



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **96232** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2014 08316</b>	(72) Винахідник(и): <b>Слонецький Борис Іванович (UA), Вербицький Ігор Володимирович (UA), Максименко Михайло Васильович (UA), Коцюбенко Валерія Олегівна (UA), Тюлюкін Ілля Олегович (UA), Мутошвили Давид Анзоревич (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>22.07.2014</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>26.01.2015</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>26.01.2015, Бюл.№ 2</b>	(73) Власник(и): <b>Слонецький Борис Іванович, вул. Курчатова, 21, кв. 48, м. Київ, 02166 (UA), Вербицький Ігор Володимирович, пр. Маяковського, 12, кв. 34, м. Київ, 02164 (UA), Максименко Михайло Васильович, вул. Драйзера, 7, к. 502, м. Київ, 02168 (UA), Коцюбенко Валерія Олегівна, вул. Драйзера, 36, кв. 28, м. Київ, 02164 (UA), Тюлюкін Ілля Олегович, вул. Волкова, 11, кв. 28, м. Київ, 02166 (UA), Мутошвили Давид Анзоревич, вул. Драйзера, 7, к. 219, м. Київ, 02168 (UA)</b>

## (54) СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ СИНДРОМУ КОРОТКОЇ КИШКИ

### (57) Реферат:

Спосіб моделювання синдрому короткої кишки проводиться шляхом здійснення субтотальної резекції тонкої кишки та відновлення безперервності травного каналу за допомогою кишкового анастомозу "кінець в кінець", причому під час першого оперативного втручання формується анастомоз "бік в бік" між ділянками голодної та клубової кишки довжиною 15-20 % від тривалості усієї тонкої кишки, а через 2 тижні під час другого хірургічного втручання виконується субтотальна резекція тонкої кишки в об'ємі 80-85 % до анастомозу "бік в бік" з наступною перитонізацією параанастомотичної ділянки.

UA 96232 U



Корисна модель належить до медицини, а саме до експериментальної хірургії органів шлунково-кишкового тракту, і може застосовуватися при моделюванні синдрому короткої кишки для розробки консервативних та хірургічних методів лікування гострих захворювань органів черевної порожнини, котрі ускладнилися перитонітом та супроводжуються субтотальними

резекціями кишечника.

Найбільш близьким до заявленого способу є спосіб моделювання синдрому короткої кишки у піддослідних тварин (1).

Цей спосіб полягає в тому, що у піддослідній тварині здійснюється хірургічне втручання - субтотальна резекція тонкої кишки в об'ємі 80-85 % з накладанням анастомозу "кінець в кінець".

Недоліками вищенаведеного способу є:

- висока летальність піддослідних тварин при здійсненні моделювання в умовах гострих захворювань органів черевної порожнини;

- високий відсоток недостатності кишкових анастомозів в післяопераційному періоді;

- складність оцінки адаптації тонкої кишки в умовах прогресуючого перитоніту;

- негативні наслідки взаємнообважуючого впливу гострих захворювань органів черевної порожнини та компенсаторних можливостей залишеного сегмента тонкої кишки;

Задачею корисної моделі є розробка такого способу, який дозволяє попередити високу летальність в ранньому післяопераційному періоді, покращити умови протікання репаративного процесу в ділянці кишкового анастомозу при здійсненні субтотальної резекції тонкої кишки.

Вирішення поставленої задачі досягається тим, що запропонований спосіб моделювання синдрому короткої кишки дозволяє покращити регіонарні процеси в ділянці кишкового анастомозу, після субтотальної резекції тонкої кишки, та проксимального і дистального сегментів тонкої кишки, а також здійснити відтворення гострого захворювання тонкої кишки в заданий термін.

Заявлена нами корисна модель використовується наступним чином: під наркозом здійснюється лапаротомія, під час котрої заміряється довжина тонкої кишки та формується анастомоз "бік в бік" між ділянками голодної та клубової кишки довжиною 15-20 % від тривалості усієї тонкої кишки, а через 2 тижні під час другого хірургічного втручання виконується субтотальна резекція тонкої кишки в об'ємі 80-85 % до анастомозу "бік в бік" з наступною перитонізацією параанастомотичної ділянки.

Як приклад конкретного використання способу моделювання синдрому короткої кишки наводимо виписку з протоколу № 19 експериментальних досліджень, котрі проводились згідно наукової тематики кафедри медицини невідкладних станів Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика: самцю білої криси 250 г під наркозом здійснювали лапаротомію, під час котрої заміряли довжину тонкої кишки та формували анастомоз "бік в бік" між ділянками голодної та клубової кишки довжиною 15-20 % від тривалості усієї тонкої кишки, а через 2 тижні під час другого хірургічного втручання виконували субтотальну резекцію тонкої кишки в об'ємі 80-85 % до анастомозу "бік в бік" з наступною перитонізацією параанастомотичної ділянки. По ходу операції гемостаз, черевна порожнина зашивалась пошарово наглухо. Післяопераційний період протікав стабільно з ознаками, характерними для синдрому короткої кишки.

Запропонований спосіб моделювання синдрому короткої кишки був розроблений в експериментальних умовах віварію Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика і був використаний в експерименті у 14 піддослідних тварин.

Таким чином, спосіб моделювання синдрому короткої кишки при субтотальних резекціях кишечника суттєво покращує компенсаторні процеси в черевній порожнині, сприяє кращій адаптації піддослідної тварини до умов моделювання патологічного процесу та дозволяє здійснити відтворення гострого захворювання тонкої кишки в заданий термін.

Джерело інформації:

1. Миминошвили О.И., Сахечидзе К.Л., Михайличенко В.Ю. Хирургическая коррекция синдрома короткой тонкой кишки в эксперименте// Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2005. - Том 6. - № 4. - С. 673.

## ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 Спосіб моделювання синдрому короткої кишки, що проводиться шляхом здійснення субтотальної резекції тонкої кишки та відновлення безперервності травного каналу за допомогою кишкового анастомозу "кінець в кінець", який **відрізняється** тим, що під час першого оперативного втручання формується анастомоз "бік в бік" між ділянками голодної та клубової кишки довжиною 15-20 % від тривалості усієї тонкої кишки, а через 2 тижні під час другого хірургічного втручання виконується субтотальна резекція тонкої кишки в об'ємі 80-85 % до
- 10 анастомозу "бік в бік" з наступною перитонізацією параанастомотичної ділянки.

---

Комп'ютерна верстка С. Чулій

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601