



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **234**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 0900300

(22) 23.04.2009

(46) Бюл.55 (3), 2009

(71) Курбонов К.М. (ТД); Холматов У.И. (ТД);
Назаров Х.Ш. (ТД).

(72) Курбонов К.М. (ТД); Холматов У.И. (ТД);
Назаров Х.Ш. (ТД).

(73) Курбонов К.М. (ТД); Холматов У.И. (ТД);
Назаров Х.Ш. (ТД).

(54) **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯ-**
ТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТО-ПРЯМОКИШЕЧНОГО
АНАСТОМОЗА

(56) 1. Федоров В.Д., Ривкин В.Л. Клиническая
оперативная колопроктология. М., ГНЦ проктоло-
гия, 1994, 432 с.

2. Наумов Н.В. и др. Причина несостоятель-
ности межишечного анастомоза и метод профи-
лактики. Новосибирск. Сиб. Предприятие РАН,
1999, 91с.

2

3. Александров Н.И. и др. Неотложная хирур-
гия при раке толстой кишки. - Минск, 1980, 303с.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к хирургической колопроктологии и может быть
использовано для формирования толсто-
прямокишечного анастомоза.

Цель изобретения снижение частоты несосто-
ятельности толсто-прямокишечного анастомоза.

Способ заключается в том, что резецируют
зону обструкции сигмовидной кишки и ректосиг-
моидного отдела, инвагинируют приводящую пет-
лю толстой кишки в отводящую. Проксимальный
конец прямой кишки зашивают наглухо. По перед-
ней ее стенке на 4-5 см ниже культи поперечным
разрезом вскрывают кишечник соответственно
диаметру культи дистального конца толстой киш-
ки. С • применением монофиламентных рассасы-
вающих нитей накладывают анастомоз по типу
«конец в бок» 2-х рядными швами.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической колопроктологии и может быть использовано для формирования толсто-прямокишечного анастомоза.

Известны многочисленные способы профилактики несостоятельности толсто-прямокишечных анастомозов.

Известен способ (1), при котором накладывают анастомоз приводящей петли толстой кишки в отводящую.

Другим аналогом является способ (2), при котором накладывают анастомоз приводящей петли толстой кишки в отводящую однорядными узловыми швами.

Прототипом (3) является наложение толсто-прямокишечного анастомоза, при котором после обструктивных резекций сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела инвагинируют приводящую петлю толстой кишки в отводящую и накладывают анастомоз по типу «конец в конец» 2-х рядными узловыми швами с применением различных видов шовного материала.

Недостатками известных способов является возникновение несостоятельности анастомоза и имеют следующие отрицательные стороны:

1. Ненадежное укрепление задней стенки, приводящее к частому развитию несостоятельности анастомоза.

2. Анастомоз по типу «конец в конец» часто осложняется кровотечением с линии анастомоза, первичной непроходимостью соустья, анастомозитов, несостоятельностью швов и стенозированием в отдаленные сроки после операции.

3. Ручной 2-х рядный узловый шов и необоснованное применение различных видов шовного материала не устраняет фитильность и «пилящий» эффект нитей.

4. Не обеспечивает достаточные гемостаз и герметичность, в последующем развивается краевой некроз, заживление происходит вторичным натяжением с формированием грубого ригидного кольца.

5. Наиболее слабым и уязвимым местом является задняя стенка, при этом биологическая и физическая герметичность анастомоза снижается в первые 4-6 часов после операции и является одним из факторов раннего развития несостоятельности толстокишечных анастомозов.

Цель изобретения - снижение частоты несостоятельности толстопрямокишечного анастомоза.

Поставленная цель достигается наложением толстопрямокишечного анастомоза по типу «конец в бок» инвагинационным способом 2-х рядными швами узелками внутрь с применением монофиламентных рассасывающихся нитей (полидиаксанон-PDS, фирмы «Ethnicon» и «Максон» фирмы Davis & Geck).

Заявляемый способ изображен на прилагаемых рисунках (фиг. 1 и фиг. 2).

Способ осуществляется следующим образом: после обструктивных резекций сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела, а также послед левосторонней гемиколэктомии-по поводу рака, проксимальный конец прямой кишки зашивают наглухо. По передней ее стенке, на 4-5 см ниже культи, поперечным разрезом вскрывают кишечник, диаметр которой должен соответствовать диаметру культи дистального конца толстой кишки (Фиг. 1). Накладывают толсто-прямокишечный анастомоз конец в бок инвагинационным способом 2-х рядными швами узелками внутрь монофиламентными рассасывающимися нитями (Фиг. 2). Операцию заканчивают интубацией кишечника выше анастомоза. Предложенный способ имеет ряд преимуществ:

1. Обеспечивает надежную физическую и биологическую герметичность анастомоза за счет создания дубликатуры задней стенки кишки.

2. Сокращает сроки заживления анастомоза, исключает развитие первичной непроходимости соустья, анастомозитов, несостоятельности швов, а также стенозирование в отдаленные сроки после операции.

3. Повышает прочность анастомоза к повышению внутрикишечного давления.

4. Позволяет расширить показания к выполнению тонкотолстокишечных анастомозов при острой кишечной непроходимости и на неподготовленной кишке.

