



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 55843

(13) A

(51) 7 G09B23/28

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

## (54) СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ АНІЗОПЕРИСТАЛЬТИЧНОГО ЕНТЕРОЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ

1

2

(21) 2002075568

(22) 08 07 2002

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. №4, 2003 р

(72) Ляпис Михайло Олександрович, Герасимюк  
Назар Ілліч, Лойко Ігор Ігорович(73) ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА  
АКАДЕМІЯ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО(57) Спосіб моделювання анізоперистальтичного  
ентероентероанастомозу, який включає розкриття

черевної порожнини з наступною резекцією тонкої кишки і накладанням міжкишкового співв'язу типу "бік в бік", який відрізняється тим, що після виконання резекції краї відрізків анізоперистальтично співставляють, поперечно зшивають одним безперервним обвивальним кетгуттовим швом, а відрізки повертають на 180° навколо осі, утвореної обвивальним швом, і на співставлених поверхнях кишки формують співв'яз

Винахід належить до медицини, а саме експериментальної патології і може бути використаний у хірургічній гастроентерології.

Відомий спосіб моделювання анізоперистальтичного ентоентероанастомозу, який включає розкриття черевної порожнини з наступною резекцією тонкої кишки і накладанням анізоперистальтичного міжкишкового співв'язу типу «бік в бік» [1].

Недоліком відомого способу є недостатні ефективність і функційна спроможність анастомозу, що впливає внаслідок утворення залишкових ентеральних кишень у місцях формування кукс відрізків кишки. До того ж в силу названих причин має місце високий ступінь ризику ускладнень у післяопераційному періоді, головним чином у вигляді застою кишечного вмісту в ентеральних кишнях і порушення процесів травлення.

В основу винаходу поставлене завдання вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом формування спільної для обох відрізків кишки кукси досягають зменшення розмірів ентеральних кишень, а отже усувають підґрунтя для застою вмісту в кишці і ліквідують порушення процесів травлення, чим підвищують ефективність і функційну спроможність анастомозу.

Поставлене завдання вирішують тим, що у відомому способі моделювання анізоперистальтичного ентоентероанастомозу, який включає розкриття черевної порожнини з наступною резекцією тонкої кишки і накладанням міжкишкового співв'язу типу "бік в бік", відповідно до винаходу після виконання резекції краї відрізків анізоперистальтично співставляють, поперечно зшивають одним безпе-

рервним обвивальним кетгуттовим швом, а відрізки повертають на 180° довкола осі, утвореної обвивальним швом, і на співставлених поверхнях кишки формують співв'яз.

Спосіб моделювання анізоперистальтичного ентоентероанастомозу пояснюється фіг. 1 і фіг. 2, де відображені основні етапи: фіг. 1 - зшивання анізоперистальтично співставлених відрізків кишки наскрізним безперервним обвивальним кетгуттовим швом, фіг. 2 - формування анастомозу після повороту відрізків кишки на 180° довкола осі безперервного шва.

Спосіб здійснюють таким чином. Тварину, що не отримувала їжі впродовж 14 годин, в умовах загального знечуження фіксують на спині. Після обробки операційного поля виконують серединну лапаротомію по білій лінії живота. За загальними правилами проводять мобілізацію і резекцію відрізка тонкої кишки. Краї обох відрізків кишки співставляють анізоперистальтично і зашивають одним спільним наскрізним безперервним обвивальним кетгуттовим швом (фіг. 1). Після цього відрізки кишки повертають на 180° довкола осі безперервного шва, спільну куксу перитонізують шляхом накладання вузлових серозо-серозних швів і формують ентоентероанастомоз за загальними правилами (фіг. 2). Лапаротомний розріз після вшивання дефекту брижі пошарово зашивають.

