



УКРАЇНА

(19) UA (11) 6755 (13) C1(51) A 61 B 17/00, A 61 K 35/00ДЕРЖАВНЕ  
ПАТЕНТНЕ  
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІД

(54) СПОСІБ ПЕРИТОНІЗАЦІЇ КУКСИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1

(21) 94061588  
(22) 08.04.94  
(46) 29.12.94. Бюл. № 8-І  
(56) 1. А.с. СССР № 1491525,  
кл. А 61 М 25/00, А 61 В 17/00, 1989.  
2. А.с. СССР № 1503765,  
кл. А 61 В 17/11, 1989.

(71) Павловський Михайло Петрович, Мазур  
Юрій Іванович, Мазур Оксана Євгенівна

(72) Павловський Михайло Петрович, Мазур  
Юрій Іванович, Мазур Оксана Євгенівна

2

(73) Павловський Михайло Петрович, Мазур  
Юрій Іванович, Мазур Оксана Євгенівна, UA

(57) Спосіб перитонізації кукси дванадцятипалої кишки шляхом вільної алотрансплантації очеревини, який відрізняється тим, що занурюють вузловими швами куксу дванадцятипалої кишки і пересаджують алотрансплантат очеревини ембріона людини першої половини вагітності, приклеюють очеревину ембріона фібриновим клеєм й додатково фіксують вузловими серосерозними швами.

Вінахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, й може бути використаний для надійного занурення кукси дванадцятипалої кишки у хворих виразковою хворобою з великою кальозною, пенетруючою в головку підшлункової залози дуоденальною виразкою, яким виконується операція резекції шлунка за способом Більтрот-ІІ.

Відомий спосіб занурення кукси дванадцятипалої кишки за Nissen (див. Оперативная хирургия // Под общ. ред. проф. И. Литмана. Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1981. - С. 452), при якому перший ряд швів накладається між передньою стінкою дванадцятипалої кишки і правим краєм основи виразки, другим рядом швів сшивається серозно-мускулярний шар дванадцятипалої кишки і лівий край основи виразки, третім рядом швів - серозно-мускулярний шар дванадцятипалої кишки і задній листок парієтальної очеревини, що покриває підшлункову залозу.

Однак при цьому способі сшиваються неоднорідні тканини, в куксу занурюється інфікована, запально змінена виразкова поверхня, не виключені, також, можливість травматизації підшлункової залози й розвиток післяопераційного панкреатиту, в зв'язку з чим ризик нещільності швів доволі високий.

Відомий спосіб профілактики ускладнень, зв'язаних з нещільністю кукси дванадцятипалої кишки (див. а. с. № 1491525, МКИ 4 А 61 М 25/00, А 61 В 17/00, 89.07.07, Соловьев В.А., Назаров В.М.), шляхом адекватної декомпресії кукси дванадцятипалої кишки з допомогою введення в її просвіт зонда.

Однак, декомпресія не зменшує запальних змін в стінці кишки, не покращує репаративні процеси в рані кукси, й таким чином не виключає можливість виникнення ускладнень.

Відомий, також, спосіб з'єднання країв шлунка й кишки (див. а. с. № 1503765, МКИ

(19) UA (11) 6755 (13) C1

4 А 61 В 17/11, 89.08.30, Гигаури В.С. и ін.), в якому використовується відсепарована серозна ділянка, яка наклеюється на серозну оболонку протилежного краю рани клеєм МК-7.

Однак в умовах "важкої" кукси інший край рани звичайно зруйнований виразкою й тому неможливо виділити неде-серозованих 1,0–1,5 см кишкової стінки, необхідних для склеювання; тканина, що пересаджується, не має стимулюючого впливу на протікання репаративних процесів в рані кишки; запропонований синтетичний клей викликає ряд побічних ефектів: пошкоджує тканині структури, провокує алергічні та запальні реакції, не піддається розсмоктуванню тривалий час, в зв'язку з чим зменшується ефективність способу, не міняються терміни загоєння рани й не збільшується надійність з'єднання її країв. Даний спосіб прийнятий як прототип.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу перитонізації кукси дванадцятипалої кишки, в якому внаслідок зміни виду пересаджуваної тканини шляхом застосування аллотрансплантату ембріональної очеревини, що відрізняється незначною імуногенністю, високою резистентністю, можливістю адаптуватися до оточуючого мікросередовища, вираженим стимулюючим впливом на репаративні процеси в пошкоджених тканинах, здатністю покращувати мікроваскуляризацію рани; а також зміни виду клею в зв'язку з чим вільна аллотрансплантація ембріональної очеревини з допомогою фібринового клею моделює репаративні процеси кишкової рани, що забезпечує повну герметичність кукси дванадцятипалої кишки (навіть при нещільності внутрішніх швів), відновлення серозної оболонки, мінімальну травматизацію дванадцятипалої кишки, сусідніх органів та тканин і за рахунок цього забезпечується раннє надійне з'єднання країв рани, скорочення термінів її загоєння та в зв'язку з цим зменшення частоти ускладнень.

Поставлена задача вирішується завдяки тому, що, відповідно до винаходу, для трансплантації на занурену вузловими швами куксу дванадцятипалої кишки та сусідні тканини використовують очеревину ембріона людини першої половини вагітності, яку приклеюють фібриновим клеєм і додатково фіксують серо-серозними вузловими швами.

Винахідницький рівень забезпечує неочевидність використання ембріональної тканини як трансплантату.

