



УКРАЇНА

(19) UA (11) 71223 (13) A
(51) 7 G09B23/28МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ІНТЕСТИНОПЛІКАЦІЇ

1

2

(21) 20031211065

(22) 05.12.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Венгер Ігор Касіянович, Беденюк Анатолій
Дмитрович, Герасимюк Назар Ілліч(73) ТЕРНОПІЛЬСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО(57) Спосіб моделювання інтестіноплікації, який
включає розкриття черевної порожнини з наступ-

ним укладанням кишкових петель горизонтальними або вертикальними витками та зшиванням їх між собою серо-серозними швами, який **відрізняється** тим, що стінку кишки по внутрішній поверхні її згину гофрують за допомогою двох серо-серозних швів, які виконують у вигляді трьох послідовних прошивань з інтервалами в 3-4мм кожною з лігатур.

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

Відомий спосіб моделювання інтестіноплікації, який включає розкриття черевної порожнини з наступним укладанням кишкових петель горизонтальними або вертикальними витками та зшиванням їх між собою серо-серозними швами [1]. Укладання петель тонкої кишки за відомим способом забезпечує попередження рецидивів кишкової непрохідності при злукровій хворобі.

Недоліком відомого способу є недостатня ефективність і обмежена функціональна спроможність аплікованої кишки, що проявляється розладами перистальтики та порушенням прохідності її в післяопераційному періоді, однією з причин яких може бути формування так званої "шпори" - надмірного звуження просвіту кишки вип'ячуванням дуплікатури її стінки внаслідок перегину петлі в місці повороту під кутом 180°.

В основу винаходу поставлене завдання вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом формування додаткового елементу жорсткості стінки кишки по внутрішній поверхні її згину усувають небажане формування "шпори", чим досягають збільшення діаметра просвіту кишки в місці згину, а отже оптимізують прохідність і підвищують ефективність способу оперативного втручання.

Поставлене завдання вирішують тим, що у відомому способі моделювання інтестіноплікації, який включає розкриття черевної порожнини з наступним укладанням кишкових петель горизонтальними або вертикальними витками та зшиванням їх між собою серо-серозними швами, відповідно до винаходу стінку кишки по внутрішній поверхні її

згину гофрують за допомогою двох серо-серозних швів, які виконують у вигляді трьох послідовних прошивань з інтервалами в 3-4мм кожною з лігатур.

Перелік фігур.

Фіг.1. Схема моделювання інтестіноплікації:

А - накладання серо-серозних гофруючих швів

1 - вільний край тонкої кишки

2 - брижовий край тонкої кишки

3, 4 - серо-серозні гофруючі шви

Б - зшивання прилеглих стінок кишки

5 - вузлові серо-серозні шви вздовж осі кишки

Фіг.2. Контрастні рентгенограми тонкої кишки.

Контрастування сульфатом барію:

А - просвіт тонкої кишки при інтестіноплікації за запропонованим способом

Б - просвіт тонкої кишки при інтестіноплікації за відомим способом-прототипом.

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. Петлі тонкої кишки вкладають горизонтальними або вертикальними витками довжиною до 15см. В місцях повороту кишки (по внутрішній поверхні згинів і вздовж її осі) на відстані в 1/3 і 2/3 від вільного краю 1 до брижового 2 накладають два серо-серозних шви 3-4 з трьома прошиваннями з інтервалом між ними в 3-4мм та захопленням прилягаючих стінок і місця згину (фіг.1А).

Після цього прилягаючі стінки зшивають вузловими швами 5 вздовж осі кишки і по середині відстані між її вільним і брижовим краєм (фіг.1Б). Лапаротомний розріз пошарово зашивають.

(13) A

(11) 71223

(19) UA

Приклад 1

Безпородний собака з масою тіла 16кг, наркоз дроперидол-кетаміновий. Після обробки операційного поля виконана серединна лапаротомія. Краї рани додатково обкладені стерильними серветками і розведені ранорозширювачем. В операційну рану виведено петлі тонкої кишки. Проведено їх аплікацію шляхом укладання вертикальними витками довжиною в 14-16см і з гофруванням внутрішньої поверхні згинів двома паралельними серо-серозними швами з трьома прошиваннями та захопленням стінок і місця згину. Зшивання прилягаючих стінок продовжено вздовж осі по середині відстані між брижовим і вільним краями токої кишки. При пальпації кишка в місці згинів вільно прохідна. Лапаротомний розріз пошарово зашито. Повторна лапаротомія через 5 днів. Перистальтика кишки збережена, прохідність в місцях згинів не порушена.