Приклад 1. Безпородний собака масою тіла 16кг, наркоз промедол-тіопенталовий. Після обробки операційного поля виконана серединна лапаротомія. Після додаткового обкладування стерильними серветками краї рани розведені

(13) A

(11) 55843

(19) UA

ранорозширювачем. В операційну рану введено петлю тонкої кишки. Проведено її мобілізацію шляхом перев'язки та пересічення брижі і резекцію відрізка довжиною 16см. Краї обох відрізків кишки співставлено анізоперистальтично і прошито одним спільним наскрізним безперервним обвивним кетгутовим швом. Після цього відрізки кишки розвернуто довкола осі безперервного шва на  $180^\circ$  і співставлено боками. Спільну куксу перитонізовано шляхом накладання вузлових серозо-серозних швів. Накладено серозо-серозні вузлові шви на задню губу анастомоза. Лінійними розрізами довжиною по 5см вздовж осі кишки розкрито просвіт обох відрізків, починаючи від краю сформованої кукси. Накладено безперервний кетгутовий шов на задню і передню губи анастомоза. Серозо-серозними вузловими шовковими швами проведено перитонізацію передньої губи анастомоза. При пальпації анастомоз прохідний, залишкові кишені кукси мінімальні. Лапаротомний розріз після вшивання дефекту брижі пошарово зашито.

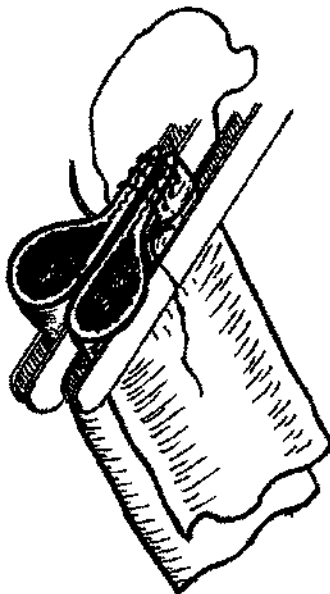
Приклад 2. Безпородний собака масою тіла 18кг, наркоз промедол-тіопенталовий. Після обробки операційного поля виконана середина лапаротомія. В операційну рану введено петлю тонкої кишки. Частота перистальтичних скорочень до резекції складала 17 за 1хв, амплітуда ритмічних скорочень при реєстрації електроентерограми - 42мВ. Проведено мобілізацію і резекцію відрізка кишки довжиною 12см. Краї обох відрізків кишки співставлено анізоперистальтично і прошито одним спільним наскрізним безперервним обвивним кетгутовим швом. Після цього відрізки кишки роз-

вернуто довкола осі безперервного шва на  $180^\circ$  і співставлено боками. Спільну куксу перитонізовано шляхом накладання вузлових серозо-серозних швів. Накладено серозо-серозні вузлові шви на задню губу анастомоза. Лінійними розрізами довжиною по 5см вздовж осі кишки розкрито просвіт обох відрізків, починаючи від краю сформованої кукси. Накладено анастомоз за загальними правилами. Частота перистальтичних скорочень безпосередньо після резекції складала 3 за 1хв вище і 4 за 1хв нижче від рівня анастомоза, амплітуда ритмічних скорочень при проведенні електроентерографії - 9мВ і 11мВ відповідно. Лапаротомний розріз після вшивання дефекту брижі пошарово зашито. При повторній лапаротомії через 5 днів після втручання частота перистальтичних скорочень як вище, так і нижче від рівня анастомоза була рівна 9 за 1хв, а амплітуда ритмічних скорочень - 18мВ. Через місяць після операції частота перистальтичних скорочень досягала 14 за 1хв, а амплітуда ритмічних скорочень - 37мВ.

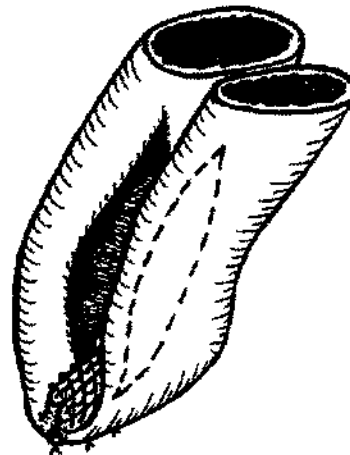
Таким чином, запропонований спосіб моделювання анізоперистальтичного ентероентероанастомоза, порівняно із способом-прототипом, технологічний завдяки зменшенню розмірів залишкових кишень і попередженню застою кишечного вмісту в них, менш травматичний, чим досягається значно вищий рівень відтворення моделі, а отже - ефективності способу в цілому.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги

1. Симич П. Хирургия кишечника. Медицинское издательство Бухарест, 1979. - С 108-114.



Фіг.1



Фіг.2