. За допомогою робочої канюлі стерильного контейнеру по краях та центру клаптя серповидної зв'язки краплями наносять клей через кожні 2-3мм. Асистент утримуючи селезінку в рані, знімає серветку з ділянки декапсуляції. Через 4-5 секунд (початок фази полімеризації) після нанесення клею оператор, утримуючи клапоть у розправленому стані за допомогою пінцетів, прикладає його до ділянки десерозації. Через 8-10 секунд відбувається надійна фіксація клаптя. Лапаротомну серветку з лівого піддіафрагмального простору видаляють, селезінку укладають на місце, черевну порожнину дренують та зашивають.

Приклад конкретного застосування.

Хворий М., 1955 року народження, поступив до клініки 31.06.01р. (історія хвороби №12609) зі скаргами на слабкість, запаморочення, відхід калу чорного кольору. При ФГДС виявлена кальозна виразка великої кривини антрального відділу шлунку діаметром близько 1см з явищами кровотечі, підозра на малігнізацію. Рівень гемоглобіну при поступленні складав 100г/л. Під час операції виявлено поширений злуковий процес між селезінкою, великим сальником та великою кривиною шлунку, що призвело до утворення ділянки десерозації, під час мобілізації шлунку, розмірами 2,5-3см. По результатах операційних знахідок хворому виконано дистальну субтотальну резекцію шлунку. Кровотеча з десерозованої ділянки селезінки зупинена шляхом фіксації п-2-бутилцианакрилатним клеєм вільного клаптя серповидної зв'язки. Черевна порожнина дренована та захищена. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом, дренажі видалені на 5 добу.

Запропонований спосіб зупинки кровотечі з паренхіматозних органів застосовано у 4 хворих. Післяопераційних ускладнень не було.

Таким чином при порівнянні запропонованого способу зі способом-прототипом було встановлено, що застосування запропонованого способу дозволяє надійно зупинити кровотечу з паренхіматозних органів.

Література:

1. Атлас операцій на черевній стінці та органах черевної порожнини. / Войленко В.М., Маделян А.І., Омельченко В.М. – К.: Медицина, 1965.