Приклад 2

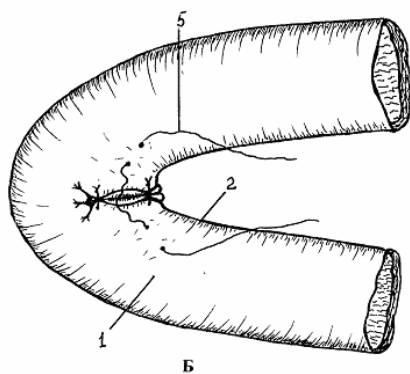
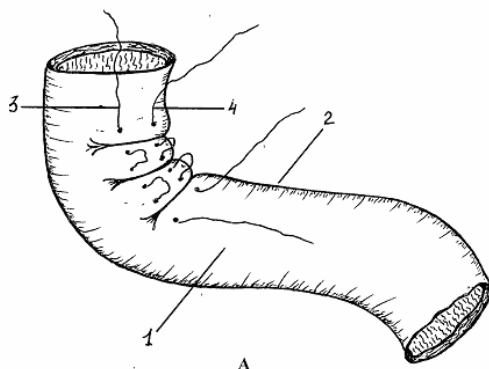
Безпородний собака масою тіла 18кг, наркоз дроперидол-кетаміновий. Після обробки операційного поля виконана серединна лапаротомія. В операційну рану виведено петлі тонкої кишки. Проведено їх аплікацію шляхом укладання горизонтальними витками довжиною в 12-14см.

Внутрішня поверхня згинів гофрована двома паралельними серо-серозними швами із захопленням прилягаючих стінок та місця згину і наступним зшиванням прилягаючих стінок вздовж осі по середині відстані між брижовим і вільним краями токої кишки. При пальпації кишка в місці згинів вільно прохідна. Лапаротомний розріз пошарово зашито. Повторна лапаротомія через 30 днів. При зовнішньому огляді діаметр тонкої кишки вище і нижче від місця аплікації практично не відрізняється. При контрастній рентгенографії просвіт кишки в місцях її згину достатньо широкий (фіг.2А) і значно переважає за діаметром просвіту кишки в місцях згину у тварин з аналогічним терміном спостереження, яким інтестіноплікація була виконана за традиційним способом (фіг.2Б).

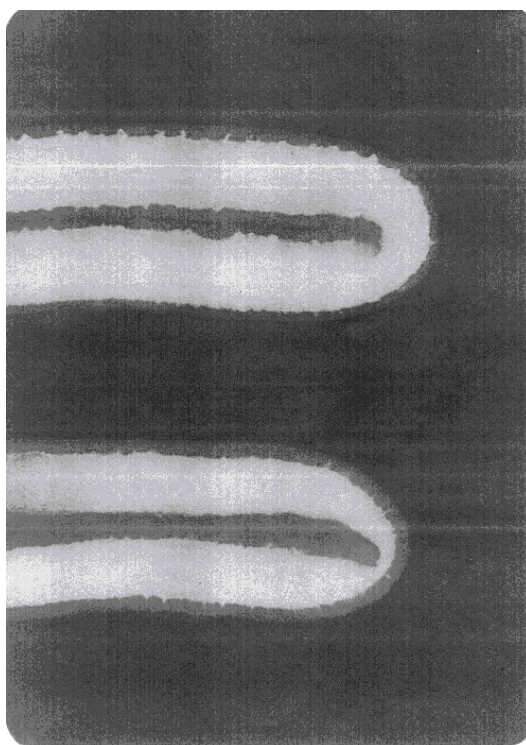
Таким чином, запропонований спосіб моделювання інтестіноплікації, порівняно із способом-прототипом, технологічніший завдяки збільшенню діаметра просвіту кишки в місцях її згинів і попередженню порушення прохідності, чим досягається значно вищий рівень відтворення моделі, а отже - ефективності способу в цілому.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги:

1. А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. Хирургия кишечника. К.: "Здоров'я".-1977.-С.207-211.



Фіг. 1



Фіг. 2