5. За счет формирования дубликатуры серозной оболочки прямой кишки создается надежный и герметичный анастомоз.

Примеры.

Больная М., 47 лет, поступила в ГКБ СМП через 18 часов от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли и вздутие в животе, неотхождение газов и стула, общую слабость и недомогание. Из анамнеза выяснилось, что больная последние 2-3 месяца страдает запорами и периодическими ноющими болями в левой половине живота. За помощью никуда не обращалась, дома принимала слабительные препараты, но эффект от которых был незначительным. Вечером, накануне поступления в клинику, после длительных запоров и на фоне умеренного, вздутия живота у больной начались схваткообразные боли в животе. Принимала спазмолитики и слабительные, но эффекта не было. Больная доставлена в клинику попутным транспортом. На основании рентгенологического, ультразвукового исследования и колоноскопии у больной установлена обтурирующая экзопитная опухоль сигмовидной кишки. Под контролем колоноскопа, для опорожнения-кишечника, выше места сужения проведен полиэтиленовый катетер

диаметром 12 мм взята биопсия. Консервативными методами лечения явления острой кишечной

5

234

непроходимости разрешены. Больная в отсроченном порядке оперирована выполнена лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, резекция сигмовидной кишки по Гартману. Установлены наличие метастазов в 2-х лимфоузлах брыжейки сигмы и признаки умеренно-выраженного перифокального воспаления. Прорастание опухоли в соседние органы, а также признаки отдаленных метастазов – не обнаружены. Наложен толстопрямкишечный

анастомоз конец в бок инвагинационным способом рядными швами узелками внутрь монофиламент-

6

ными рассасывающимися нитями. Операцию заканчивали интубацией кишечника выше анастомоза. Послеоперационный период протекал относительно гладко, больная выписана в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением ран.

Таким образом, заявленный способ позволяет снижать частоту интра- и послеоперационных осложнений.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ профилактики несостоятельности толсто-прямокишечного анастомоза, заключающийся в том, что резецируют зону обструкции сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела, инвагинируют приводящую петлю толстой кишки в отводящую и накладывают анастомоз 2-х рядными узловыми швами, **отличающийся тем, что** прок-

симальный конец прямой кишки зашивают наглухо, по передней ее стенке на 4-5 см ниже культи поперечным разрезом вскрывают кишечник соответственно диаметру культи дистального конца толстой кишки и с применением монофиламентных рассасывающихся нитей накладывают анастомоз по типу «конец в бок».

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

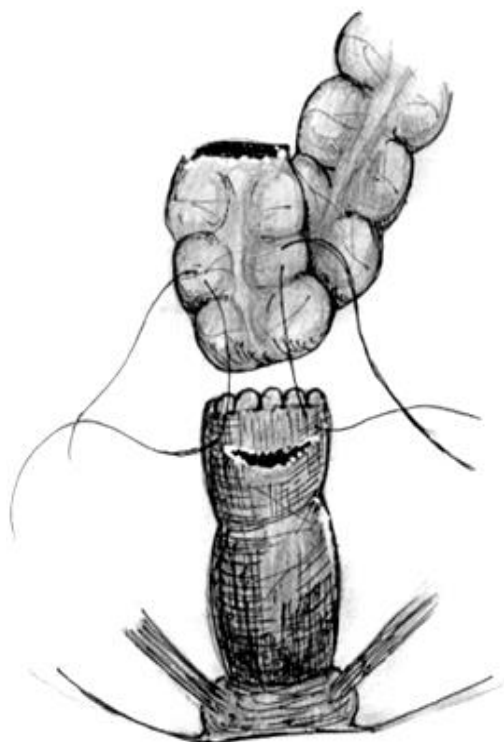
Тираж

Подписное

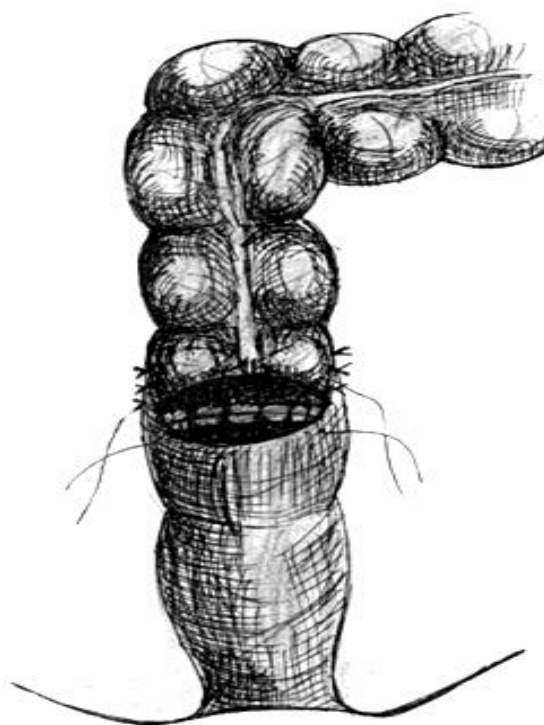
Национальный патентно-информационный центр РТ

734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТО-ПРЯМОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА



ФИГ. 1



ФИГ. 2