Спосіб здійснюється таким чином. В операційній зі строгим дотриманням асептичних умов ембріон відмивається ізотонічним розчином хлориду натрію. Після обробки шкіри йодонатом підковоподібним розрізом з двох сторін від здухвинних ділянок вертикально вгору і потім паралельно реберним дугам викроюють клапоть передньої черевної стінки й відгинають його вниз. З допомогою мікрохірургічної техніки відділяють очеревину від решти тканин. Очеревину старанно відмивають ізотонічним розчином хлориду натрію й поміщають в розчин Євроколлінза. Готують компоненти фібринового клею:

1. До 5 мл одноступінчастого до крові хворого кріопреципітату донорської плазми додають 100 тис. ОД гордоксу (5 мл) й розводять 1,0 г фібриногену;

2. 500 ОД тромбіну розчиняють в 2 мл 10% розчину глюконату кальцію.

Компоненти переносять в стерильні закриті флакони й зберігають при постійній температурі 37°C. Після підготовки трансплантату й фібринового клею починають операцію резекції шлунка за способом Більтрот-ІІ. Склеюють частину шлунка, яка підлягає видаленню. Відсікають шлунок від дванадцятипалої кишки в постпілоричній частині. При глибокій, пенетруючій в головку підшлункової залози виразці подальші май туляції проводять на відкритій куксі дванадцятипалої кишки. Препарують задню стінку дванадцятипалої кишки, виділяючи її з рубцево змінених тканин на протязі 0,5–0,8 см. Занурюють куксу вузловими серозно-мускулярними атравматичними швами 3/0. Добувають трансплантат і викроюють латку з таким розрахунком, щоб вона покрила тканини на віддалі 1,5–2,0 см від лінії швів. Трансплантат фіксують до серозної оболонки дванадцятипалої кишки чотирма серо-серозними швами. Заповнюють шприц ємкістю 5 мл фібриногенним і об'ємом 2 мл – тромбіновим компонентами клею. Потім на трансплантат, а також тканини навколо нього на віддалі 1 см з двох шприців одночасно наносять компоненти фібринового клею до утворення плівки товщиною 2–3 мм. Наступні етапи операції відповідають загальноприйнятій методиці резекції шлунка за способом Більтрот-ІІ. Операцію закінчують дренажуванням підпечінкового простору з окремого доступу в правому підребер'ї.

Приклад. Хворий С., № історії хвороби 8710, поступив у 2-ий хірургічний відділ Львівської обласної клінічної лікарні 05.06.92 р. з діагнозом виразкова хвороба дванадцятипалої кишки ускладнена деком-

пенсованим стенозом воротаря. Виразковий анамнез протягом 6-ти років, вперше виразка дванадцятипалої кишки виявлена в 1986 році при ЕГДФС. Лікувався нерегулярно, без помітного ефекту. Протягом останніх 3-х місяців щоденне блювання нестравленою їжею. Останні два дні блювотиння має характер "кавової гущі". При поступленні стан хворого важкий. Блідий, виснажений, тургор шкіри знижений. Промивні води шлунка у вигляді "кавової гущі". ЕГДФС кальозна виразка дванадцятипалої кишки, декомпенсований пілоростеноз, кишкова кровотеча; загальний аналіз крові: еритроцити  $3,6 \times 10^{12}$ , Нб – 104 г/л, лейкоцити –  $8,9 \times 10^9$ , ШОЕ – 12 мм/год, загальний білок крові – 63,2 г/л, сечовина – 10,8 мм/л, калій 4,4 мм/л, хлориди – 104 мм/л, кальцій – 2,2 мм/л.

Після короткочасної інтенсивної інфузійної терапії хворий оперований 05.06.92 р. В час операції: шлунок великих розмірів, стінка потовщена, в шлунку й кишечнику – кров. В цибулині дванадцятиперсної кишки по задній стінці з переходом на головку підшлункової залози – виразковий інфільтрат діаметром 3–4 см. Враховуючи наявність декомпенсованого пілоростенозу, явища кишкової кровотечі, вирішено виконати резекцію шлунка за способом Більтрот-II.

Проведено мобілізацію великої та малої кривини шлунка, мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером. Шлунок вісічено від дванадцятипалої кишки через верхній край

виразки. Виразка діаметром 2,5 см, глибиною 1,0 см, з твердими, кальозними краями, пенетрує в головку підшлункової залози, в центрі виразки – кровоточива судина діаметром 2 мм. Кровотечу зупинено прошиванням судини на дні виразки. Виділено задню стінку дванадцятипалої кишки нижче кратеру виразки на протязі 0,5 см. Кукса кишки занурена вузловими серозно-мускулярними атравматичними швами 3/0.

Підготовлено трансплантат ембріональної очеревини розмірами 2,5 x 1,7 см. Трансплантат фіксовано до кишки вузловими швами, зверху трансплантату й навколо нього нанесено фібринову плівку діаметром 3,0 см, товщиною 2–3 мм. Сформовано гастрентероанастомоз на короткій петлі ззаду ободової кишки. Підпечінковий простір дреновано в правому підребер'ї.

Протікання післяопераційного періоду без ускладнень, хворого виписано додому на 12-ий день після операції. При контрольному обстеженні через рік (УЗД підпечінкового простору, загальні, біохімічні аналізи крові) відхилень від норми не виявлено.

Перевага запропонованого способу полягає в моделюванні репаративного процесу в рані дванадцятипалої кишки (фізична й біологічна герметичність, епітелізація рани) й використанні біологічно-активної тканини (стимуляція метаболічних та репаративних процесів).

Упорядник М.Павловський Техред М.Моргентал

Коректор М.Самборська

Замовлення 643

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,  
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Виробничо-видавничий комбінат "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

.

1

2

3