



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **235**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 0900301

(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 ФОРМИРОВАНИЯ 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 межкишечного анастомоза и метод профи-
лактики. Новосибирск. Сиб. Предприятие РАН,
1999, 91с.

3. Александров Н.И. и др. Неотложная хирур-

2

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 приводящие и
отводящие петли кишок. Проксимальный конец
прямой кишки зашивают наглухо. По передней ее
стенке на 4-5 см ниже культи поперечным разре-
зом вскрывают кишечник соответственно диамет-
ру культи прямой кишки. С применением монофи-
ламентных рассасывающихся нитей накладывают
анастомоз по типу «бок в конец». 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.

Отрицательными сторонами вышеуказанных способов являются:

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

1. 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 фистульность 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 после левосторонней гемиколэктомии по поводу рака, проксимальный конец толстой кишки зашивают наглухо. По передней ее стенки, на 4-5 см выше культи, поперечным разрезом вскрывают кишечник, диаметр которой должен соответствовать диаметру культи прямой кишки (Фиг. 1). Накладывают толсто-прямокишечный анастомоз «бок в конец» 2-х рядными узлами внутрь швом 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 толстой 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 приводящей петли, создается надежный и герметичный анастомоз.

Изложенное выше находит подтверждение в следующем клиническом наблюдении:

Больной Т., 56 лет, поступил в ГКБ СМП через 26 часов от начала заболевания с признаками острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. На основании рентгенологического, ультразвукового исследования и колоноскопии у больного установлена циркулярно-суживающая опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки.

• Диаметр, суживающего участка кишки опухолью составляет около 1,5 см. Под контролем колоноскопа, для опорожнения кишечника, выше места сужения проведен полиэтиленовый катетер диаметром 12 мм., взята биопсия. Консервативными методами лечения явления острой кишечной непроходимости разрешены. Больной в отсроченном порядке оперирован - выполнена нижнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с опухолью, соблюдая принципы и границы абластичности. Наличие метастазов в лимфоузлах, прорастание опухоли в со-

седние органы, а также признаки выраженного перифокального воспаления не обнаружены.

5

235

Наложен толсто-прямокишечный анастомоз «бок в конец» 2-х рядными швами узелками внутрь монофиламентными рассасывающийся нитями. Операцию заканчивали интубацией кишечника выше анастомоза. Послеоперационный период

протекал относительно гладко, выписан в удовлетворительном состоянии с первичным заживлени-

6

ем ран.

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

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ формирования толсто-прямокишечного анастомоза, заключающийся в том, что резецируют зону обструкции сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела, инвагинируют приводящие и отводящие петли кишок и накладывают анастомоз 2-х рядными узловыми швами, **отличающийся тем, что** проксимальный конец тол-

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

Заказ

Тираж

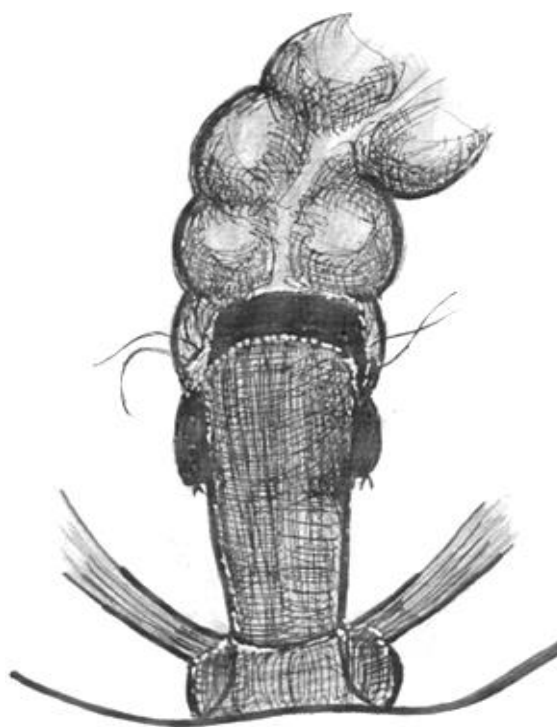
Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛСТО-ПРЯМОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА



ФИГ. 1



ФИГ. 2